

VILNIAUS UNIVERSITETAS

PAULINA ŽELVIENĖ

ADAPTACIJOS SUTRIKIMO STRUKTŪRA IR RIZIKOS VEIKSNIAI
LIETUVOS POPULIACIJOJE

Daktaro disertacija
Socialiniai mokslai, psichologija (06 S)

Vilnius, 2017

Disertacija rengta 2012-2017 metais Vilniaus universitete

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

TURINYS

SANTRAUKA.....	4
SUMMARY.....	5
PRATARMĖ	6
1. ĮVADAS	7
1.1. Stresinės ir trauminės patirtys	8
1.2. Adaptacijos sutrikimo samprata TLK ir DSM klasifikacijose.....	11
1.3. Adaptacijos sutrikimo struktūros atnaujinimo siūlymai	19
1.4. Adaptacijos sutrikimą aiškinančios psichologinės teorijos.....	25
1.5. Adaptacijos sutrikimo struktūros empiriniai tyrimai	33
1.6. Disertacijos mokslinis naujumas.....	38
1.7. Tyrimo tikslas ir uždaviniai	41
2. METODIKA	42
2.1. Tyrimo dalyviai.....	42
2.2. Tyrimo instrumentai.....	43
2.3. Tyrimo eiga	47
2.4. Duomenų analizės metodai	48
3. REZULTATAI	50
3.1. Imties charakteristikos	50
3.1.1. Stresoriai ir trauminiai įvykiai.....	50
3.1.2. Tyrimo dalyvių subjektyviai vertinama sveikata ir psichologinė gerovė...57	
3.2. Adaptacijos sutrikimo struktūros analizė.....	58
3.2.1. Adaptacijos sutrikimo struktūros aprašomoji statistika.....	58
3.2.2. Adaptacijos sutrikimo struktūros analizė	62
3.2.3. Stresorių, trauminių patirčių, adaptacijos sutrikimo bei potrauminio streso reakcijų tarpusavio sąsajos	69
3.3. Adaptacijos sutrikimo rizikos veiksniai.....	70
3.3.1. Adaptacijos sutrikimo rizikos grupė ir jos charakteristikos	70
3.3.2. Adaptacijos sutrikimo rizikos veiksnių analizė.....	75
4. REZULTATŲ APTARIMAS.....	83
4.1. Stresinių ir trauminių patirčių paplitimas Lietuvos populiacijoje.....	83
4.2. Adaptacijos sutrikimo struktūra	89
4.3. Adaptacijos sutrikimo rizikos veiksniai	96
4.4. Tyrimo ribotumai ir tolesnių tyrimų gairės.....	99
4.5. Apibendrinimas.....	103
5. IŠVADOS	105
LITERATŪRA	107

SANTRAUKA

ADAPTACIJOS SUTRIKIMO STRUKTŪRA IR RIZIKOS VEIKSNIAI LIETUVOS POPULIACIJOJE

Disertacijoje analizuojamos suaugusiųjų stresinės ir trauminės patirtys bei adaptacijos sutrikimai Tarptautinės ligų klasifikacijos būsimąjo 11-ojo leidimo (TLK-11) stresinių sutrikimų kontekste. Apžvelgus naujausius šios srities tyrimus bei Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) stresinių sutrikimų darbo grupės siūlymus TLK-11 adaptacijos sutrikimo apibrėžimui, buvo keliamas tikslas išanalizuoti Lietuvos gyventojų stresines ir traumines patirtis, įvertinti adaptacijos sutrikimo struktūrą bei nustatyti TLK-11 adaptacijos sutrikimo rizikos veiksnius.

Skerspjuvio tyrime dalyvavo 831 tyrimo dalyvis (57,8 proc. moterų) nuo 18 iki 89 metų amžiaus ($M = 39,8$ metai). Stresinės patirtys ir adaptacijos sutrikimo požymiai buvo įvertinti naudojant Adaptacijos sutrikimo naujo modulio skalę (ADNM-20). Trauminės patirties įvertinimui buvo naudotas Trumpas traumos klausimynas (BTQ), potrauminio streso įvertinimui Įvykio poveikio skalė – Revizuota (IES-R). Psichologinė gerovė buvo įvertinta Trumpu psichologinės gerovės klausimynu (WBQ). Adaptacijos sutrikimo struktūrinio validumo įvertinimui buvo atlikta patvirtinamoji faktorių analizė (CFA).

Gauti tyrimo rezultatai parodė, kad 83,3 proc. Lietuvos gyventojų yra patyrę bent vieną reikšmingą stresorių per pastaruosius dvejus metus ir 68,7 proc. tyrimo dalyvių nurodė patyrę bent vieną trauminį įvykį. Disertacijos tyrimas patvirtino, kad Lietuvos populiacijoje PSO siūloma dviejų faktorių adaptacijos sutrikimo struktūra yra tinkama, tačiau taip pat buvo atskleista, kad gali būti papildomų požymių, kuriuos ateityje būtų galima įtraukti į adaptacijos sutrikimo apibrėžimą. Lėtiniai stresoriai, ypač susiję su sveikatos sutrikimais, moteriška lytis, žemesnis išsimokslinimas, prastesnė psichologinė gerovė ir su traumine patirtimi susijusių stresorių arba potrauminio streso reakcijos buvo pagrindiniai adaptacijos sutrikimo rizikos veiksniai.

SUMMARY

THE STRUCTURE AND RISK FACTORS OF ADJUSTMENT DISORDER IN LITHUANIAN POPULATION

Doctoral dissertation analyzes the prevalence of stressors and traumatic events and adult adjustment disorders in the context of the new proposals for the International Classification of Diseases 11-th edition. Following the review of the recent studies and proposals made by World Health Organization (WHO) Stress-related Disorders Working Group for the structure of adjustment disorder in ICD-11 we aimed to analyze the prevalence of stressors and traumatic events, the structure of adjustment disorder, and risk factors in the Lithuanian population.

831 participants (57.8% women) with the age range from 18 to 89 years, mean age was 39.8, participated in the cross-sectional study. Stressful experiences and adjustment disorder symptoms were measured using the self-report Adjustment Disorder –New Module (ADNM-20). Trauma exposure was measured with the Brief Trauma Questionnaire (BTQ), posttraumatic stress symptoms were measured with the Impact of Event Scale – Revised (IES-R). Well-being was measured with the Brief Well-being Questionnaire (WBQ). The factor structure and validity of the new concept of adjustment disorder was evaluated using the Confirmatory Factor Analysis (CFA).

The study results revealed that the majority (83.3 %) of the Lithuanian general population experienced at least one significant stressful life event during the last two years. 68.7 % of the participants have experienced at least one potentially traumatic event. Analysis of the data also revealed that the two factor structure of adjustment disorder explained the data well, the results were in line with the proposals of the WHO working group of stress-related disorders for the ICD-11. Chronic stressors, female gender, lower education level, poorer well-being and trauma-related stressors or trauma-related PTSD symptoms were the main risk factors for the adjustment disorder.

PRATARMĖ

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

Šiuo metu vyksta Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) inicijuoti Tarptautinės ligų klasifikacijos (TLK) vienuoliktojo leidimo (TLK-11) parengiamieji darbai. Viena svarbiausių TLK-11 siūlymuose esančių naujovių ypač aktuali psichikos sveikatos specialistams, nes siūloma išskirti atskirą stresinių sutrikimų skyrių, su atnaujintomis stresinių sutrikimų kategorijomis: kompleksiniu potrauminio streso sutrikimu, užsitęsusio gedėjimo sutrikimu ir naujai konceptualizuotu adaptacijos sutrikimu. Šis skyrius ypatingas tuo, kad visiems jame esantiems sutrikimams diagnozuoti būtina sąlyga yra aiškiai identifikuojamas stresorius.

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

1. ĮVADAS

Psichologinių reakcijų į stipriai sukrečiančius, su grėsme žmogaus gyvybei susijusius ir stresą keliančius įvykius tyrimai tampa vis labiau aktualūs. Ne viena mokslinė studija patvirtino, kad didžioji dalis asmenų bent kartą gyvenime susiduria su stresine ar traumine patirtimi (Darves-Bornoz et al., 2008; Domanskaitė-Gota, Elklit, & Christiansen, 2009; Maercker et al., 2012; Ogle, Rubin, Berntsen, & Siegler, 2013). Tyrimai taip pat parodė, kad egzistuoja skirtingos psichologinių reakcijų į stresorius trajektorijos: vieni asmenys po stipriai sukrečiančių įvykių patiria minimalių psichologinių sunkumų, kitiems patiriami sunkumai gali būti ypatingai stiprūs (Layne et al., 2008), kur gali būti reikalinga specializuota psichologinė pagalba (Wittchen et al., 2011).

Sutrikimų, specifiskai susijusių su stresoriais, įvardijimo užuomazgos prasidėjo 1965 m. patvirtinus TLK-8 leidimą, kuriame buvo pateiktas „laikino situacinio sutrikdymo“ (angl. *transient situational disturbance*) aprašas (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Van Ommeren, et al., 2013). Dabartiniame 1992 metais išleistame TLK-10 leidime šalia ūmaus streso reakcijos ir adaptacijos sutrikimo pateiktos potrauminio streso sutrikimo ir ilgalaikio asmenybės pokyčio po katastrofinių patirčių kategorijos (World Health Organization, 1992). Pasaulio sveikatos organizacijos stresinių sutrikimų darbo grupė šiuo metu atlieka TLK-11 sudarymo darbus. Atnaujintoje klasifikacijoje pirmą kartą planuojamas atskiras stresinių sutrikimų skyrius, kuriame klasifikuojamos tik tos klinikinio lygio psichologinės reakcijos į stresą, kurioms diagnozuoti yra būtinas aiškiai identifikuojamas stresorius. Į minėtą skyrių buvo pasiūlyta įtraukti adaptacijos sutrikimą, potrauminio streso sutrikimą (PTSS), kompleksinį potrauminio streso sutrikimą (KPTSS), užsitęsusio gedulo sutrikimą, reaktyvaus prieraišumo sutrikimą, neslopinamo socialinio įsitraukimo sutrikimą ir ūmaus streso reakciją (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Reed, et al., 2013). PSO stresinių sutrikimų darbo grupės tikslas – peržiūrėti šias kategorijas ir remiantis naujausiais empiriniais tyrimais

teikti siūlymus, kaip būtų galima patobulinti su stresoriais susijusius sutrikimus.

Disertacijos tyrime mes gilinomės į vienos iš šių kategorijų – adaptacijos sutrikimo – problematiką. Buvo pastebėta, kad adaptacijos sutrikimo apibrėžimas esamoje klasifikacijoje netikslus (Baumeister, Maercker, & Casey, 2009; Casey, 2014; Evans et al., 2013; Strain & Diefenbacher, 2008). Kartu buvo pastebėta, jog adaptacijos sutrikimas praktikoje pradėtas naudoti netikslingai: nemažai psichikos sveikatos specialistų naudoja adaptacijos sutrikimą tuomet, kai sunkumai neatitinka jokios kitos diagnozės (Maercker, Einsle, & Köllner, 2007; Reed, Mendonça Correia, Esparza, Saxena, & Maj, 2011). Apskritai, adaptacijos sutrikimas tapo nepopuliarus empirinių tyrimų objektas (Casey, 2014). PSO stresinių sutrikimų darbo grupė pateikė siūlymus, kaip būtų galima atnaujinti sutrikimo struktūrą, todėl stresorių ir adaptacijos sutrikimo tematikos empiriniai tyrimai pastaruoju metu tapo itin aktualūs ir reikalingi. Šios srities tyrimus paskatino ir 2018-ais metais planuojamas išleisti TLK-11-asis leidimas.

1.1. Stresinės ir trauminės patirtys

Empirinėse studijose, kuriose nagrinėjama su stresoriais susijusių sutrikimų problematika, stresorių ypatumai (pvz. paplitimas) tapo neatsiejama šios tematikos tyrimų dalis.

Trauminės patirtys ir potrauminis stresas. Remiantis pastarojo meto mokslinių studijų duomenimis, galima teigti, kad didžioji dalis asmenų bent kartą gyvenime susiduria su stresine ar traumine patirtimi (Maercker et al., 2012; Ogle et al., 2013). Taip pat jau yra atlikta nemažai epidemiologinių studijų, kuriose nustatomas trauminių įvykių bei potrauminio streso paplitimas įvairiose šalyse (Darves-Bornoz et al., 2008; Kilpatrick et al., 2013). Šiose studijose potencialiai trauminiais dažniausiai laikomi tie įvykiai, kurių metu kilo tiesioginė grėsmė žmogaus gyvybei ar sveikatai arba asmuo buvo tokių įvykių liudininkas (American Psychiatric Association, 2013). Pavyzdžiui,

trauminiai įvykiai galėtų būti gamtinės ar industrinės katastrofos, tarpasmeninis smurtas, automobilio avarijos ar kitos žmogaus padarytos traumos.

Europos šalyse (Belgijoje, Prancūzijoje, Vokietijoje, Italijoje, Nyderlanduose ir Ispanijoje) atlikto didelės apimties tyrimo duomenys parodė, kad 63,6 proc. suaugusių asmenų (67,0 proc. vyrų ir 60,5 proc. moterų) yra patyrę bent vieną potencialiai trauminį įvykį. Bendras tirtų šalių trauminių įvykių vidurkis bendrojoje populiacijoje buvo 1,5 ($SD = 2,8$). Dažniausiai pasitaikę įvykiai buvo: netikėta artimo žmogaus mirtis (24,6 proc.), buvimas liudininku rimtų sužeidimų ar mirties (20,6 proc.), grėsmę gyvybei sukėlusio avarija (11,7 proc.), gyvybei pavojinga liga (10,5 proc.). Asmenys, kuriems buvo diagnozuotas potrauminis stresas, vidutiniškai patyrė tris trauminius įvykius (Darves-Bornoz et al., 2008).

Vieno iš naujausių tyrimų, atlikto Jungtinėse Amerikos Valstijose, duomenimis bent vieną potencialiai trauminį įvykį patyrė 89,7 proc. bendrosios populiacijos gyventojų. Dažniausiai pasitaikantys įvykiai buvo: fizinė arba seksualinė prievarta (53,1 proc.), stichinė nelaimė (50,5 proc.), artimojo mirtis dėl smurto/nelaimės/katastrofos (51,8 proc.) (Kilpatrick et al., 2013). Kitoje studijoje, kurioje buvo apklausta vyresnio amžiaus asmenų grupė nuo 65 iki 96 metų ($N = 570$), 36,6 proc. tyrimo dalyvių nurodė patyrę bent vieną trauminį įvykį per savo gyvenimą, dažniausiai pasitaikantys įvykiai buvo rimtos avarijos (12,5 proc.), fizinės grėsmės (11,1 proc.), su karu susiję įvykiai (8,4 proc.) (Maercker et al., 2008).

Remiantis Lietuvoje atliktų tyrimų duomenimis, trauminės patirties paplitimas yra panašus į kitų šalių gaunamus rezultatus. Bent vieną potencialiai trauminį įvykį bendrojoje populiacijoje yra patyrę nuo 69,7 proc. (Kazlauskas & Želvienė, 2015) iki 94,3 proc. asmenų (Mazulyte et al., 2014), o paauglių reprezentacinėje imtyje trauminių įvykių paplitimas buvo 80 proc. (Domanskaitė-Gota et al., 2009).

Kita psichotraumatologijos tyrimų sritis nagrinėja trauminių įvykių psichologines pasekmes, kur nemaža populiacijos dalis turi potrauminio streso

sutrikimą. Mokslininkų atliktais skaičiavimais, įvertinus įvairių Europos šalių duomenis, potrauminio streso paplitimas Europos sąjungos šalyse yra nuo 1,1 iki 2,9 proc. įvairiose amžiaus grupėse (14-34 m. 2,9 proc.; 35-65 m. 1,3 proc. 66+ m. 1,1 proc.) (Wittchen et al., 2011). O apklausus įvairių šalių psichologus, paaiškėjo, kad jų praktikoje potrauminio streso sutrikimas yra aštuntoje vietoje pagal dažnumą (Evans et al., 2013). Psichotraumatologijos tyrimų Baltijos šalyse apžvalga parodė, kad potrauminio streso sutrikimo paplitimas Lietuvoje yra didesnis (Kazlauskas & Zelviene, 2016) ir varijuoja nuo 2 proc. (Bunevicius et al., 2014) iki 7 proc. (Domanskaitė-Gota et al., 2009).

Stresinės patirties paplitimas. Nors apie trauminius įvykius, jų paplitimą bei potrauminį stresą žinoma nemažai, tenka pripažinti, kad išsamių stresinės patirties epidemiologinių tyrimų, ypač adaptacijos sutrikimo tyrimų kontekste nėra daug. Skyrybos, lėtinės ar ūmios ligos, finansinės problemos, konfliktai su bendradarbiais, persikraustymas, išėjimas į pensiją – tai keletas psichosocialinių stresorių, dar kitaip vadinamų gyvenimo įvykių, pavyzdžių (Maercker et al., 2007). Šie įvykiai nuo trauminių įvykių skiriasi tuo, kad jie yra dažniau pasitaikantys negu trauminiai įvykiai, sutrikdantys nusistovėjusią kasdienę rutiną ir kaip mes matome save pasaulyje. Stresinių įvykių metu taip pat nėra staigios arba tiesioginės grėsmės žmogaus gyvybei ar sveikatai (Mol et al., 2005). Moksliniuose tyrimuose minėti stresoriai pastaruoju metu tyrinėjami atnaujinamo adaptacijos sutrikimo tyrimų kontekste, kur apibrėžiama daugiau stresoriaus charakteristikų (pvz., vienas, pasikartojantis ar nuolat atsinaujinantis įvykis) (American Psychiatric Association, 2013).

Vienoje iš studijų, atliktoje Vokietijoje, nustatyta, kad bent vieną potencialų stresorių adaptacijos sutrikimui bendrojoje vyresnio amžiaus žmonių (nuo 65 iki 96 metų amžiaus) populiacijoje patyrė 52,1 proc. tyrimo dalyvių, 20,4 proc. nurodė sunkią ligą, 17,5 proc. – sunkią artimojo ligą, 9,6 proc. nurodė konfliktus šeimoje (Maercker et al., 2008). Šioje studijoje nebuvo rasta skirtumų tarp vyrų ir moterų nurodytų stresinių patirčių, išskyrus šeimos konfliktus, kuriuos statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$) nurodė dažniau

patiriančios moterys (11,9 proc.) negu vyrai (6,6 proc.) ir laiko spaudimą, kurį moterys taip pat nurodė statistiškai reikšmingai dažniau (5,2 proc.) negu vyrai (1,7 proc.). Statistiškai reikšmingos sąsajos tarp stresinės patirties ir amžiaus nebuvo gautos (Maercker et al., 2008). Toje pačioje studijoje buvo apskaičiuotos adaptacijos sutrikimo sąlyginės tikimybės konkrečių stresorių patirtims. Rezultatai parodė, kad yra 4,4 proc. adaptacijos sutrikimo sąlyginė tikimybė patyrus bent vieną iš tyrime įvertintų stresorių. Esant laiko spaudimui gauta 9,5 proc., finansinėms problemoms – 9,1 proc., sunkiai ligai – 8,6 proc., konfliktams su kolegomis – 7,1 proc., išėjimui į pensiją – 5,6 proc. adaptacijos sutrikimo sąlyginė tikimybė (Maercker et al., 2008). Kito bendrosios populiacijos tyrimo ($N = 1353$) duomenimis buvo gauta, kad bent vieną stresinį įvykį patyrė 53,9 proc. tyrimo dalyvių (Glaesmer, Romppel, Brähler, Hinz, & Maercker, 2015). Dar vieno tyrimo duomenys parodė, kad adaptacijos sutrikimą turintys asmenys dažniau patyrė su šeimos/artimais santykiais (39,5 proc.), darbu/mokykla (36,8 proc.), finansinėmis problemomis (12,5 proc.) susijusių stresorių (Bachem, Perkonigg, Stein, & Maercker, 2016).

Apibendrinant, kartu su adaptacijos sutrikimo struktūros atnaujinimo darbais įsibėgėjo ir empiriniai tyrimai, kuriuose nagrinėjami stresorių paplitimo ypatumai įvairiose populiacijose bei grupėse. Kol kas tokių studijų nėra daug, nes TLK-10 neaiškiai apibrėžtas adaptacijos sutrikimas buvo retai įtraukiamas į atliekamus bendrosios populiacijos tyrimus (O'Donnell et al., 2016).

1.2. Adaptacijos sutrikimo samprata TLK ir DSM klasifikacijose

Šiuo metu egzistuoja du pagrindiniai adaptacijos sutrikimo apibrėžimai, pateikti TLK-10 ir DSM-5 klasifikacijose. Remiantis šiais apibrėžimais klinikinėje praktikoje diagnozuojamas adaptacijos sutrikimas, atliekami empiriniai šios srities tyrimai, kuriami diagnostiniai instrumentai ir specializuota psichologinė pagalba. Svarbu pastebėti, kad atnaujinant klasifikacijas, nuomonės profesionalų tarpe išsiskyrė, todėl pateikti adaptacijos

sutrikimo apibrėžimai turi nemažai skirtumų, o mokslinėse studijose pradėta kalbėti apie skirtingų apibrėžimų privalumus ir trūkumus (Casey, 2014). Toliau išsamiau apžvelgsime adaptacijos sutrikimo apibrėžimus minėtose klasifikacijose.

Adaptacijos sutrikimas TLK klasifikacijoje. Adaptacijos sutrikimą, lyginant su kitais psichikos sveikatos sutrikimais, galima laikyti santykinai „jauna“ diagnoze, kurios konstrukto validumas pastaruoju metu yra itin aktualus moksliniuose tyrimuose. Pirmą kartą adaptacijos sutrikimas 1965 m. buvo įtrauktas į Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) (angl. *World Health Organization (WHO)*) leidžiamą Tarptautinės ligų klasifikacijos (TLK) (angl. *International Classification of Diseases (ICD)*) aštuntąjį leidimą (TLK-8) pavadinimu laikinas situacinis sutrikdymas (angl. *transient situational disturbance*) (Casey, Dowrick, & Wilkinson, 2001), kuris 1978 m. buvo naujai pavadintas adaptacijos sutrikimu TLK-9 leidime (Casey et al., 2001). Paskutiniame, TLK-10 leidime (World Health Organization, 1992) adaptacijos sutrikimo aprašas pateikiamas skyriaus „Neuroziniai, stresiniai ir somatoforminiai sutrikimai“ F43 dalyje pavadinimu „Reakcijos į didelį stresą ir adaptacijos sutrikimai“ kartu su potrauminio streso sutrikimu, ūmaus streso reakcija ir ilgalaikiu asmenybės pasikeitimu po katastrofinių patirčių (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Van Ommeren, et al., 2013). F43 dalis ypatinga tuo, kad joje įtraukti tik tie sutrikimai, kuriems būtina sąlyga yra išskirtinai stresogeniško gyvenimo įvykio ar reikšmingo gyvenimo pasikeitimo patirtis.

Šiuo metu klinikinėje praktikoje naudojama TLK-10 klasifikacija, kurioje adaptacijos sutrikimas apibrėžiamas taip (Pasaulio sveikatos organizacija, 2011):

„Subjektyvaus distreso ir emocijų sutrikimo būseną, paprastai sukelianti socialinės veiklos ir įgūdžių sutrikimus ir pasireiškianti prisitaikymo prie stresogeniško gyvenimo pokyčių ar įvykių laikotarpiu. Stresą sukeliantis veiksnys gali paveikti individo socialinę aplinką (gedėjimas, išsiskyrimas) arba platesnes asmens socialines atramas ir vertybes

(migracija, pabėgėlio statusas). Šis veiksnys taip pat gali atspindėti svarbų vystymosi ir gyvenimo periodą ar jo sukeltą krizę (ėjimas į mokyklą, tapimas tėvais, nesėkmė bandant rasti ryšį su brangiu žmogumi, išėjimas į pensiją). Individualus polinkis ir jautrumas yra svarbūs adaptacijos sutrikimams atsirasti ir jų pasireiškimo pobūdžiui, bet, nepaisant to, manoma, kad sutrikimas neatsirastų be stresogeniško faktoriaus. Sutrikimas pasireiškia įvairiai: gali būti depresiška nuotaika, nerimas, susirūpinimas (ar šių jausmų derinys), jausmas, kad nesugebama susitvarkyti, planuoti ateitį ar toliau tvarkytis su esama situacija, atlikti kasdienius darbus. Kartu gali būti elgesio sutrikimų, ypač paaugliams. Dominuojantis požymis gali būti trumpalaikė ar užsitęsusi depresinė reakcija arba kiti emocijų ir elgesio sutrikimai” (Pasaulio sveikatos organizacija, 2011).

Svarbu pastebėti, kad TLK-10 apibrėžime akcentuojama stresinės patirties svarba adaptacijos sutrikimo atsiradimui. Ir nors stresinė patirtis įvardijama kaip pagrindinis adaptacijos sutrikimo etiologinis veiksnys, sutrikimo požymiai suformuluoti neaiškiai, nėra pateiktų aiškių kriterijų, pagal kuriuos būtų galima tiksliai nustatyti adaptacijos sutrikimą. Depresiška nuotaika, nerimas bei nesugebėjimas tvarkytis su esama situacija gali būti specifiniai adaptacijos sutrikimo požymiai, tačiau kita vertus, gali atspindėti ir kitų, gretutinių sutrikimų (pvz., depresijos, nerimo sutrikimų) simptomus. Dėl tokio neaiškaus ir plataus apibrėžimo tampa labai sunku diferencijuoti ir diagnozuoti adaptacijos sutrikimą kitų psichikos sveikatos sutrikimų kontekste.

Apibendrinant, šiuo metu naudojamoje TLK-10 klasifikacijoje pateiktas adaptacijos sutrikimo apibrėžimas laikomas netiksliu, todėl tapo nepopuliarus moksliniuose tyrimuose (O'Donnell et al., 2016), o klinikinėje praktikoje naudojamas netikslingai (Maercker et al., 2007).

Adaptacijos sutrikimas DSM klasifikacijoje. Adaptacijos sutrikimas pavadinimu laikini situaciniai sutrikdymai (angl. *transient situational disturbances*) 1968 m. buvo įtrauktas į Amerikos psichiatrų asociacijos (APA) (angl. *American Psychiatric Association*) leidžiamą Diagnostinio statistinio

vadovo (angl. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*) antrąjį leidimą (DSM-II) (American Psychiatric Association, 1968). Terminas adaptacijos sutrikimas pirmą kartą DSM klasifikacijoje buvo panaudotas DSM-III leidime 1980 metais (American Psychiatric Association, 1980). Šiame leidime adaptacijos sutrikimo apibrėžimas skyrėsi nuo ankstesnių tuo, kad buvo išskirti jo subtipai: adaptacijos sutrikimas su depresine nuotaika, nerimastinga nuotaika, mišrūs emociniai išgyvenimai, elgesio sutrikimai, mišrūs emocijų ir elgesio sutrikimai, sumažėjęs darbingumas, atsiribojimas ir atipiniai požymiai. DSM-III-R (1987) leidime buvo pridėta dar viena fizinių nusiskundimų subkategorija bei patikslinta, jog simptomai negali trukti ilgiau negu šešis mėnesius (American Psychiatric Association, 1987). DSM-IV (1994) leidime mišrių emocinių išgyvenimų, sumažėjusio darbingumo, atsiribojimo ir fizinių nusiskundimų subtipai buvo pašalinti. Stresoriaus trukmė neribojama, įtraukta lėtinio stresoriaus (galinčio trukti ilgiau nei 6 mėnesius) specifikacija (American Psychiatric Association, 1994).

Naujausiame DSM-5 leidime (American Psychiatric Association, 2013) adaptacijos sutrikimo diagnozė pateikiama atskirame skyriuje „Su trauminiais įvykiais ir stresoriais susiję sutrikimai“ (angl. *Trauma- and Stressor-Related Disorders*), kuriame pateiktiems sutrikimams diagnozuoti trauminis arba stresinis įvykis laikomas būtina, tačiau nepakankama sąlyga. Adaptacijos sutrikimas skyriuje klasifikuojamas kartu su reaktyvaus prieraišumo sutrikimu (angl. *reactive attachment disorder*), neslopinamo socialinio įsitraukimo sutrikimu (angl. *disinhibited social engagement disorder*), potrauminio streso sutrikimu ir ūmaus streso sutrikimu.

Adaptacijos sutrikimą DSM-5 sudaro penki diagnostiniai kriterijai (American Psychiatric Association, 2013):

- A. Emociniai ir elgesio simptomai, atsirandantys per tris mėnesius po aiškiai identifikuojamo stresoriaus.
- B. Minėti simptomai ir elgesys yra kliniškai reikšmingi pagal vieną arba abu žemiau išvardytus požymius:

1. Neproporcingai stiprus arba intensyvus distresas, atsižvelgiant į išorinį kontekstą ir kultūrinius faktorius, galinčius turėti įtakos simptomų stiprumui ir raiškai.
 2. Reikšmingas socialinės, profesinės ar kitos svarbios gyvenimo srities sutrikdymas.
- C. Su stresu susiję sutrikdymai neatitinka kito psichikos sutrikimo kriterijų ir nėra tik jau esamo psichikos sutrikimo paūmėjimas.
- D. Simptomai neatspindi normalių netekties reakcijų.
- E. Iškart, kai stresorius ar jo pasekmės pasibaigė, simptomai netrunka ilgiau kaip papildomus šešis mėnesius (American Psychiatric Association, 2013).

DSM-5 adaptacijos sutrikimo apibrėžime taip pat išskiriami šeši galimi adaptacijos sutrikimo subtipai: (1) su depresine nuotaika, (2) su nerimu, (3) su mišria nerimo ir depresine nuotaika, (4) su elgesio sutrikimu, (5) su mišriu emocijų ir elgesio sutrikimu ir (6) nepatikslintas subtipas (American Psychiatric Association, 2013).

DSM-5 klasifikacijoje gana išsamiai aprašoma adaptacijos sutrikimo diagnostikai būtina stresinė patirtis: „tai gali būti vienas įvykis (pvz., nutrūkę ilgalaikiai santykiai) arba keli (pvz., reikšmingos problemos versle, santuokos problemos). Stresoriai taip pat gali būti atsinaujinantys (pvz., sezoninės problemos versle) arba nuolatiniai (pvz., lėtinė liga su prastėjančia sveikata, gyvenimas padidintos nusikaltimų rizikos rajone). Stresoriai galintys paveikti vieną asmenį, visą šeimą, didesnę žmonių grupę, visą bendruomenę (pvz., stichinė nelaimė). Kai kurie stresoriai gali būti susiję su tam tikrais pereinamaisiais etapais raidoje (pvz.,ėjimas į mokyklą, tėvų namų palikimas, santuoka, tapimas tėvais). Adaptacijos sutrikimas taip pat gali būti diagnozuojamas mirus artimam žmogui, kuomet simptomų intensyvumas, kokybė arba užsitęsiosios gedulo reakcijos viršija kultūrines, religines ar pagal amžių atitinkančias normas (American Psychiatric Association, 2013).

Nepaisant atliktų adaptacijos sutrikimo atnaujinimų, DSM-5 diagnostiniai kriterijai savo esme nesiskyrė nuo prieš tai pateiktųjų buvusioje DSM-IV

klasifikacijoje (Casey, 2014). Susiklosčiusi situacija grindžiama tuo, kad atnaujinant DSM-5 nebuvo pakankamai tyrimų, kurie būtų įgalinę padaryti pagrįstus pakeitimus adaptacijos sutrikimo diagnozei (Strain & Friedman, 2011). DSM-5 pateiktas adaptacijos sutrikimo apibrėžimas taip pat susilaukė kritikos. Teigiama, kad adaptacijos sutrikimas išliko ikislenkstine kategorija, nes C kriterijus nurodo, kad adaptacijos sutrikimas gali būti diagnozuojamas tik tuo atveju, kai asmeniui nėra kito psichikos sveikatos sutrikimo. Vis dar trūksta pateiktų elgesio ar emocijų diagnostinių kriterijų aiškumo. Aiškus tik vienas kriterijus, kuriame teigiama, kad adaptacijos sutrikimui diagnozuoti reikalingas identifikuojamas stresorius (Casey, 2014).

Apibendrinant, DSM-5 pateiktas adaptacijos sutrikimo apibrėžimas išliko kritikuotinas dėl netikslaus apibrėžtumo. Kita vertus, esminiams pakeitimams atlikti, rengiant DSM-5, trūko empirinių tyrimų duomenų.

Adaptacijos sutrikimo sampratos kritika. Iki 2000 m. adaptacijos sutrikimo ypatumus nagrinėjančių mokslinių publikacijų buvo mažiau nei 30 (Casey et al., 2001). Nors pastaruoju metu susidomėjimas šia diagnostine kategorija didėja, adaptacijos sutrikimas vis dar yra ignoruojamas moksliniuose tyrimuose (Strain & Diefenbacher, 2008). Kita vertus, klinikinėje praktikoje stebima priešinga tendencija, kur adaptacijos sutrikimas yra viena dažniausiai pasitaikančių psichikos sveikatos diagnozių (Reed et al., 2011). Lietuvoje atlikta sveikatos sistemos duomenų analizė atskleidė, kad adaptacijos sutrikimas diagnozuojamas 10 kartų dažniau nei potrauminio streso sutrikimas (Kazlauskas, Zelviene, & Eimontas, 2017).

Dar nepasirodžius atnaujintai DSM-5 klasifikacijai ir neįsibėgėjus TLK-11 atnaujinimo darbams P. Casey, C. Dowrick ir G. Wilkinson 2001-ais metais apibendrino keletą pagrindinių aspektų, į kuriuos atsižvelgiant reikėjo tobulinti adaptacijos sutrikimo diagnozę (Casey et al., 2001). Kaip teigė autoriai, viena vertus, diagnozė buvo naudinga kategorija klinikinėje praktikoje, pavyzdžiui, pagal naudojimo dažnumą klinikinėje praktikoje ji yra septintoje vietoje (Evans et al., 2013; Reed et al., 2011), kita vertus, moksliniuose tyrimuose vis mažiau tyrinėjama (Casey et al., 2001). Tokia situacija galimai susiklostė dėl

neaiškaus adaptacijos sutrikimo apibrėžimo DSM-IV ir TLK-10 klasifikacijose, sutrikimo validumo trūkumų, gaunamų nevienareikšmių epidemiologinių tyrimų rodiklių, persidengimo su depresijos sutrikimu ar kitais psichikos sveikatos sutrikimais, neefektyvių įvertinimo instrumentų ir aiškos atskirties tarp normalių reakcijų į stresą ir adaptacijos sutrikimo nebuvimo (Casey et al., 2001).

Tapo akivaizdu, kad adaptacijos sutrikimo apibrėžimui reikėjo esminių pokyčių (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Reed, et al., 2013). 2013 m. pasirodžiusioje atnaujintoje DSM-5 klasifikacijoje, adaptacijos sutrikimas buvo pirmą kartą klasifikuojamas kartu su sutrikimais, susijusiais su traumine ir stresine patirtimi (American Psychiatric Association, 2013), TLK-10 klasifikacijoje sutrikimas visuomet buvo klasifikuojamas toje pačioje su stresoriais susijusių sutrikimų kategorijoje (World Health Organization, 1992), o būsimoje TLK-11 klasifikacijoje planuojama adaptacijos sutrikimą priskirti naujai sudaromame stresinių sutrikimų skyriuje (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Van Ommeren, et al., 2013). Tačiau nepaisant šio pozityvaus pokyčio, kuomet abi klasifikacijos šiuo aspektu tapo suderintos, adaptacijos sutrikimo apibrėžimas toliau liko tobulintinas (Casey, 2014).

Adaptacijos sutrikimo apibrėžimas aštriai kritikuojamas daugelyje mokslinių publikacijų (Casey et al., 2001; Despland, Monod, & Ferrero, 1995; Jones, Yates, Williams, Zhou, & Hardman, 1999; Maercker, Einsle, & Köllner, 2007). Esamos diagnostinės klasifikacijose pirmiausia buvo pastebėta nemažai trūkumų, susijusių su adaptacijos sutrikimo apibrėžimu. Pateikti požymiai nebuvo laikomi specifiniais, leidžiančiais atskirti adaptacijos sutrikimą nuo kitų psichikos sveikatos sutrikimų (Evans et al., 2013). TLK-10 apibrėžime išskirti subtipai buvo nepakankamai aiškiai apibūdinti ir nepatikimi (Baumeister et al., 2009; Strain & Diefenbacher, 2008).

Taip pat adaptacijos sutrikimo apibrėžime nėra aiškaus atskyrimo tarp normalių reakcijų į stresą ir adaptacijos sutrikimo (Casey et al., 2001; Casey, 2014). TLK-10 klasifikacijoje esantis apibrėžimas nepakankamai atskleidžia skirtumus tarp normalių reakcijų į stresą ir psichopatologijos: „būsena

paprastai sukelianti socialinės veiklos ir įgūdžių sutrikimus” ir „stresą sukeliantis veiksnys gali paveikti individo socialinę aplinką (gedėjimas, išsiskyrimas) arba platesnės asmens socialinės atramos ir vertybės (migracija, pabėgėlio statusas)” (Pasaulio sveikatos Organizacija, 2008).

Tyrimų, kuriuose būtų pagrindžiami normalių reakcijų į stresą ir adaptacijos sutrikimo skirtumai beveik nėra. Vienas pirmųjų tokio pobūdžio tyrimų yra neseniai Australijoje atlikta longitudinalinė studija, kurioje tirti sužeidimus patyrę asmenys ($N = 929$) (O'Donnell et al., 2016). Tyrimo tikslai buvo įvertinti adaptacijos sutrikimo paplitimo ypatumus per pirmus 12 mėnesių po stresinės patirties ir įvertinti adaptacijos sutrikimo trajektoriją remiantis DSM-5 klasifikacija. Gauti rezultatai parodė, kad praėjus trimis mėnesiams po stresinės patirties adaptacijos sutrikimo paplitimas buvo 19 proc. ir 16 proc. praėjus 12-ai mėnesių. Tyrimo dalyviai, kuriems buvo diagnozuotas adaptacijos sutrikimas, buvo prastesnės savijautos lyginant su tais, kuriems nebuvo diagnozuotas joks psichikos sveikatos sutrikimas. Kita vertus, tiriamųjų savijauta nebuvo prastesnė lyginant su tyrimo dalyviais, kuriems buvo diagnozuotas kitas psichikos sveikatos sutrikimas. Tyrimo dalyviams, kuriems adaptacijos sutrikimas buvo diagnozuotas praėjus trimis mėnesiams po stresinės patirties, buvo didesnė tikimybė turėti kitą psichikos sveikatos sutrikimą po 12-os mėnesių (O'Donnell et al., 2016). Šios studijos autoriai patvirtino, kad adaptacijos sutrikimo eiga skiriasi nuo normalių reakcijų į stresą, tačiau autoriai teigia, kad lieka klausimas, ar adaptacijos sutrikimas gali būti silpnesnių reakcijų į stresorius diagnostinė kategorija (O'Donnell et al., 2016).

Adaptacijos sutrikimo apibrėžimo konkretumo stoka kelia komorbiditškumo su kitais sutrikimais įvertinimo problemų (Casey et al., 2001). Buvo pastebėta, jog adaptacijos sutrikimas turi tendenciją persidengti su kitais psichikos sveikatos sutrikimais (Maercker et al., 2007). Vienas dažniausiai nagrinėjamų klausimų yra adaptacijos sutrikimo ir klinikinės depresijos diferencinės diagnostikos problematika (Casey, 2014). Buvo taip pat pastebėta, kad daugelis klinicistų ir tyrėjų naudoja adaptacijos sutrikimą

tuomet, kai esami simptomai neatitinka jokio kito psichikos sveikatos sutrikimo (Casey & Bailey, 2011; Strain & Diefenbacher, 2008), arba tuomet, kai trūksta požymių klinicinei depresijai diagnozuoti (Maercker et al., 2008).

Apibendrinant, tiek TLK-10, tiek DSM-5 diagnostinėse klasifikacijose pateikti adaptacijos sutrikimo apibrėžimai susilaukė kritikos dėl netikslių apibrėžtų simptomų kriterijų. Apibrėžimai taip pat skatina diskusiją, kaip atskirti normalias reakcijas į stresą nuo adaptacijos sutrikimo (Baumeister & Kufner, 2009).

1.3. Adaptacijos sutrikimo struktūros atnaujinimo siūlymai

Rengiantis Tarptautinės ligų klasifikacijos 11-ajam (TLK-11) leidimui Pasaulinio sveikatos organizacija subūrė darbo grupes įvairių diagnostinių kategorijų atnaujinimui. Pagrindinis Pasaulio sveikatos organizacijos tikslas buvo peržiūrėti psichikos sveikatos sutrikimus bei pagerinti jų klinikinį naudingumą ir universalumą įvairiose šalyse (Reed, 2010), todėl įsibėgėjus 11-ojo TLK leidimo darbams buvo sudaryta Stresinių sutrikimų darbo grupė, atsakinga už sutrikimų, specifiskai susijusių su stresoriais, atnaujinimą. Grupės tikslas buvo koreguoti sutrikimų apibrėžimus, aprašymus, diagnostines gaires, tam, kad jie būtų naudingi skirtinguose kontekstuose (pvz., sveikatos priežiūros įstaigose, teikiant humanitarinę pagalbą) ir visuose pasaulio regionuose įskaitant žemų ir vidutinių pajamų šalis (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Reed, et al., 2013; Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Van Ommeren, et al., 2013).

Sutrikimai, specifiskai susiję su stresoriais, susilaukė ypatingo dėmesio, nes reikėjo aiškesnio simptomų profilio ir sutrikimų klasifikavimo. Stresinių sutrikimų darbo grupė pasiūlė naują TLK-11 skyrių „Sutrikimai, specifiskai susiję su stresu“ (angl. *Disorders specifically associated with stress*), kuriame siūlė klasifikuoti adaptacijos sutrikimą, potrauminio streso sutrikimą, kompleksinį potrauminio streso sutrikimą, užsitęsusio gedulo sutrikimą, reaktyvųjį prierašumo sutrikimą (angl. *reactive attachment disorder*),

neslopinamo socialinio įsitraukimo sutrikimą (angl. *disinhibited social engagement disorder*) ir ūmaus streso reakciją. Stresinis įvykis arba nepalanki patirtis, išsiskirianti savo stiprumu, yra būtina sąlyga minėtiems sutrikimams diagnozuoti. Stresinės patirtys gali varijuoti nuo lengvesnių psichosocialinių stresorių iki artimojo netekties, vieno trauminio įvykio, pasikartojančio arba užsitęsusio trauminio streso, išsiskiriančių savo stiprumu (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Van Ommeren, et al., 2013).

Tikslumo stokojantis adaptacijos sutrikimo apibrėžimas sukėlė nemažai keblumų klinikinėje praktikoje ir moksliniuose tyrimuose, todėl rengiant naują TLK leidimą tapo svarbu iš esmės peržiūrėti adaptacijos sutrikimo apibrėžimą ir teikti pasiūlymus jo struktūros atnaujinimui. Mokslinių tyrimų lauke išryškėjo du pagrindiniai adaptacijos sutrikimo struktūros siūlymai: pirmiausia buvo pasiūlyta trijų simptomų grupių struktūra (Maercker et al., 2007), o vėlesnėse studijose buvo nuspręsta siūlyti dviejų simptomų struktūrą (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Van Ommeren, et al., 2013). Toliau detaliau aptarsime minėtus siūlymus.

Adaptacijos sutrikimo trijų simptomų struktūros siūlymas.

Adaptacijos sutrikimo apibrėžimui trūko aiškumo, todėl 2007-ais metais A. Maercker, F. Einsle ir V. Köllner pasiūlė adaptacijos sutrikimo struktūrą, sudarytą iš trijų pagrindinių simptomų grupių. Kadangi adaptacijos sutrikimas buvo priskirtas stresinių sutrikimų kategorijai (angl. *stress response syndromes*), naujos struktūros pasiūlymas rėmėsi M. Horowitz (1997) teorija, aiškinančia potrauminio streso, taip pat priskirto stresinių sutrikimų kategorijai, mechanizmus (Horowitz, 1997). Adaptacijos sutrikimą buvo pasiūlyta klasifikuoti kartu su potrauminio streso sutrikimu, kompleksiniu potrauminio streso sutrikimu, užsitęsusio gedulo sutrikimu, reaktyvaus prieraišumo sutrikimu, neslopinamo socialinio įsitraukimo sutrikimu, ūmaus streso reakcija, nes visiems šiems sutrikimams būdingas aiškiai identifikuojamas stresorius (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Van Ommeren, et al., 2013).

A. Maercker ir kolegų (2007) mokslinėje studijoje buvo teigiama, kad adaptacijos sutrikimo požymiai ir veikimo mechanizmai turėtų būti panašūs į

kitus šios kategorijos sutrikimus, tačiau, kita vertus, svarbu ir kuo aiškiau apibrėžti, kaip adaptacijos sutrikimas nuo jų skiriasi (Maercker et al., 2007). Pirmoji siūlomo adaptacijos sutrikimo simptomų grupė apima *invazijos simptomus*, nevalingas, pasikartojančias, nerimą keliančias mintis apie stresą keliantį įvykį, kylančias spontaniškai arba pamačius kokią nors stresinio įvykio užuominą aplinkoje. Anot publikacijos autorių, invazijos simptomai yra universalūs streso įveikos procese, o kartu ir centrinis elementas potrauminio streso, ūmaus streso, komplikuoto gedulo sutrikimams. Antroji simptomų grupė – *vengimo reakcijos*, kylančios tuomet, kai asmuo stengiasi vengti su stresoriumi susijusių minčių, jausmų, ar kitų aplinkos užuominų. Trečioji grupė – *prisitaikymo sunkumai*, tai elgesio ir asmenybės pokyčiai, atsirandantys tuomet, kai asmeniui nepavyksta susitvarkyti su stresoriumi. Atsiranda dėmesio koncentracijos sunkumų, atlikti kasdienės užduotys tampa sudėtinga, asmuo gali imti nepasitikėti savimi, nukenčia jo tarpasmeniniai santykiai, mažiau domisi įvairiomis veiklomis, kurios anksčiau teikdavo malonumą, pavyzdžiui, sportas, hobis, bendravimas su kitais (Maercker et al., 2007). Minėtoje publikacijoje prie siūlomos naujos adaptacijos sutrikimo struktūros pridedami ir subtipai (Maercker et al., 2007), kurie pateikti DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) ir TLK-10 (World Health Organization, 1992) klasifikacijose. Tai depresiška nuotaika, nerimas, elgesio sutrikimai (angl. *disturbance of conduct*), mišrios būsenos (angl. *mixed states*) (Maercker et al., 2007).

Mokslinėje publikacijoje pateikta konkreti adaptacijos sutrikimo struktūra, kurią sudaro trys pagrindiniai diagnostiniai kriterijai (Maercker et al., 2007):

- a. reakcijos į identifikuojamą stresorių, kurios kyla per pirmą mėnesį įvykus stresoriui.
- b. invazijos simptomai:
 1. pasikartojantys, keliantys stresą ir nevalingi prisiminimai apie stresinį įvykį,

2. pasikartojančios mintys ir nuolatinis galvojimas apie stresą keliantį įvykį, kylantys beveik kiekvieną dieną per pastarąjį mėnesį,
3. kylantis stresas, jei kas nors primena stresą keliantį įvykį.

c. vengimas:

1. stimulų, susijusių su stresą keliančiu įvykiu, vengimas,
2. bergždžios pastangos išvengti minčių, susijusių su stresą keliančiu įvykiu,
3. pastangos išvengti jausmų, susijusių su stresą keliančiu įvykiu.

d. prisitaikymo sunkumai:

1. susidomėjimo darbu, socialiniu gyvenimu, laisvalaikio veiklomis praradimas, rūpesčio kitais sumažėjimas,
2. koncentracijos ir miego sunkumai,
3. pasitikėjimo savimi trūkumas, susidūrus su panašiomis veiklomis.

Papildomos charakteristikos, adaptacijos sutrikimo subtipų apibrėžimui:

- su depresiška nuotaika: vyraujantys depresijos simptomai,
- su nerimu: vyraujantys nerimo simptomai,
- su impulsų kontrolės sutrikimais: pažeidžiamos kitų asmenų teisės, pavyzdžiui, agresyvus elgesys (Maercker et al., 2007).

Minėtas adaptacijos sutrikimo struktūros siūlymas svariai prisidėjo prie šios temos mokslinių diskusijų ir tyrimų plėtojimo, nes buvo pasiūlyti aiškiai apibrėžti požymiai, kurie įgalino naujų įvertinimo instrumentų kūrimą ir empirinį šių pasiūlymų tikrinimą. Svarbu pastebėti, kad kartu su šiuo siūlymu pirmą kartą pradėtas formuluoti adaptacijos sutrikimo reakcijas aiškinantis teorinis pagrindimas remiantis kognityvinėmis streso reakcijas aiškinančiomis teorijomis (Maercker et al., 2007).

PSO stresinių sutrikimų darbo grupės darbas neapsiribojo pirminiais adaptacijos sutrikimo struktūros siūlymais, surinkti nauji empirinių tyrimų duomenys leido kelti prielaidas apie šiek tiek kitokią sutrikimo struktūrą. 2013 metais pasirodo mokslinės publikacijos, kuriose darbo grupė aptardama visų

stresinių sutrikimų atnaujinimą 11-ajai Tarptautinei ligų klasifikacijai, pasiūlė dviejų simptomų grupių adaptacijos sutrikimo struktūrą.

Adaptacijos sutrikimo dviejų simptomų struktūros siūlymas. 2013 metais TLK-11 stresinių sutrikimų darbo grupės pateikti siūlymai adaptacijos sutrikimo struktūrai atnaujinti skyrėsi nuo pirmųjų siūlymų, parengtų 2007-ais metais. Pirmiausia, adaptacijos sutrikimas apibrėžiamas kaip neadaptyvios reakcijos į stresinį įvykį, į nuolat tebevykstančius psichosocialinius sunkumus arba į susiklosčiusias stresą keliančias gyvenimo aplinkybes. Stresorius taip pat gali turėti įtakos asmens socialinio tinklo vientisumui (pvz., skyrybų patirtys) ar platesnei socialinės paramos ir vertybių sistemai (pvz., migracija ar pabėgėlio statusas). Adaptacijos sutrikimo eiga gali būti susijusi su stresoriaus pobūdžiu ir trukme (pvz., pavienis, pasikartojantis ar ilgai trunkantis stresinis įvykis), su ankstesnėmis patirtimis ir aplinkos faktoriais. Siūlyme taip pat pabrėžiama, kad stresorius nebūtinai turi būti išskirtinai grėsmingas ar šiurpus, kaip kad potrauminio streso sutrikimo atveju. Adaptacijos sutrikimas paprastai atsiranda per pirmą mėnesį po stresą sukėlusios patirties ir turi tendenciją pasibaigti/išsispręsti per šešis mėnesius nebent stresoriaus trukmė būtų ilgesnė (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Van Ommeren, et al., 2013).

Adaptacijos sutrikimo reakcijos į stresorių apibūdinamos *įkyriomis mintimis*: perdėtu susirūpinimu, pasikartojančiomis ir stresą keliančiomis mintimis apie stresorių ir jo pasekmes arba nuolatiniu nepertraukiamu mąstymu (angl. *rumination*) apie stresoriaus reikšmingumą, ir *prisitaikymo sunkumais* (angl. *failure to adapt*), sutrikdančiais kasdienį žmogaus funkcionavimą (pvz., dėmesio koncentracijos ar miego sunkumai, sutrikdantys kasdienės veiklas). Simptomai taip pat gali būti susiję su sumažėjusiu domėjimusi darbu, socialiniu gyvenimu, rūpinimusi kitais, laisvalaikio veiklomis, ko pasekoje sutrinka socialinis ir profesinis funkcionavimas (pvz., socialinio tinklo iširimasis, konfliktai šeimoje, pravaikštos darbe ir t.t.) (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Van Ommeren, et al., 2013).

Adaptacijos sutrikimo dviejų simptomų grupių struktūros siūlyme taip pat teigiama, kad sutrikimas skiriasi nuo normalių reakcijų, išgyvenamas stresas

toks stiprus, kad reikšmingai sutrikdo kasdienį žmogaus funkcionavimą. Kitaip nei potrauminio streso atveju, paties stresoriaus stiprumas nelaikomas adaptacijos sutrikimo kriterijumi. Vis tik, adaptacijos sutrikimas gali būti diagnozuojamas po stipraus trauminio įvykio, kuomet simptomai neatitinka potrauminio streso sutrikimo profilio (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Van Ommeren, et al., 2013).

Naujausiuose siūlymuose taip pat neradus svaraus mokslinio pagrindimo TLK-11-ajam leidimui buvo atsisakyta adaptacijos sutrikimo subtipų, pateiktų TLK-10 (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Van Ommeren, et al., 2013). Pateikti nauji siūlymai nuo pirminių A. Maercker ir kolegų (2007) pateiktųjų skyrėsi ir tuo, kad įkryių minčių simptomai apėmė prieš tai siūlytus invazijos simptomus, o vengimo simptomų buvo atsisakyta.

Adaptacijos sutrikimo konstrukto siūlymai TLK-11 klasifikacijoje (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Van Ommeren, et al., 2013):

- a. identifikuojamas stresorius(-iai) ar gyvenimo pokyčiai;
- b. su stresoriumi susiję įkryių minčių simptomai: perdėtas nerimas, pasikartojančios ir nerimą keliančios mintys apie stresorių arba nuolatinis galvojimas apie stresoriaus svarbą;
- c. prisitaikymo sunkumų simptomai, sutrikdantys kasdienį funkcionavimą, koncentracijos arba miego sunkumai, sukeliantys veiklos problemų darbe ar mokykloje;
- d. simptomai pasireiškia mėnesio eigoje įvykus stresoriui ir turi tendenciją išsispęsti per 6 mėnesius, nebent stresorius trunka ilgesnį laiko tarpą;
- e. simptomai turi būti susiję su reikšmingu distresu ar reikšmingu asmeninės, šeimos, socialinės, mokymosi, darbinės, arba kitos reikšmingos gyvenimo srities sutrikdymu.

Apibendrinant, adaptacijos sutrikimo struktūra iki šiol yra mokslinių diskusijų objektas, kuriam reikalingas empirinių tyrimų pagrindimas. Pastaruoju metu šios srities tyrimus paskatino 2018-ais metais planuojamas išleisti TLK-11, kita vertus, išgryninus adaptacijos sutrikimo struktūrą, būtų

galima labiau suprasti žmonių reakcijas į įvairius psichosocialinius stresorius, kurti šių reakcijų įvertinimo instrumentus ir specializuotą psichologinę pagalbą.

1.4. Adaptacijos sutrikimą aiškinančios psichologinės teorijos

A. Maercker, F. Einsle ir V. Köllner (2007) vieni pirmųjų pateikė teorinį adaptacijos sutrikimo pagrindimą, kurio, kaip ir aiškesnės adaptacijos sutrikimo struktūros apibrėžimo, iki šiol nebuvo. Autorių publikacijoje „Adaptacijos sutrikimai, kaip atsako į stresorių sindromai: nauja diagnostinė koncepcija ir jos tyrinėjimai klinikinėje imtyje” (angl. *Adjustment Disorders as Stress Response Syndromes: A New Diagnostic Concept and Its Exploration in a Medical Sample*) adaptacijos sutrikimas buvo pristatytas kaip streso atsako sindromas, pateiktas naujos jo struktūros projektas, teorinis pagrindimas ir pirmieji empiriniai duomenys klinikinėje imtyje (Maercker et al., 2007). Formuojant teorinį adaptacijos sutrikimo pagrindą buvo nuspręsta remtis potrauminį stresą aiškinančiomis psichologinėmis teorijomis bei moksliniais tyrimais ir taip paaiškinti adaptacijos sutrikimo psichologinius mechanizmus, kurie veikia patyrus stresorių, nes adaptacijos sutrikimas, kaip ir potrauminio streso sutrikimas, priklauso tai pačiai stresinių sutrikimų kategorijai. Pagrindinis autorių įvardytas skirtumas tarp adaptacijos sutrikimo ir potrauminio streso buvo stresinio įvykio intensyvumas. Adaptacijos sutrikimo atveju stresoriai paprastai yra nesusiję su staigia ir netikėta grėsme žmogaus gyvybei, nėra tokie intensyvūs, kaip trauminiai įvykiai, pvz., skyrybos, sunkumai auginant vaiką, liga ar negalia, finansinės problemos, konfliktai su bendradarbiais, persikraustymas, išėjimas į pensiją, socialiniai/kultūriniai pokyčiai (Maercker et al., 2007).

Autorių kelta prielaida apie adaptacijos sutrikimą, kaip neadaptyvų atsaką į aiškiai identifikuojamą stresorių, įgalino juos remtis potrauminį stresą aiškinančiomis psichologinėmis teorijomis ir pateikti pirminį teorinį pagrindimą (Maercker et al., 2007). Toliau pateikiami streso reakcijas ir

potrauminį stresą aiškinančių kognityvinių teorijų aspektai, kurie gali būti taikomi teoriškai pagrindžiant adaptacijos sutrikimo psichologinius ypatumus.

Streso atsako teorija. M. Horowitz (1997) knygoje „Atsako į stresą sindromai: potrauminis stresas, gedulas ir adaptacijos sutrikimai” (angl. *Stress Response Syndromes: PTSD, Grief, and Adjustment disorders*) remiantis empirinių tyrimų duomenimis skiriami universalūs reakcijų į stresą aspektai. Pirmiausia, buvo pastebėta, kad egzistuoja bendra atsako į stresorių tendencija. Žmonės gali skirtis savo individualiomis charakteristikomis (pvz., atsparumu, galimybėmis gauti socialinę paramą), tačiau po tam tikrų stresinių patirčių, mes visi reaguojame į tai, kas mus sukrėtė. Antra, teigiama, jog streso reakcijos į skirtingus stresorius, net jei jie skiriasi kokybiškai ir kiekybiškai, yra universalios. Tačiau kartu svarbu pastebėti, kad skirtingi stresoriai gali sukelti ir papildomų individualių reakcijų. Trečia, reakcijos į stresorius gali tęstis ilgą laiko tarpą, net jei stresinis įvykis yra pasibaigęs arba išsisprendęs. Kai kada streso reakcijos gali būti atidėtos laike. Ketvirta, įvairiose šios tematikos mokslinėse studijose siekiama tirti invazines pasikartojančias mintis, emocijas ir/arba elgesį po stresinių patirčių. Rinkinys tarpusavyje susijusių, bet kartu ir viena kitai priešingų reakcijų į stresą, įskaitant neigimą, emocinį atbukimą ir vengimą, taip pat dažnai stebimos. Penkta, reziumuojant bendras reakcijų į stresorius tendencijas, galima išskirti žemiau pateiktą jų seką:

- a. pirminė fazė, kurios metu asmuo suvokia, jog įvyko stresinis įvykis, ją paprastai lydi stiprios ir staigios emocinės reakcijos,
- b. neigimo ir atbukimo fazė,
- c. mišri fazė, kurios metu neigimas ir įkylūs stresinio įvykio pasikartojimai mintyse, emocijose ir/arba veiksmuose keičia vienas kitą,
- d. informacijos apie stresorių apdorojimo fazė, kurios metu vyksta naujos informacijos integravimas į esamas kognityvines schemas (Horowitz, 1997).

Remiantis aptartomis reakcijų į stresorius įžvalgomis savo knygoje M. Horowitz (1997) taip pat pristatė normalių ir patologinių reakcijų į stresą

modelį, kuriuo remiantis pirminė reakcija į stresorių vadinama „šauksmu“ (angl. *outcry*), jos metu asmuo išgyvena stiprią baimę, liūdesį ar pyktį. Patologinio pirminio atsako į stresorių atveju asmuo jaučiasi priblokštas (angl. *overwhelmed*) stresinės patirties ir užvaldytas staigios emocinės reakcijos. Jei „šauksmo“ fazėje išgyvenamos emocijos stiprėja, gali kilti tokios pataloginės reakcijos, kaip panika ar išsekimas. Antra po „šauksmo“ sekanti fazė – neigimas, kuomet asmuo nenori prisiminti jį sukrėtusio įvykio. Šios reakcijos pataloginė išraiška yra itin stiprios vengimo reakcijos pavyzdžiui, vaistų vartojimas siekiant nejausti skausmo. Neigimą keičia invazijos fazė, kuomet spontaniškai kyla mintys apie stresą sukėlusį įvykį. Pataloginė šios fazės būseną, kuomet prisiminimai apie įvykį, vaizdiniai ir/arba mintys, yra nuolatiniai ir visiškai nekontroliuojami. Svarbu pastebėti, kad neigimo ir invazijos fazės pagal M. Horowitz (1997) nuolat keičia viena kitą ir šio proceso metu, remiantis kognityvine teorija, vyksta su stresoriumi susijusios naujos informacijos integravimas į esamas kognityvines schemas apie save ir aplinkinį pasaulį. Normaliu atveju, su stresoriumi susijusi informacija po truputį integruojama, M. Horowitz (1997) modelyje tai vadinama perdirbimu, asmuo nevengia susidurti su stresinio įvykio pakeista realybe. Patologinio atsako atveju perdirbimo procesas sutrinka, vietoje to atsiranda psichosomatinių reakcijų, skundžiamasi sveikatos sutrikimais. Kraštutinis perdirbimo proceso sutrikimo rezultatas – asmenybės pokyčiai, pavyzdžiui, sutrinka žmogaus gebėjimas mylėti ar dirbti. Paskutinė normalaus atsako į stresą fazė – pabaiga, reiškianti, kad žmogus gali toliau gyventi netrikdomas su stresoriumi susijusių aplinkybių (Horowitz, 1997).

Apibendrinant, M. Horowitz pateiktos įžvalgos apie normalius ir pataloginius atsako į stresorių ypatumus, kurių centrinė figūra – dviejų priešingų vienas kitam procesų, neigimo ir invazijos sąveika, skatinanti stresinio įvykio perdirbimą, leidžia kelti prielaidas apie adaptacijos sutrikimo, kaip vieno iš atsakų į stresorių, psichologinių procesų ypatumus. Savo knygoje M. Horowitz (1997) teigė, jog „potrauminio streso sutrikimas ir adaptacijos sutrikimas neturėtų būti laikomi mažiau reikšmingais psichikos sveikatos

sutrikimais. Abiejų atveju stebima aukšta savižudybės rizika ir žymūs sutrikdymai tokiose gyvenimo srityse, kaip darbas, socialinis gyvenimas ar tėvystė. Ir nors abu sutrikimai gali sukelti labai stiprų distresą, prognozės visiškai pasveikti paprastai yra labai geros“ (p. 40) (Horowitz, 1997).

Emocinio apdorojimo teorija. E. Foa, G. Steketee ir B. O. Rothbaum (1989) potrauminį stresą aiškinančioje emocinio apdorojimo (angl. *emotional processing*) teorijoje pateikiamas kitas modelis, kuriame taip pat fokusuojamasi ties invazijos ir vengimo reakcijomis. Esminė teorijos prielaida, jog dažnu atveju nekontroliuojamo, nenuspėjamo ir keliančio stiprius emocinius išgyvenimus stresinio įvykio detalės darbinėje atmintyje saugomos kitaip, negu kasdienio gyvenimo įvykiai. Stipriai sukrėtęs įvykis pažeidžia asmens pamatinį saugumo jausmą. Teorijoje siūlomas baimės tinklo (angl. *fear network*) konstruktas, kurį sudaro trys elementai: (1) informacija apie stresorių ir su juo susijusius stimulus, (2) informacija apie kognityvines, elgesio ir fiziologines reakcijas į stresorių, (3) prasminiai elementai, kuriuos sudaro esminės prielaidos (pvz., apie saugumo lūkesčius), ir jų pažeidimas. Potrauminio streso sutrikimo atveju baimės tinklas veikia, kaip nuolatinis priminimas reaguoti į stresorių, net ir tada kai nėra tikro pavojaus (Foa, Steketee, & Rothbaum, 1989). Pavyzdžiui, asmeniui patekus į automobilio avariją, susiformuoja baimės reakcijų tinklas tarp avarijos stimulų, baimės, kognityvinių, elgesio ir fiziologinių reakcijų, žymiai stipresnių už prieš tai buvusią patirtį vairuojant automobilį. Vėliau vairuojant automobilį baimės tinklas aktyvuojasi automatiškai, asmenį gali kamuoti padidinto dirglumo, invazijos, vengimo reakcijos, būdingos potrauminiam stresui. Baimės tinklas taip pat pasižymi žemu aktyvacijos slenksčiu ir jį aktyvuoti gali labai daug aplinkos detalių. Adaptacijos sutrikimo atveju įkyrių minčių simptomai atsiranda tuomet, kai išjudinamas bent vienas asociacinio baimės tinklo elementas (pvz., susitikus su buvusiu bendradarbiu kyla minčių apie netikėtą atleidimą iš darbo ir dėl ko taip įvyko) (Maercker et al., 2007).

Dvigubos reprezentacijos teorija. C. R. Brewin ir bendraautorių pristatyta dvigubos reprezentacijos teorija (1996) papildė potrauminio streso

atminties procesų aiškinimą. Pagal šią teoriją paraleliai veikia dvi atminties sistemos, skirtingais momentais galinčios pakeisti viena kitą. Žodiniai arba užrašyti prisiminimai apie traumą atspindi „verbaliai prieinamos atminties” (angl. *verbally accessible memory*) sistemą, kurioje traumos prisiminimai yra integruoti į ilgalaikę atmintį ir gali būti sąmoningai prisimenami, pavyzdžiui, bendraujant. Kitos „situaciškai prieinamos atminties” (angl. *situationally accessible memory*) veiklą apibūdina traumos prisiminimų blyksniai, atsirandantys nevalingai tuomet, kai susiduriama su kokiomis nors trauminio įvykio detalėmis. Situaciškai prieinamoje atmintyje saugomos trauminio įvykio detalės, kurios dėl savo ypatybių nebuvo įsisąmonintos, pavyzdžiui, vaizdai, garsai, fiziologinės reakcijos (širdies plakimas, kvėpavimas, temperatūros pokyčiai, skausmas). Viso to rezultatas – detalūs ir labai tikroviški trauminio įvykio prisiminimų blyksniai, lydimi stiprių emocinių išgyvenimų. Kadangi šios sistemos prisiminimai nėra sąmoningi, apie juos sunku papasakoti kitiems, jie taip pat nėra integruojami į ilgalaikės atminties sistemą. Prisiminimus sunku kontroliuoti, nes asmuo ne visada gali numatyti aplinkos vaizdus, kvapus ar garsus, kurie, būdami atsitiktiniai, gali netikėtai išprovokuoti trauminio įvykio prisiminimus. Esant tokiai situacijai, asmuo patiria potrauminio streso būdingus invazijos simptomus (Brewin, Dalgleish, & Joseph, 1996).

Nors C. R. Brewin siūlytas modelis paaiškina vengimo-invazijos mechanizmus traumos kontekste, kita vertus, teorijoje stokojama dėmesio tokiems aspektams, kaip asmens savęs, pasaulio, kitų žmonių vertinimui, kurie labai svarbūs adaptacijos sutrikimo atveju (Maercker et al., 2007).

Kognityvinis potrauminio streso modelis. A. Ehlers ir D. M. Clark (2000) pastebėjo, kad patyręs stipriai sukrečiantį įvykį, žmogus išgyvena nuolatinį nerimą dėl ateities, nors trauminis įvykis jau yra pasibaigęs. Autoriai pasiūlė kognityvinį potrauminio streso modelį, kuriame patologinis atsakas į traumą atsiranda tuomet, kai trauminį įvykį patyręs asmuo nuolat išgyvena išorinę (pvz., pasaulis yra pavojingas) arba vidinę (pvz., kuomet asmuo pradeda abejoti savo gebėjimais pasiekti svarbius jo gyvenime tikslus) grėsmę. Modelyje siūlomi du pagrindiniai procesai, susiję su minėtomis reakcijomis:

1. individualūs skirtumai, atsiskleidžiantys trauminės patirties ir jos pasekmių vertinime. Trauminės patirties sąlygota grėsmė gali būti apibendrinta kitoms kasdienėms, su traumine patirtimi nieko bendra neturinčioms veikloms. Žmogus taip pat gali perdėtai padidinti trauminio įvykio pasikartojimo tikimybę arba imti manyti, kad nelaimingi įvykiai atsitinka tik jam vienam. Tokie vertinimai susiję ne tik su tam tikrose situacijose išgyvenama baime, bet ir su vengimo reakcijomis, ko pasekoje baimės reakcijos nemažėja (pvz., asmuo vengia vairuoti po patirtos avarijos dėl nerealistiško įsitikinimo, jog avarija jam būtinai vėl įvyks). Traumos pasekmių: potrauminio streso simptomų, kitų žmonių reakcijų ir patirtos žalos (pvz., fizinės traumos, darbo praradimas) interpretacija taip pat susiję su nuolat išgyvenama grėsme (pvz., asmuo gali manyti, kad jį kamuojantys nekontroliuojami trauminio įvykio prisiminimai reiškia, jog jis praranda savikontrolę). Trauminiai įvykiai gali sukelti ilgalaikių neigiamų pasekmių įvairiose gyvenimo srityse, įskaitant fizinę sveikatą, santykius šeimoje, profesinius pasiekimus, finansinę situaciją. Šios pasekmės gali būti interpretuojamos, kaip ilgalaikiai neigiami pokyčiai arba kaip ženklas, kad blogiausia laukia ateityje.
2. individualūs skirtumai, atsiskleidžiantys trauminio įvykio prisiminimo pobūdyje ir sąsajose su kitais autobiografinės atminties elementais. Viena vertus, tikslingai prisiminti nuoseklų trauminio įvykio turinį paprastai būna sudėtinga, prisiminimų seka būna fragmentiška. Kita vertus, trauminio įvykio detalės dažnai prisimenamos nevalingai, šie prisiminimai gali būti labai tikroviški, jų metu išgyvenamos emocinės reakcijos labai stiprios. Keletas aptartos teorijos aspektų leidžia kelti prielaidas apie adaptacijos sutrikimo reakcijų mechanizmus (Ehlers & Clark, 2000).

Aptariama teorija skiriasi nuo prieš tai aptartųjų tuo, kad joje siekiama paaiškinti individualius kognityvinius skirtumus, susijusius su traumine

patirtimi. Toliau bus aptariami tie teorijos aspektai, kurie galėtų padėti paaiškinti adaptacijos sutrikimo reakcijas.

Anot A. Ehlers ir D. M. Clark (2000), kai kuriems asmenims nauja su traumine patirtimi susijusi informacija gali stipriai paveikti požiūrį į save (pvz., „aš nevertingas“, „aš negaliu“). Tokiu atveju visa autobiografinės atminties organizacija sutrikdoma, esamos ir ankstesnės patirtys tinkamai neintegruojamos, požiūris į save ir gyvenimo aplinkybes tampa nestabilus. Asmeniui tampa sudėtinga tinkamai reaguoti į aplinką esamuoju laiku, nes dėmesį labiau traukia traumą primenančios užuominos (Ehlers & Clark, 2000). Šios teorinės įžvalgos atitinka atlikto tyrimo duomenis, kurios parodė jog asmenys, kuriems buvo diagnozuotas adaptacijos sutrikimas, prasčiau vertina savo sugebėjimą susitvarkyti su kilusiais sunkumais (Einsle, Köllner, Dannemann, & Maercker, 2010).

Kitas svarbus A. Ehlers ir D. M. Clark (2000) teorijos aspektas – vengimo reakcijos (kognityvinės ir elgesio), kurios gali greitai sumažinti netikėtai kilusį grėsmės jausmą, tačiau ilgalaikėje perspektyvoje palaiko neadaptyvius streso įveikos mechanizmus ir elgesio modelius. Į vengimo simptomatiką įeina elgesio modeliai, atspindintys neigiamus stresinės patirties ir pasekmių vertinimus. Pavyzdžiui, atleistas iš darbo žmogus ima vengti susitikimo su bendradarbiais, kad nereikėtų kalbėti su jais apie atleidimą ir kad nepatirtų neigiamų su šia patirtimi susijusių jausmų (Ehlers & Clark, 2000).

Anot A. Maercker ir bendraautorių (2007) adaptacijos sutrikimą aiškinančiose teorinėse įžvalgose taip pat aptariami įvairūs elgesio sutrikimai (pvz., bergždžios pastangos kontroliuoti stiprią ir staigią grėsmę), reikšmingi adaptacijos sutrikimo prisitaikymo sunkumų simptomams. Pasirinkta elgesio strategija yra susijusi su trauminės patirties ir jos pasekmių vertinimu bei įsitikinimais, kaip geriausia būtų galima susidoroti su trauma. Neadaptyvus elgesys, kontroliuojantis grėsmės išgyvenimą, palaiko adaptacijos sutrikimą sąlygodamas invazijos, vengimo simptomus arba komorbidiškus depresijos, nerimo simptomus ir užkertantis kelią negatyvių įsitikinimų pokyčiams apie įvykį ir jo pasekmes (Ehlers & Clark, 2000).

Kitos disfunkcinės strategijos, skirtos sumažinti dėl stresinio įvykio išgyvenamą distresą, yra selektyvus dėmesys aplinkos užuominoms, primenančioms stresinį įvykį, nuolatinis apmąstymas (angl. *constant rumination*) apie įvykį ir jo pasekmes ir sunkumai koncentruojantis ties kitomis veiklomis. Visi disfunkciniai elgesio modeliai yra susiję su kasdienio gyvenimo ir asmenybės pokyčiais (Maercker et al., 2007).

A. Maercker, F. Einsle ir V. Köllner (2007) adaptacijos sutrikimą apibūdino pirmiausia kaip atsaką į kilusį stresorių todėl pasirinko potrauminį stresą aiškinančias kognityvines teorijas adaptacijos sutrikimo konstruktui formuoti. Mokslinėje studijoje aptartos teorijos trims pagrindinėms adaptacijos sutrikimo simptomų grupėms: invazijai, vengimui ir prisitaikymo sunkumams. Autoriai taip pat pabrėžė, kad toliau formuojant teorinį adaptacijos sutrikimo pagrindimą ir atliekant empirinius tyrimus, svarbu tikslinti diferenciaciją tarp stresinių ir trauminių įvykių, sukeliančių adaptacijos sutrikimą ir potrauminį stresą (Maercker et al., 2007).

Potrauminio streso sutrikimo ir adaptacijos sutrikimo skirtumai.

Nors bandoma pritaikyti daug labiau tyrinėjamo sutrikimo – potrauminio streso – teorijas adaptacijos sutrikimo kognityviniams mechanizms paaiškinti, tenka pripažinti, kad šios kategorijos turi skirtumų. Pirmiausia, adaptacijos sutrikimo atveju stresinio įvykio stiprumas gali būti įvairus, moksliniuose tyrimuose vis labiau pradėta kalbėti ir apie adaptacijos sutrikimą po trauminių patirčių (O'Donnell et al., 2016), kitaip negu potrauminio streso atveju, kur stresorius apibrėžiamas trauminio įvykio kriterijumi, kuris kelia grėsmę žmogaus gyvybei ir aktyvuoja asmens išgyvenimui svarbius neurobiologinius procesus. Kitas svarbus skirtumas, simptomų trukmė. Remiantis DSM-5 klasifikacija, adaptacijos sutrikimas gali būti diagnozuojamas iškart ir simptomai gali tęstis šešis mėnesius po trauminio įvykio, kuomet potrauminis stresas negali būti diagnozuojamas anksčiau kaip vienas mėnuo po trauminio įvykio patirties. Taip pat potrauminio streso simptomų profilis skiriasi nuo adaptacijos sutrikimo simptomų profilio. Adaptacijos sutrikimas gali būti diagnozuojamas ir tuo atveju, kai įvykus trauminiam įvykiui esami simptomai

nesiekia potrauminio streso ar ūmaus streso diagnostinio slenksčio (American Psychiatric Association, 2013).

Apibendrinant, galima būtų teigti, kad atnaujinant ligų klasifikacijas buvo tarsi siekiama kuo labiau diferencijuoti potrauminio streso ir adaptacijos sutrikimo diagnostines kategorijas, kita vertus, pasirinkimas vadovautis potrauminio streso teorinėmis įžvalgomis adaptacijos sutrikimo mechanizmams paaiškinti, gali reikšti, kad šios kategorijos turi daugiau bendrumų, negu skirtumų. Juolab, kad atsiranda tyrimų, pagrindžiančių A. Maercker kartu su kolegomis (2007) keltą hipotezę, jog adaptacijos sutrikimas iš dalies yra ikislenkstinė potrauminio streso sutrikimo diagnozė (O'Donnell et al., 2016). Vis tik panašumus ir skirtumus svarbu toliau tyrinėti, nes tyrimų, nagrinėjančių šiuos klausimus vis dar trūksta.

1.5. Adaptacijos sutrikimo struktūros empiriniai tyrimai

Potrauminį stresą aiškinančių teorijų taikymas adaptacijos sutrikimo teoriniam pagrindimui sulaukė kritikos, buvo teigiama, kad toks sprendimas veda į aklavietę (Semprini, Fava, & Sonino, 2010), kritikai taip pat teigė, kad adaptacijos sutrikimas nepadedą atskirti normalių reakcijų į stresą nuo patologijos, kyla normalių reakcijų į stresą medikalizavimo pavojus (Casey, 2014) kita vertus, atsirado mokslinių studijų, tyrinėjančių adaptacijos sutrikimą skirtingose populiacijose ir imtyse, siekiama nustatyti adaptacijos sutrikimo charakteristikas, leisiančias identifikuoti asmenis, kuriems reikalinga psichologinė pagalba.

Empirinis adaptacijos sutrikimo trijų simptomų struktūros pagrindimas. Vienoje iš pirmųjų mokslinių studijų, nagrinėjančių pasiūlytą trijų faktorių struktūrą, adaptacijos sutrikimas buvo tiriamas asmenų, turinčių automatinį širdies defibriliatorių, imtyje ($N = 160$, 90 proc. imties buvo vyrai). Tiriamuosius, kurie gydėsi kardiologijos klinikoje ambulatoriškai ir buvo ištirti praėjus vidutiniškai 2,3 metams po operacijos, atrinko gydytojai. Adaptacijos sutrikimo simptomatikai matuoti buvo pasirinkta adaptacijos sutrikimo naujo

modelio skalė (ADNM), struktūruotas klinikinis DSM-IV interviu (SCID) ir kiti instrumentai. Gauti rezultatai parodė pakankamai geras ADNM klausimyno charakteristikas. Pagal siūlomą trijų faktorių adaptacijos sutrikimo struktūrą buvo gauta, kad 38,1 proc. tiriamųjų atitiko invazijos simptomo kriterijų, 30,6 proc. atitiko vengimo simptomų kriterijų, prisitaikymo sunkumų kriterijų atitiko 26,2 proc. tyrimo dalyvių. Pagal A. Maercker, F. Einsle ir V. Köllner (2007) siūlytą adaptacijos sutrikimo konstrukta, tirtoje klinikinėje imtyje rimtų adaptacijos sutrikimo lygio sunkumų patyrė 16,9 proc. tyrimo dalyvių. Gautas vidutinis suderinamumas tarp ADNM ir SCID klausimynų su palyginti žemu jautrumu (angl. *sensitivity*) (0,58) bet aukštu specifiškumu (angl. *specificity*) (0,81) (Maercker et al., 2007). Apibendrinant šios mokslinės studijos rezultatus, autoriai pasiūlė ADNM klausimyną ir adaptacijos sutrikimo konstrukta tolimesniems tyrimams kitose imtyse ir bendroje populiacijoje (Maercker et al., 2007).

Kitoje mokslinėje studijoje adaptacijos sutrikimo diferencinis validumas buvo tirtas psichosomatikos pacientų imtyje ($N = 96$; 61 proc. imties buvo moterys) (Bley, Einsle, Maercker, Weidner, & Joraschky, 2008). Tyrimo imtis buvo suskirstyta į tris grupes pagal ADNM klausimyno įverčius. Adaptacijos sutrikimą turintys asmenys buvo suskirstyti į stipriai išreikšto adaptacijos sutrikimo grupę, kurią sudarė 16 proc. tyrimo dalyvių, silpnai išreikšto adaptacijos sutrikimo grupę (33 proc.), ir grupę asmenų, kurie neturėjo adaptacijos sutrikimui būdingų požymių (51 proc.). Buvo atlikta klasterinė įvairių sveikatos rodiklių, įveikos strategijų, saviveiksmingumo analizė išskirtose adaptacijos sutrikimo grupėse. Kaip ir buvo tikėtasi, asmenims su stipriai išreikštais adaptacijos sutrikimo simptomais buvo labiau būdingos į emocijas nukreiptos streso įveikos strategijos ir mažiau efektyvumo tvarkantis su stresoriais. Šiai grupei taip pat buvo labiau būdingas impulsyvumas, irzlumas (Bley et al., 2008).

Dar viena Šveicarijoje atlikta mokslinė studija, kurios tyrime dalyvavo vyresnio amžiaus asmenys (nuo 65 iki 96 metų amžiaus) iš bendros populiacijos ($N = 570$; $M = 74$). Standartizuotu interviu ir klausimynais buvo

vertinamas adaptacijos sutrikimo paplitimas, komorbidiškumas, pagalbos siekimo būdai, lyginant su kitais stresiniais sutrikimais (potrauminio streso, komplikuoju gedulu) ir depresiniais sutrikimais. Gautas 2,3 proc. trijų faktorių adaptacijos sutrikimo paplitimas. Nebuvo gauta statistiškai reikšmingų adaptacijos sutrikimo paplitimo skirtumų tarp amžiaus grupių. Potrauminio streso paplitimas pagal DSM-IV kriterijus tirtoje imtyje buvo 0,7 proc., komplikuojamo gedulo paplitimas buvo 4,2 proc. Klinikinės depresijos paplitimas pagal DSM-IV kriterijus buvo 2,3 proc. Adaptacijos sutrikimą turintys asmenys turėjo 5,1 karto didesnę riziką potrauminio streso sutrikimui, riziką klinikinei depresijai buvo 26,8 karto didesnė palyginus su kitais tyrimo imties dalyviais. Mokslinėje studijoje taip pat buvo pastebėta, kad adaptacijos sutrikimas nebuvo susijęs su naudojimosi sveikatos apsaugos sistemos paslaugomis (Maercker et al., 2008). Gauti duomenys parodė, kad naujas adaptacijos sutrikimo konstruktas yra reikšmingas, galintis turėti savo vietą šalia kitų psichikos sveikatos sutrikimų (Maercker et al., 2008).

Trijų faktorių adaptacijos sutrikimo struktūra taip pat buvo tikrinama tiriant dvi širdies ir psichosomatinių pacientų imtis. Studijoje buvo tikrinamas adaptacijos sutrikimo klausimyno ADNMM validumas. Atlikta faktorinė analizė abiejose imtyse patvirtino trijų faktorių: invazijos, vengimo ir prisitaikymo sunkumų, struktūrą (Einsle et al., 2010). Išskirtos subskalės taip pat pademonstravo gerus vidinio suderinamumo rodiklius, pakartotinio testavimo su šešių savaičių pertrauka rodikliai svyravo nuo $r = 0,61$ iki $r = 0,84$. Kadangi išskirtų subskalių koreliacijos su kitomis nerimo, depresijos, potrauminio streso skalėmis buvo statistiškai reikšmingos, studijos autoriai siūlė tolimesnius tyrimus, kurie siektų patikslinti adaptacijos sutrikimo simptomatikos sąsajas su kitais sutrikimais (Einsle et al., 2010).

Stresinių gyvenimo įvykių paplitimas ir adaptacijos sutrikimo struktūra tirta pabėgėlių iš Etiopijos, Alžyro, Gazos ir Kambodžos imtyse (Dobricki, Komproe, De Jong, & Maercker, 2010). Adaptacijos sutrikimo simptomų duomenys buvo surinkti iš skirtingų instrumentų ir atlikus analizę patvirtino A. Maercker ir kolegų (2007) pasiūlytą trijų faktorių struktūrą. Daugiausia su

adaptacijos sutrikimu susijusių įvykių buvo pabėgėlių iš Etiopijos (99,9 proc.) ir Alžyro (84,4 proc.) imtyse. Adaptacijos sutrikimo paplitimas buvo didžiausias pabėgėlių iš Alžyro (40,3 proc.), Kambodžos (30,7 proc.) ir Gazos (16,1 proc.) imtyse, Etiopijos pabėgėlių imtyje adaptacijos sutrikimo paplitimas buvo mažiausias (5,7 proc.). Tyrimo autoriai tokius rezultatus siejo su skirtingomis patirtimis tiriamųjų imtyse, pabėgėliai iš Alžyro nurodė daugiau socialinės izoliacijos ir ligų palyginus su pabėgėliais iš Etiopijos, kurie dažniau patyrė maisto trūkumą ir prarado namus (Dobricki et al., 2010).

Trijų faktorių adaptacijos sutrikimo struktūros paplitimo studija pirmą kartą buvo atlikta apklausiant Vokietijos gyventojus bendrojoje populiacijoje ($N = 2524$) nuo 14 iki 93-ųjų metų amžiaus ($M = 49,6$, $SD = 17,9$) (Maercker et al., 2012). Tyrime buvo naudojamas ūmių ir lėtinių stresorių sąrašas (Maercker et al., 2008), trumpa ADNMM klausimyno versija (Einsle et al., 2010). Gautas adaptacijos sutrikimo paplitimas bendrojoje populiacijoje buvo 0,9 proc. Gauti duomenys taip pat parodė, kad didžiausia tikimybė adaptacijos sutrikimui buvo patyrus persikraustymo, finansinių sunkumų, rimtos ligos ir tarpasmeninių konfliktų stresorius (Maercker et al., 2012). Vis tik, šios studijos autoriai pastebėjo, jog į tyrimą įtraukta prisitaikymo sunkumų kategorija, buvo reikšminga. Adaptacijos sutrikimo paplitimas tirtoje imtyje be šios kategorijos padidėjo 0,5 proc. (be šios kategorijos gautas adaptacijos paplitimas buvo 1,4 proc.). Studijoje siūloma arba neįtraukti šios kategorijos į adaptacijos sutrikimo struktūrą, arba ją pritaikyti (Maercker et al., 2012).

Apibendrinant, empiriniuose tyrimuose randama įrodymų, pagrindžiančių trijų simptomų grupių adaptacijos sutrikimo struktūrą, kita vertus, kyla nemažai keblumų dėl persidengimo su kitomis diagnostinėmis kategorijomis, ypač potrauminio streso sutrikimu. Pastebėta prisitaikymo sunkumų reikšmė leido toliau kelti hipotezes apie adaptacijos sutrikimo struktūrą.

Empirinis adaptacijos sutrikimo dviejų simptomų struktūros pagrindimas. Dviejų faktorių adaptacijos sutrikimo struktūros (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Reed, et al., 2013) pagrindimui buvo nespėta surinkti pakankamai empirinių duomenų, todėl siūlymai rėmėsi ankstesnių tyrimų,

atliktų naudojant TLK-10 klasifikacijos apibrėžimą, duomenimis ir ekspertų siūlymais (Strain & Friedman, 2011) bei streso atsako teorija (Horowitz, 1997).

M. Dobricki kartu su bendraautorais (2010) atliktoje studijoje buvo tyrinėjamos stipriai sukrečiančių įvykių, nesusijusių su grėsme žmogaus gyvybei (pvz., namų praradimas, priverstinis atskyrimas nuo šeimos, pinigų, maisto trūkumas), sąsajos su adaptacijos sutrikimu, diagnozuotu remiantis empiriniu trijų faktorių modeliu (Maercker et al., 2007). Duomenys buvo renkami skirtingose pabėgėlių stovyklose (N = 3048) Etiopijoje, Alžyre, Gazoje, Kambodžoje. Įvyrių minčių ir prisitaikymo sunkumų simptomai buvo dažniausiai pasitaikantys po minėtų stresinių įvykių (Dobricki et al., 2010). Keletoje mokslinių studijų, naudojusių adaptacijos sutrikimo apibrėžimą pagal TLK-10, nerado pagrindimo išskirtiems subtipams (O'Donnell et al., 2016; Strain et al., 1998; Zimmerman, Martinez, Dalrymple, Chelminski, & Young, 2013).

J. W. Keeley kartu su bendraautorais (2016) publikavo pirmąją studiją, kurioje kartu su kitais stresiniais sutrikimais buvo tikrinamas dviejų faktorių adaptacijos sutrikimo modelio, pasiūlyto TLK-11 Pasaulio sveikatos organizacijos darbo grupės (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Reed, et al., 2013), klinikinis naudingumas. Mokslinėje studijoje naudotos sutrikimų diagnostinės gairės ir įvairių klinikinių atvejų vinjetės. Eksperimentas buvo sugalvotas išbandyti specifinius pokyčius ar papildymus TLK-11-ajam leidimui. Gauti rezultatai parodė, kad atnaujintas adaptacijos sutrikimas tapo geriau diferencijuojamas nuo potrauminio streso sutrikimo, palyginus su TLK-10 diagnostinėmis sutrikimų gairėmis. Kita vertus, klinicistams buvo vis dar sudėtinga įvertinti naujus įvyrių minčių simptomus (Keeley et al., 2016). Antrojoje studijoje buvo analizuojami Vokietijos bendrosios populiacijos duomenys, aprašyti A. Maercker ir bendraautorių (2012) mokslinėje publikacijoje. Atlikta analizė nepatvirtino TLK-10 išskirtų adaptacijos sutrikimo subtipų ir parėmė naujausius struktūros siūlymus (Glaesmer et al., 2015).

Dar vienoje mokslinėje publikacijoje buvo tikrinamos adaptacijos sutrikimo klausimyno ADN-20 (angl. *Adjustment disorder new module*) psichometrinės charakteristikos (Lorenz, Bachem, & Maercker, 2016). Tyrime dalyvavo patyrę apiplėšimus asmenys ($N = 80$, $M = 48$, $SD = 15,3$), kuriems buvo teikiama specializuota psichologinė pagalba, siekiant sumažinti patiriamus sunkumus po patirto stresinio įvykio. Įkyrių minčių ir prisitaikymo sunkumų simptomai klausimyne buvo laikomi pagrindiniais, jų subskalės pasižymėjo aukštu vidiniu suderinamumu: abiejų subskalių Cronbach $\alpha = 0,90$, įkyrių minčių Cronbach $\alpha = 0,88$, prisitaikymo sunkumų Cronbach $\alpha = 0,80$. Klasterinė analizė parodė, kad įkyrių minčių ir prisitaikymo sunkumų simptomai gali tinkamai identifikuoti asmenis, turinčius stiprias reakcijas į kilusį stresorių. Pagal naują adaptacijos sutrikimo algoritmą 29 proc. tyrimo dalyvių atitiko adaptacijos sutrikimo diagnostinius kriterijus (Lorenz et al., 2016).

Apibendrinant, galima daryti išvadą, jog mokslinių tyrimų, nagrinėjančių dviejų faktorių adaptacijos sutrikimo struktūrą, šiuo metu yra labai mažai ir jų trūksta. Planuojamas TLK-11-ojo leidimo pasirodymas 2018-ais metais tik paskatino šios tematikos tyrimus, tačiau kartu šios studijos yra itin svarbios, siekiant suprasti psichologinius streso reakcijų ypatumus.

1.6. Disertacijos mokslinis naujumas

Adaptacijos sutrikimas, tai neadaptatyvi reakcija į identifikuojamą stresorių ar gyvenimo pokytį, charakterizuojama įkyriomis mintimis ir prisitaikymo sunkumais, sutrikdančiais kasdienį funkcionavimą (pvz., dėmesio koncentracijos, miego sutrikimai) (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Reed, et al., 2013; Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Van Ommeren, et al., 2013). Keletas aspektų apie šį sutrikimą daro jį svarbia kategorija moksliniams tyrimams.

Pirma, Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) stresinių sutrikimų darbo grupė teigė, kad adaptacijos sutrikimas yra viena dažniausiai naudojamų diagnostinių kategorijų sveikatos apsaugos sistemoje (Maercker, Brewin,

Bryant, Cloitre, Reed, et al., 2013). Atlikus 2155 psichologų iš 23-ų šalių tyrimą, kuriame buvo klausiama, su kokiomis diagnozėmis savo praktikoje jie susiduria dažniausia, buvo nustatyta, kad beveik 40 proc. specialistų bent kartą per savaitę turi pacientą su adaptacijos sutrikimo diagnoze, pagal TLK-10 (Evans et al., 2013). Kita vertus, buvo stebimas ryškus mokslinių studijų, nagrinėjančių šio sutrikimo specifiką, sumažėjimas (Casey et al., 2001). Artėjant TLK-11 leidimui domėjimasis stresiniais sutrikimais, o kartu ir adaptacijos sutrikimu, vėl suaktyvėjo, 2012-ais metais pasirodė pirmoji mokslinė publikacija, kurioje buvo siekiama įvertinti adaptacijos sutrikimo paplitimą bendrojoje populiacijoje pagal atnaujintą simptomų profilį (Maercker et al., 2012).

Antra, šiuo metu DSM-5 ir TLK-10 klasifikacijose esantys adaptacijos sutrikimo apibrėžimai sulaukė nemažai kritikos (Casey, 2014; Maercker et al., 2007; Semprini et al., 2010; Strain & Diefenbacher, 2008). Buvo teigiama, kad adaptacijos sutrikimo apibrėžimas labai netikslus, keliantis abejonių dėl savo validumo (P. Casey et al., 2001; Semprini et al., 2010). Sutrikimas iki šiol laikomas ikislenkstine kategorija, kuri negali būti diagnozuojama, jei pasiekiamas kito sutrikimo diagnostinis slenkstis, neturinti aiškių diagnostinių kriterijų, kelianti abejonių dėl jos subtipų poreikio ir stresinių įvykių apibūdinimo (Casey, 2014). Pastebėta tendencija, kad nemažai psichikos sveikatos specialistų naudoja adaptacijos sutrikimo diagnozę tuomet, kai sunkumai neatitinka jokios kitos diagnozės (Maercker et al., 2007). Kol kas yra tik vienas tyrimas, kuriame buvo atskleista, jog adaptacijos sutrikimas nėra trumpalaikis, vienam trečdaliui sužalojimus patyrusių asmenų ilgalaikame tyrime adaptacijos sutrikimas buvo lėtinis (O'Donnell et al., 2016). Taip pat iki šiol nebuvo aiškos atskirties tarp normalių ir klinikinio lygio reakcijų į psichosocialinius stresorius, tarp adaptacijos sutrikimo ir kitų psichikos sveikatos sutrikimų (Casey, 2014).

Trečia, adaptacijos sutrikimo teorines įžvalgas, paaiškinančias psichologinius šio sutrikimo patologinių reakcijų ypatumus, kol kas galima tik numanyti remiantis kognityvinėmis teorijomis, aiškinančiomis streso atsakus ir

potrauminį stresą. Iki šiol nėra specifinio adaptacijos sutrikimą aiškinančio teorinio pagrindo. Tik priskyrus sutrikimą prie stresinių sutrikimų kategorijos, atsirado mėginimų, taikant potrauminį stresą aiškinančias psichologines teorijas, paaiškinti neadaptyvius reakcijų į stresorius mechanizmus (Maercker et al., 2007). Nauji adaptacijos sutrikimo struktūros tyrimai įgalintų patvirtinti arba tobulinti iškeltas teorines prielaidas.

Ketvirta, PSO stresinių sutrikimų darbo grupė, pateikė dviejų simptomų grupių adaptacijos sutrikimo struktūros siūlymus TLK-11-ajam leidimui, planuojamam išleisti 2018-ais metais (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Van Ommeren, et al., 2013). Siūlomiems atnaujinimams trūksta mokslinių tyrimų pagrindimo, pavyzdžiui, reikalingi nauji epidemiologiniai tyrimai (Maercker et al., 2012) tiek bendrojoje populiacijoje, tiek klinikinėse imtyse (Lorenz et al., 2016). Psichikos sutrikimų turinčių asmenų imtyse adaptacijos sutrikimas mažai tyrinėtas, trūksta neurobiologinių tyrimų. Taip pat šiuo metu pradedami psichologinių intervencijų adaptacijos sutrikimą turintiems asmenims tyrimai (Casey, 2014). Tapo akivaizdu, kad adaptacijos sutrikimas pribrendo tyrimams.

Penkta, rastos adaptacijos sutrikimo sąsajos su somatinėmis ligomis, pavyzdžiui, onkologinėmis ligomis (Mitchell et al., 2011) ir po širdies defibriliatoriaus įsodinimo (Maercker et al., 2007), savižudybės rizika (Gradus et al., 2012; Schnyder & Valach, 1997), save žalojančiu elgesiu (Pelkonen, Marttunen, Henriksson, & Lönnqvist, 2005), kitais psichikos sveikatos sutrikimais, pavyzdžiui, depresija (Casey, Maracy, Kelly, Lehtinen, Ayuso-Mateos, Dalgard, & Dowrick, 2006; Maercker et al., 2008), potrauminiu stresu (Maercker et al., 2008), atskleidžia jo aktualumą kitų psichikos ar fizinės sveikatos sutrikimų kontekste. Viena svarbiausių sąsajų rasta tarp adaptacijos sutrikimo ir savižudybės rizikos: suicidinis elgesys dažniau pasitaiko asmenims, kuriems buvo diagnozuotas adaptacijos sutrikimas, negu tiems, kurie šios diagnozės neturėjo. Šis ryšys buvo gautas tyrinėjant paauglių ir suaugusiųjų imtis įvairiose Europos ir kitose šalyse (Schnyder & Valach, 1997; Wai, Hong, & Heok, 1999). Vienoje atliktoje Danijos mirties priežasčių registro analizėje buvo gauta, kad savižudybė buvo 12 kartų dažnesnė

asmenims, kuriems prieš tai buvo diagnozuotas adaptacijos sutrikimas, negu tiems, kuriems šis sutrikimas nebuvo diagnozuotas (Gradus et al., 2012). Adaptacijos sutrikimas yra dažnas somatinių ligų atveju (American Psychiatric Association, 2013).

1.7. Tyrimo tikslas ir uždaviniai

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

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

2. METODIKA

2.1. Tyrimo dalyviai

Tyrime sutiko dalyvauti 831 tyrimo dalyvis (57,9 proc. moterų) nuo 18 iki 89 metų amžiaus ($M = 39,84$, $SD = 17,83$). Demografiniai tiriamųjų imties duomenys pateikti lentelėje (2.1.1. lentelė). Suskirsčius tyrimo dalyvius į tris amžiaus grupes, 354 (42,6 proc.) priklausė amžiaus grupei nuo 18 iki 29 metų. 30-59 metų amžiaus grupėje buvo panašus skaičius tyrimo dalyvių, kaip ir pirmojoje – 333 (40,1 proc.). Trečiojoje amžiaus grupėje buvo 138 (16,6 proc.) tyrimo dalyviai.

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

Demografinės charakteristikos	<i>n</i>	%	Demografinės charakteristikos	<i>n</i>	%
Lytis			Išsilavinimas		
Vyras	350	42,1	Vidurinis ar žemesnis	401	48,3
Moteris	481	57,9	Aukštesnysis	113	13,6
Amžiaus grupės			Aukštasis	314	37,8
18-29	354	42,6	Nepateikė informacijos	3	0,4
30-59	333	40,1	Darbinė padėtis*		
60-89	138	16,6	Dirba	443	47,7
Nepateikė informacijos	6	0,7	Nedirba	90	9,7
Šeiminė padėtis			Studijuoja	221	23,8
Vedęs/ištekėjusi	328	39,5	Yra pensijoje	123	13,3
Nevedęs/netekėjusi	304	36,6	Kita	51	5,5
Gyvena su partneriu(-e)	82	9,9	Gyvenamoji vieta		
Išsiskyręs(-usi)/našlys(-ė)	110	13,2	Didieji miestai	485	58,4
Nepateikė informacijos	7	0,8	Miesteliai	148	17,8
			Kaimas	174	20,9
			Nepateikė informacijos	24	2,9

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

Dauguma tyrimo dalyvių nurodė, jog yra susituokę 328 (39,5 proc.), panašus skaičius tyrimo dalyvių buvo nesusituokę 304 (36,6 proc.). Beveik dešimtadalis tyrimo dalyvių nurodė gyvenantys su partneriu(-e) 82 (9,9 proc.).

Beveik pusė tyrimo dalyvių turėjo vidurinę arba žemesnę (pradinę/pagrindinę, spec. vidurinę) išsilavinimą 401 (48,3 proc.), 113 (13,6 proc.) turėjo aukštesnįjį išsilavinimą, 314 (37,8 proc.) buvo su aukštuoju universitetiniu išsilavinimu. Dauguma tyrimo dalyvių buvo dirbantys (pilnu etatu arba nepilnu) 443 (47,7 proc.), nedirbo 90 (9,7 proc.) tyrimo dalyvių, 221 (23,8 proc.) tyrimo dalyvis buvo studentas(-ė), pensijoje buvo 123 (13,3 proc.) tyrimo dalyvių. Daugiau negu pusė tyrimo dalyvių buvo iš didžiųjų Lietuvos miestų 485 (58,4 proc.), 148 (17,8 proc.) tyrimo dalyviai buvo iš miestelių, 174 (20,9 proc.) tyrimo dalyviai buvo iš kaimo.

2.2. Tyrimo instrumentai

Psichologinių instrumentų paketą sudarė A4 formato dydžio aplankas. Tituliniame lape buvo pateikta informacija apie atliekamą tyrimą, dalyvavimo tyrime informuoto sutikimo forma bei tyrėjų kontaktinė informacija. Antrajame puslapyje buvo pateikiama demografinių duomenų anketa su instrukcija. Tyrimo dalyviai anketoje turėjo pažymėti tokius demografinius duomenis kaip: lytis, šeiminė padėtis, išsimokslinimas, amžius, miestas/miestelis, kuriame gyvena, darbinė veikla, finansinė padėtis. Toliau tyrimo pakete buvo pateikti klausimynai su jų pildymo instrukcijomis. Aplanko pabaigoje buvo padėkos tekstas su prašymu peržiūrėti užpildytus atsakymus ir papildyti paliktas tuščias vietas. Savo sutikimą arba nesutikimą dalyvauti tyrime kiekvienas tyrimo dalyvis turėjo patvirtinti savo parašu tituliniame lape. Toliau aprašomos tyrimo pakete pateiktų klausimynų charakteristikos.

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

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

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

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

Angliška ADN-20 klausimyno versija pirmiausia buvo išversta į lietuvių kalbą dviejų nepriklausomų vertėjų, po to, jei buvo kokių nors nesutapimų tarp dviejų vertimų, jie buvo aptarti ir pakoreguoti vertėjų sutarimu. Tam, kad būtų užtikrinta lietuviško ADN-20 vertimo kokybė, buvo

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

Trumpas traumos klausimynas (BTQ) (angl. *Brief Trauma Questionnaire*). BTQ skirtas nustatyti suaugusio asmens (nuo 18 metų amžiaus) patirtus, stipriai sukrečiančius, su grėsme gyvybei susijusius, įvykius. Klausimynas buvo sukurtas P. Schnurr ir kolegų (1999) pagal potrauminio streso sutrikimo (PTSS) trauminio įvykio apibrėžimą, pateiktą DSM-IV.

BTQ pateikiamas dešimties trauminių įvykių sąrašas: (1) karas, (2) rimta autoavarija, (3) pagrindinės stichinės ir technologinės nelaimės, (4) gyvybei pavojinga liga, (5) fizinės bausmės vaikystėje, (6) užpuolimas, (7) nepageidaujami seksualiniai santykiai, (8) kita situacija, kurioje asmuo buvo rimtai sužeistas arba bijojo būti sužeistas ar mirti, (9) smurtinė artimo draugo ar giminaičio mirtis ir (10) buvimas liudininku situacijos, kurioje kas nors buvo rimtai sužeistas ar mirė arba kurioje asmuo nerimavo, kad kas nors gali būti rimtai sužeistas ar mirti. Prie kiekvieno iš minėtų įvykių tyrimo dalyvis pirmiausia turėjo pažymėti, ar patyrė nurodytą įvykį (*Taip* arba *Ne*). Nurodžius teigiamą atsakymą prie patirto įvykio, reikėjo atsakyti į du papildomus klausimus apie tą įvykį „Ar manėte, jog Jūsų gyvybei gresia pavojus arba galite būti rimtai sužeisti?“ (*Taip* arba *Ne*), „Ar buvote rimtai sužeisti?“ (*Taip* arba *Ne*). BTQ įvertis skaičiuojamas sumuojant visus teigiamus atsakymus. Angliškos versijos klausimyno patikimumas buvo pakankamai geras, kappa koeficientai svyravo nuo 0,74 iki 1,00 išskyrus gyvybei pavojingą ligą (0,69) ir kitą situaciją, kurioje asmuo buvo rimtai sužeistas arba bijojo būti sužeistas ar mirti (0,60). Gavus autorių sutikimą BTQ klausimynas buvo išverstas į lietuvių kalbą ir adaptuotas Lietuvos populiacijoje 2010-2012 m. Lietuviškos versijos

BTQ vidinio suderinamumo koeficientas buvo pakankamai geras Cronbach $\alpha = 0,74$ (Kazlauskas & Želvienė, 2015).

Įvykio poveiko skalė – Revizuota (IES-R) (angl. *Impact of Events Scale-Revised*). IES-R skirtas potrauminio streso sutrikimo (PTSS) reakcijų (American Psychiatric Association, 1994) intensyvumo įvertinimui (Weiss & Marmar, 1997). Klausimyną sudaro trys subskalės (viso 22 teiginiai), apibūdinančios pagrindinius PTSS simptomus: invazijos subskalė (pasikartojantys trauminio įvykio išgyvenimai) (8 teiginiai), vengimo subskalė (8 teiginiai) ir padidinto dirglumo subskalė (6 teiginiai). Tyrimo dalyviai turėjo pažymėti, kiek aprašomas sunkumas juos vargino per pastarąsias septynias dienas (0 = *visai ne*, 1 = *šiek tiek*, 2 = *vidutiniškai*, 3 = *gana daug*, 4 = *labai stipriai*). Subskalės įvertis yra ją sudarančių teiginių įverčių vidurkis. IES-R klausimyno bendras įvertis yra visų skalę sudarančių teiginių įverčių aritmetinis vidurkis.

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

Psichologinės gerovės klausimynas (WBQ) (angl. *Well Being Questionnaire*). WBQ yra skirtas įvertinti asmens psichologinę gerovę. Klausimynas buvo sudarytas remiantis C.D. Ryff ir B. Singer (2008) psichologinės gerovės teorinėmis ir mokslinių tyrimų įžvalgomis, pagal kurias psichologinės gerovės konstrukta sudaro šeši pagrindiniai veiksniai: autonomija, aplinkos valdymas, asmeninis augimas, teigiami santykiai su kitais, gyvenimo tikslas ir savęs priėmimas (Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2008; Ryff, 1989). WBQ sudaro viena dešimties teiginių, atspindinčių minėtus psichologinės gerovės veiksnius (pvz., „esu patenkintas savo gyvenimu“, „mano gyvenimas yra prasmingas“, „jaučiu, kad turiu galimybę

nuolat tobulėti“ ir kt.), skalė. Tyrimo dalyvių buvo prašoma 5-ių parinkčių skalėje (1 = *visiškai nesutinku*, 2 = *nesutinku*, 3 = *nei sutinku, nei nesutinku*, 4 = *sutinku*, 5 = *visiškai sutinku*) nurodyti, kiek jie sutinka, arba nesutinka su kiekvienu teiginiu. Teiginių įverčių suma sudaro bendrą WBQ skalės įvertį. Paskaičiuotas WBQ skalės vidinio suderinamumo rodiklis buvo pakankamai aukštas Cronbach $\alpha = 0,85$ (Kazlauskas & Želvienė, 2013).

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

2.3. Tyrimo eiga

Tyrimo metu buvo siekiama apklausti imtį, kuri savo demografinėmis charakteristikomis (amžiumi, lytimi, išsilavinimu, gyvenamąja vieta) būtų kuo labiau panašesnė į 2011-ųjų metų Lietuvos gyventojų ir būstų surašymo duomenis (Lietuvos statistikos departamentas, 2011). Tyrimo dalyviai buvo kviečiami dalyvauti tyrime patogiosios atrankos būdu, taip pat siekiant geresnio imties reprezentatyvumo, tyrėjai tikslingai kvietė dalyvauti įvairaus amžiaus asmenis iš įvairių miestų ar miestelių, neapsiribojant Vilniaus miestu.

Tyrimo apklausas visoje Lietuvoje atliko penki psichologai, turintys mokslų daktaro laipsnį ir trylika specialiai šiam tyrimui apmokytų psichologijos studentų (penki bakalauro pakopos studentai, šeši klinikinės psichologijos magistro programos studentai ir du doktorantai). Tyrimo dalyviai buvo kviečiami dalyvauti tyrime įvairiose darbovietėse arba namuose. Kvietimo metu tyrimas ir jo tikslai buvo trumpai pristatomi. Jei tyrimo dalyvis sutikdavo atsakyti į klausimus, turėdavo savo parašu patvirtinti sutikimą. Iš visų kviestų asmenų tyrime sutiko dalyvauti ir klausimyną užpildė 87 % tyrimo dalyvių.

Tam, kad surinkti duomenys būtų patikimi, tyrimo metu buvo siekiama kuo labiau suvienodinti tyrimo apklausos procedūrą visiems apklausas

vykdantiems tyrėjams. Šiam tikslui įgyvendinti nuolat vyko tyrėjų mokymai, buvo sukurtas „Tyrėjo vadovas“, kuriame buvo trumpai išdėstyta pagrindinė informacija apie atliekamą tyrimą. Mokymų metu tyrėjai mokėsi pristatyti tyrimą, susipažino su psichologinių instrumentų paketu bei „Tyrėjo vadovu“. Prasidėjus tyrimui, vykdavo nuolatiniai tyrėjų susitikimai, kurių metu buvo aptariami apklausų metu kilę klausimai.

2.4. Duomenų analizės metodai

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

Statistinei analizei naudotų parametrų slenkstinės reikšmės. Atliekant duomenų analizę gauti rezultatai buvo interpretuojami remiantis toliau nurodytomis gairėmis. Koreliacijos koeficientas buvo vertinamas remiantis J. W. Cohen (1988) siūlomomis gairėmis: kuomet koreliacijos koeficientai svyruoja nuo $r = 0,10$ iki $r = 0,29$, jas galima laikyti mažomis, svyruojančias nuo $r = 0,30$ iki $r = 0,49$ vidutinėmis, nuo $r = 0,50$ iki $r = 1,0$ ryšį tarp kintamųjų galima laikyti stipriu. Vidinio suderinamumo koeficientas buvo vertinamas remiantis R. F. DeVellis (2012) rekomenduojamomis normomis: jei Cronbach α koeficientas buvo virš 0,7, tuomet skalės vidinį suderinamumą galima laikyti labai geru. Kitais atvejais buvo remiamasi S. R. Briggs ir J. M. Cheek (1986) rekomendacijomis. Jei gautas Cronbach α rodiklis buvo mažesnis už 0,7 buvo atsižvelgiama į subskalės teiginių kiekį, jei teiginių yra mažiau negu dešimt, įprasta gauti žemesnius vidinio suderinamumo rodiklius, tuomet svarbu atsižvelgti į subskalės teiginių tarpusavio koreliacijų vidurkį, kuris turėtų būti tarp 0,2 ir 0,4. W. Cohen (1988) kriterijus, pagal kurį phi koeficiento dydis nurodo efekto dydį nuo 0,10 iki 0,29 yra laikomas mažas efektas, nuo 0,30 iki 0,49 vidutinis efektas, nuo 0,50 iki 1,0 didelis efektas.

Tiriamoji faktorių analizė. Duomenų tinkamumas tiriamajai faktorių analizei įvertintas atsižvelgiant į Kaiser-Meyer-Olkin rodiklį (angl. *Kaiser-Meyer-Olkin value (KMO)*), kurio rekomenduojama reikšmė turėjo būti didesnė nei 0,6 (Kaiser, 1970). Taip pat naudotas Bartleto sferiškumo kriterijus (angl. *Bartlett's Test of Sphericity*) (Bartlett, 1954) turėjo būti statistiškai reikšmingas ($p < 0,05$).

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

3. REZULTATAI

3.1. Imties charakteristikos

3.1.1. Stresoriai ir trauminiai įvykiai

Dauguma tyrimo dalyvių 83,3 proc. ($n = 692$) pažymėjo bent vieną stresorių, kurį patyrė per pastaruosius dvejus metus ir dėl kurio per paskutinius šešis mėnesius turėjo sunkumų. Vidutiniškai tiriamieji patyrė 2,07 ($SD = 1,86$) stresorių. Lėtinių stresorių vidurkis tirtoje imtyje buvo 1,61 ($SD = 1,53$), ūmių stresorių – 0,37 ($SD = 0,64$). 68,7 proc. ($n = 571$) tyrimo dalyvių nurodė patyrę bent vieną trauminį įvykį. Trauminių įvykių vidurkis tirtoje imtyje buvo 1,60 ($SD = 1,63$) (3.1.1. lentelė).

3.1.1. lentelė. Stresorių ir trauminių įvykių vidurkiai ir skirtumai tarp lyčių ($N = 831$)

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

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

Siekiant išsiaiškinti stresorių ir trauminių įvykių paplitimo ypatumus tarp lyčių buvo naudotas Stjudento- t kriterijus nepriklausomoms imtims paskaičiuoti vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai (3.1.1. lentelė). Atlikta analizė parodė, kad bendras stresorių kiekis (ADNM-20 klausimynas) tarp vyrų ($M = 2,01$, $SD = 2,00$) ir moterų ($M = 2,11$, $SD = 1,75$) statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($t(823) = -0,86$, $p = 0,39$). Ūmių stresorių kiekis tarp vyrų ($M = 0,40$, $SD = 0,73$) ir moterų ($M = 0,35$, $SD = 0,55$) statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($t(610,63) = 1,13$, $p = 0,26$). Patirti lėtiniai stresoriai taip pat nesiskyrė tarp lyčių ($t(823) = -1,25$, $p = 0,21$). Atlikta analizė taip pat atskleidė, kad lėtinių stresorių tiek vyrai ($M = 1,54$, $SD = 1,61$), tiek moterys ($M = 1,67$, $SD = 1,47$)

nurodė patyrę vidutiniškai daugiau negu ūmių stresorių (vyrai $M = 0,40$, $SD = 0,73$; moterys $M = 0,35$, $SD = 0,55$ moterys).

Trauminių įvykių (BTQ klausimynas) vyrai ($M = 2,12$, $SD = 1,85$) nurodė patyrę statistiškai reikšmingai daugiau negu moterys ($M = 1,22$, $SD = 1,34$; $t(590,21) = 7,68$, $p = 0,000$). Palyginus stresorių ir trauminių įvykių vidurkius buvo pastebėta, kad asmenys vidutiniškai nurodė daugiau stresorių ($M = 2,32$, $SD = 1,98$) negu trauminių ($M = 1,60$, $SD = 1,63$) įvykių. Vyrų stresorių ($M = 2,01$, $SD = 2,00$) ir trauminių ($M = 2,12$, $SD = 1,85$) įvykių vidurkiai buvo labai panašūs, o moterys nurodė patyrusios šiek tiek daugiau stresorių ($M = 2,11$, $SD = 1,75$) negu trauminių įvykių ($M = 1,22$, $SD = 1,34$) (3.1.1. lentelė).

3.1.2. lentelė. *Stresorių ir trauminių įvykių patirtis (N = 831)*

		ADNM-S	
		Nepatyrė	Patyrė
BTQ	Nepatyrė	<i>n</i> 60	200
		% 7,2	24,1
	Patyrė	<i>n</i> 79	492
		% 9,5	59,2

Pastaba. ADNM-S = Adaptacijos sutrikimo klausimyno (ADNM-20) stresorių sąrašas; BTQ = Trauminės patirties klausimynas.

Chi kvadratas buvo paskaičiuotas siekiant išsiaiškinti stresorių ir trauminių įvykių persidengimą tirtoje imtyje. Buvo nustatyta, kad daugiau negu pusė 59,2 proc. ($n = 492$) tiriamųjų nurodė patyrę bent vieną stresorių ir trauminių įvykių. 7,2 proc. ($n = 60$) tiriamųjų visai nenurodė tokių patirčių (3.1.2. lentelė).

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

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

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

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

* $p \leq 0,05$.

Visų ūmių stresorių paplitimas tarp lyčių nesiskyrė ($p > 0,05$). Finansiniai sunkumai buvo dažniausiai pasitaikantis lėtinis stresorius 29,1 proc. ($n = 240$). Per daug/per mažai darbo buvo antras pagal dažnumą pasitaikantis lėtinis

stresorius 24,7 proc. ($n = 204$). Artimojo liga – trečias 22,5 proc. ($n = 186$). Statistiškai reikšmingi skirtumai tarp lyčių buvo gauti apskaičiavus tokių lėtinių stresorių paplitimą kaip konfliktai su kolegomis ir artimojo liga: moterys šiuos stresorius pažymėjo statistiškai reikšmingai dažniau ($p < 0,05$). Lėtinių stresorių moterys patyrė statistiškai reikšmingai daugiau negu vyrai ($p = 0,05$), tačiau efekto dydis buvo labai mažas ($phi = 0,07$) (3.1.3. lentelė).

3.1.4. lentelė. *Stresorių paplitimas Lietuvos populiacijoje ir skirtumai tarp amžiaus grupių ($N = 831$)*

ADNM-S	Nuo 18 iki 29 ($n = 351$)		Nuo 30 iki 59 ($n = 332$)		Nuo 60 iki 89 ($n = 137$)		Amžiaus skirtumai		
	n	%	n	%	n	%	χ^2	p	phi
Ūmūs stresoriai	97	27,4	115	34,5	44	31,9	4,14	0,13	0,07
Netikėtas darbo praradimas	12	3,4	35	10,5	3	2,2	19,51	0,00*	0,15
Išėjimas į pensiją	-	-	9	2,7	13	9,5	8,51	0,00*	0,15
Skyrybos/Išsiskyrimas	39	11,1	29	8,7	2	1,5	11,78	0,00*	0,12
Artimojo mirtis	57	16,2	69	20,8	31	22,6	3,56	0,17	0,07
Lėtiniai stresoriai	252	71,2	255	76,6	108	78,3	3,83	0,15	0,07
Širdies ligos	11	3,1	29	8,7	52	38,0	123,42	0,00*	0,39
Kitos pavojingos ligos	19	5,4	36	10,8	32	23,4	33,49	0,00*	0,20
Lėtinės ligos	16	4,6	60	18,1	56	40,9	97,84	0,00*	0,35
Konfliktai su kolegomis	39	11,1	32	9,6	2	1,5	11,69	0,00*	0,12
Konfliktai su viršininkais	22	6,3	46	13,9	6	4,4	16,29	0,00*	0,14
Bedarbystė	30	8,5	36	10,8	3	2,2	9,44	0,01*	0,11
Konfliktai šeimoje	104	29,6	58	17,5	5	3,6	43,89	0,00*	0,23
Artimojo liga	68	19,4	76	22,9	38	27,7	4,15	0,13	0,07
Finansiniai sunkumai	100	28,5	105	31,6	33	24,1	2,76	0,25	0,06
Per daug/per mažai darbo	127	36,2	69	20,8	8	5,8	53,55	0,00*	0,26
Kitas stresą sukėlęs įvykis	33	9,4	23	6,9	14	10,2	1,93	0,38	0,05

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

* $p \leq 0,05$.

Vienfaktorinė dispersinė analizė ANOVA buvo atlikta siekiant išsiaiškinti stresorių paplitimo ypatumus skirtingo amžiaus grupėse. Tyrimo dalyviai buvo padalinti į tris grupes pagal amžių (1 grupė: nuo 18 iki 29 metų;

2 grupė: nuo 30 iki 59 metų; 3 grupė: nuo 60 metų ir daugiau). Nebuvo gautų statistiškai reikšmingų skirtumų tarp išskirtų amžiaus grupių $F(2, 678) = 0,27$, $p = 0,76$. Pirmoje amžiaus grupėje tiriamieji vidutiniškai patyrė 2,42 ($SD = 1,68$) stresorių, antroje amžiaus grupėje – 2,51 ($SD = 1,92$), trečioje amžiaus grupėje stresorių vidurkis buvo 2,55 ($SD = 1,49$). Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp grupių nebuvo gauta apskaičiavus ūmių ($p = 0,13$) ir lėtinių ($p = 0,15$) stresorių paplitimą skirtingose amžiaus grupėse (3.1.4. lentelė).

3.1.5. lentelė. Stresorių kiekio paplitimas bendrojoje Lietuvos populiacijoje ($N = 831$)

ADNM-S	Viso ($n = 831$)		Vyrų ($n = 350$)		Moterys ($n = 481$)	
	n	%	n	%	n	%
0	139	16,7	63	18,0	76	15,8
1	247	29,7	123	35,1	124	25,8
2	175	21,1	59	16,9	116	24,1
3	122	14,7	37	10,6	85	17,7
4	60	7,2	26	7,4	34	7,1
5 ir daugiau	88	10,6	42	12,0	46	9,6
Ūmūs stresoriai						
0	571	69,2	243	70,4	328	68,3
1	214	25,9	76	22,0	138	28,7
2	31	3,8	18	5,2	13	2,7
3	5	0,6	5	1,4	-	-
4	4	0,5	3	0,9	1	0,2
Lėtiniai stresoriai						
0	210	25,5	101	29,3	109	22,7
1	260	31,5	114	33,0	146	30,4
2	161	19,5	53	15,4	108	22,5
3	100	12,1	36	10,4	64	13,3
4	50	6,1	21	6,1	29	6,0
5 ir daugiau	44	5,3	20	5,8	24	5,0

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

Skirtingos amžiaus grupės statistiškai reikšmingai išsiskyrė atsižvelgus į pavienius ūmius arba lėtinius stresorius. Netikėtas darbo praradimas buvo dažniausiai pasitaikantis ūmus stresorius 2-oje amžiaus grupėje 10,5 proc. ($p = 0,00$). Išėjimas į pensiją 3-ioje amžiaus grupėje 9,5 proc. ($p = 0,00$). Skyrybos/išsiskyrimas 1-oje amžiaus grupėje 11,1 proc. ($p = 0,00$). Širdies ligos (38,0 proc.), kitos pavojingos ligos (23,4 proc.), lėtinės ligos (40,9 proc.) buvo dažniausiai pasitaikantys lėtiniai stresoriai 3-ioje amžiaus grupėje ($p = 0,00$). Konfliktai su kolegomis (11,1 proc.), konfliktai šeimoje (29,6 proc.), per daug/per mažai darbo (36,2 proc.) buvo dažniausiai pasitaikantys lėtiniai stresoriai 1-oje amžiaus grupėje ($p = 0,00$). Konfliktai su viršininkais (13,9 proc.; $p = 0,00$), bedarbystė (10,08 proc.; $p = 0,01$) buvo dažnesni 2-ai amžiaus grupei (3.1.4. lentelė).

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

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

Pastaba. BTQ = Trauminės patirties klausimynas.

* $p \leq 0,05$.

Siekiant išsiaiškinti stresorių kiekio paplitimą buvo paskaičiuota, kiek tiriamųjų pažymėjo bent vieną, du, tris ir daugiau stresorių. Beveik trečdalis tiriamųjų nurodė vieną stresorių (29,7 proc.), 5 ir daugiau stresorių nurodė 10,6 proc. visų tiriamųjų (42 vyrai ir 46 moterys). Bent vieną ūmų stresorių patyrė

ketvirtadalis visų tiriamųjų (25,9 proc.), visus išvardintus ūmius stresorius pažymėjo 4 tiriamieji (0,5 proc. visų tiriamųjų) iš kurių 3 buvo vyrai. Trečdalis visų tiriamųjų (31,5 proc.) pažymėjo bent vieną lėtinį stresorių. Penkis ir daugiau lėtinius stresorius pažymėjo 44 tiriamieji (5,3 proc. visų tiriamųjų) iš kurių buvo 20 vyrų ir 24 moterys (3.1.5. lentelė).

3.1.7. lentelė. *Trauminių įvykių kiekis bendrojoje Lietuvos populiacijoje (N = 831)*

BTQ	Viso		Vyrai (n = 350)		Moterys (n = 481)	
	n	%	n	%	n	%
0	260	31,1	81	23,1	179	37,2
1	201	24,2	66	18,9	135	28,1
2	156	18,8	70	20,0	86	17,9
3	90	10,8	49	14,0	41	8,5
4	57	6,9	39	11,1	18	3,7
5 ir daugiau	67	8,1	45	12,9	22	4,6

Pastaba. BTQ = Trauminės patirties klausimynas.

Siekiant išsiaiškinti trauminių įvykių paplitimo ypatumus Lietuvos populiacijoje ir tarp lyčių buvo naudotas Chi kvadrato kriterijus bei paskaičiuoti atskirų trauminių įvykių paplitimo procentai. Užpuolimai/apiplėšimai (30,5 proc.) sudarė trečdalį trauminių įvykių, kuriuos žymėjo tyrimo dalyviai. Kiti du dažniausiai pasitaikantys įvykiai buvo rimta autoavarija (28,2 proc.) ir fizinės bausmės vaikystėje (22,4 proc.). Apskaičiavus Chi kvadratą buvo gauta statistiškai reikšmingų skirtumų tarp lyčių su visais trauminiais įvykiais išskyrus gyvybei pavojingą ligą. Vyrai tirtoje imtyje dažniau žymėjo karo patirtį (7,5 proc.), rimtą autoavariją (36,3 proc.), stichinę/technologinę nelaimę (15,0 proc.), fizinės bausmės vaikystėje (28,5 proc.), užpuolimus/apiplėšimus (43,4 proc.), rimtus sužeidimus (28,8 proc.), netikėtą smurtinę artimojo mirtį (17,3 proc.), buvimą įvykio liudininku (20,9 proc.) ($p \leq 0,05$). Moterys statistiškai reikšmingai dažniau negu vyrai žymėjo seksualinę prievartą (6,9 proc.; $p \leq 0,05$) (3.1.6. lentelė).

Siekiant išsiaiškinti trauminių įvykių kiekio paplitimą Lietuvos populiacijoje buvo paskaičiuota, kiek tyrimo dalyvių pažymėjo bent vieną ir daugiau trauminių įvykių. Buvo gauta, kad trečdalis tyrimo dalyvių nepažymėjo nė vieno trauminio įvykio (31,1 proc.), ketvirtadalis (24,2 proc.) pažymėjo vieną. Penkis trauminius įvykius ir daugiau pažymėjo 8,1 proc. visų tyrimo dalyvių (3.1.7. lentelė).

3.1.2. Tyrimo dalyvių subjektyviai vertinama sveikata ir psichologinė gerovė

Siekiant išsiaiškinti tyrimo dalyvių psichologinę savijautą buvo paskaičiuoti subjektyvios sveikatos vertinimo ir psichologinės gerovės vidurkiai, standartiniai nuokrypiai bei naudotas Stjudento-t kriterijus nepriklausomoms imtims skirtumams tarp lyčių.

3.1.8. lentelė. Tyrimo dalyvių subjektyvus sveikatos vertinimas, psichologinė gerovė ir skirtumai tarp lyčių ($N = 831$)

	Viso		Vyrai ($n = 349$)		Moterys ($n = 480$)		t
	M	SD	M	SD	M	SD	
Subjektyvus sveikatos vertinimas	5,08	1,39	4,89	1,49	5,22	1,31	-3,41*
WBQ-10	38,61	5,67	38,14	5,76	38,96	5,57	-2,00*

Pastaba. WBQ-10 = Psichologinės gerovės klausimynas.

* $p < 0,05$.

Gauti rezultatai parodė, kad moterys ($M = 5,22$, $SD = 1,31$) savo sveikatą subjektyviai vertino statistiškai reikšmingai geriau negu vyrai ($M = 4,89$, $SD = 1,49$) ($t(827) = -3,41$, $p = 0,00$). Moterys taip pat nurodė ($M = 38,96$, $SD = 5,57$) statistiškai reikšmingai geresnius psichologinės gerovės rodiklius negu vyrai ($M = 38,14$, $SD = 5,76$) ($t(779) = -2,00$, $p = 0,05$) (3.1.8. lentelė).

3.2. Adaptacijos sutrikimo struktūros analizė

3.2.1. Adaptacijos sutrikimo struktūros aprašomoji statistika

Siekiant įvertinti adaptacijos sutrikimo simptomus, buvo paskaičiuota adaptacijos sutrikimo klausimyno (ADNM-20) subskalių aprašomoji statistika (3.2.1. lentelė).

3.2.1. lentelė. *Adaptacijos sutrikimo klausimyno subskalių aprašomoji statistika (N = 692)*

ADNM-20	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
Įkyrios mintys	9,35	3,45	4,00	16,00
Prisitaikymo sunkumai	7,14	2,99	4,00	16,00
Vengimas	9,41	3,47	4,00	16,00
Depresija	6,31	2,13	3,00	12,00
Impulsų kontrolės sunkumai	6,71	2,78	3,00	12,00
Nerimas	4,37	1,79	2,00	8,00

Pastaba. ADNM-20 = Adaptacijos sutrikimo klausimynas; Min = minimali subskalės įverčio reikšmė; Maks. = maksimali subskalės įverčio reikšmė.

Paskaičiuoti rezultatai parodė, kad adaptacijos sutrikimo simptomų įkyrių minčių ($M = 9,35$, $SD = 3,45$) ir vengimo ($M = 9,41$, $SD = 3,47$) vidurkiai buvo didžiausi, nerimo simptomo vidurkis – mažiausias ($M = 4,37$, $SD = 1,79$). Įkyrių minčių, prisitaikymo sunkumų, vengimo simptomų minimalios reikšmės buvo 4, maksimalios – 16. Depresijos ir impulsų kontrolės sunkumų simptomų minimali reikšmė – 3, maksimali – 12. Nerimo simptomo minimali reikšmė – 2, maksimali – 8 (3.2.1. lentelė).

3.2.2. lentelė. *Adaptacijos sutrikimo klausimyno subskalių tarpusavio koreliacijos (N = 692)*

ADNM-20	1	2	3	4	5	6
1 Įkyrios mintys	-					
2 Prisitaikymo sunkumai	0,68**	-				
3 Vengimas	0,63**	0,56**	-			
4 Depresija	0,70**	0,70**	0,59**	-		
5 Impulsų kontrolės sunkumai	0,72**	0,74**	0,63**	0,65**	-	
6 Nerimas	0,79**	0,72**	0,62**	0,67**	0,71**	-

Pastaba. ADNM-20 = Adaptacijos sutrikimo klausimynas.

** $p < 0,01$.

Siekiant nustatyti adaptacijos sutrikimo simptomų sąsajų ypatumus, buvo paskaičiuotos Pearson koreliacijos tarp ADNM-20 klausimyno subskalių. Visos gautos tarpusavio koreliacijos buvo statistiškai reikšmingos, koeficientai svyravo nuo $r = 0,56$ iki $r = 0,79$ ($N = 692$, $p < 0,001$) (3.2.2. lentelė). Didžiausia tarpusavio koreliacija buvo tarp nerimo ir įkyrių minčių simptomų ($r = 0,79$), mažiausias tarpusavio koreliacijos įvertis buvo tarp vengimo ir prisitaikymo sunkumų ($r = 0,56$) simptomų.

3.2.3. lentelė. *Adaptacijos sutrikimo klausimyno ir potrauminio streso klausimyno subskalių koreliacijos (N = 692)*

	IES-R invazija	IES-R vengimas	IES-R dirglumas
ADNM-20 įkyrios mintys	0,42**	0,33**	0,36**
ADNM-20 prisitaikymo sunkumai	0,46**	0,34**	0,44**
ADNM-20 vengimas	0,38**	0,37**	0,34**
ADNM-20 depresija	0,44**	0,33**	0,40**
ADNM-20 impulsų kontrolės sunkumai	0,45**	0,35**	0,42**
ADNM-20 nerimas	0,39**	0,33**	0,36**

Pastaba. ADNM-20 = Adaptacijos sutrikimo klausimynas; IES-R = Potrauminio streso simptomų klausimynas.

** $p < 0,01$.

Siekiant nustatyti adaptacijos sutrikimo simptomų sąsajas su potrauminio streso simptomais, buvo paskaičiuotos tarpusavio koreliacijos tarp ADNM-20 ir IES-R klausimynų subskalių. Gauti koreliacijų įverčiai buvo statistiškai

reikšmingi ($p < 0,01$). Didžiausias paskaičiuotas koreliacijos įvertis buvo tarp ADN-20 prisitaikymo sunkumų ir IES-R invazijos simptomų ($r = 0,46$, $p < 0,01$) subskalių (3.2.3. lentelė).

3.2.4. lentelė. *Adaptacijos sutrikimo klausimyno teiginių psichometrinės charakteristikos (N = 692)*

ADNM-20 pagrindinių ir papildomų simptomų grupės		M	SD	α	r^M	M^S	SD^S
ADNM-C							
Įkyrios mintys							
ADNM-C ₁	Pasikartojančios mintys	2,71	1,02				
ADNM-C ₂	Stresas prisiminus įvykį(-ius)	2,31	1,04	0,87	0,63	9,21	3,47
ADNM-C ₃	Nekontroliuojamos mintys apie įvykį(-ius)	2,11	1,01				
ADNM-C ₄	Nuolatinės mintys apie įvykį	2,08	1,03				
Prisitaikymo sunkumai							
ADNM-C ₅	Dėmesio koncentracijos sunkumai	2,08	1,04				
ADNM-C ₆	Sunkumai planuojant kasdienes veiklas	1,62	0,87	0,79	0,49	7,08	2,98
ADNM-C ₇	Miego sunkumai	1,84	1,00				
ADNM-C ₈	Atsiribojimas nuo šeimos/draugų	1,54	0,86				
ADNM-A							
Vengimas							
ADNM-A ₁	Vengimas pasakoti apie patirtį	2,51	1,14				
ADNM-A ₂	Užuominų vengimas	2,33	1,11	0,77	0,46	9,32	3,50
ADNM-A ₃	Pastangos pamiršti	2,38	1,20				
ADNM-A ₄	Bandyamas užgniaužti jausmus	2,10	1,10				
Depresija							
ADNM-A ₅	Jaučiasi prastai ir liūdi	2,80	0,90				
ADNM-A ₆	Nenoras užsiimti veiklomis	1,82	0,97	0,67	0,4	6,24	2,15
ADNM-A ₇	Vilčių ateičiai praradimas	1,63	0,90				
Impulsų kontrolės sunkumai							
ADNM-A ₈	Nervingumas ir neramumas	2,31	1,05				
ADNM-A ₉	Greitai netenka kantrybės	2,04	1,06	0,84	0,63	6,62	2,77
ADNM-A ₁₀	Nuolatinis dirglumas	2,28	1,07				
Nerimas							
ADNM-A ₁₁	Stiprus nerimas prisiminus	2,42	1,08	0,65	0,48	4,30	1,79
ADNM-A ₁₂	Dalykų situacijų ar dalykų baimė	1,88	1,01				

Pastaba. ADN-20 = Adaptacijos sutrikimo klausimynas; ADN-C = pagrindiniai adaptacijos sutrikimo simptomai; ADN-A = papildomi adaptacijos sutrikimo simptomai; r^M = subskalės tarpusavio teiginių koreliacijų vidurkis; M^S = subskalės įverčių vidurkis; SD^S = subskalės įverčių standartinis nuokrypis.

Mažiausi paskaičiuoti koreliacijų įverčiai buvo tarp ADN-20 įkyrių minčių ir IES-R vengimo simptomų subskalių ($r = 0,33, p < 0,01$), ADN-20 depresijos ir IES-R vengimo ($r = 0,33, p < 0,01$) simptomų subskalių ir tarp ADN-20 nerimo ir IES-R vengimo ($r = 0,33, p < 0,01$) simptomų subskalių (3.2.3. lentelė).

Siekiant įvertinti ADN-20 klausimyno pagrindinių ir papildomų simptomų subskalių psichometrinės charakteristikas buvo paskaičiuota aprašomoji statistika. Subskalių vidinio suderinamumo Cronbach α rodikliai parodė, kad adaptacijos sutrikimo pagrindinių simptomų įkyrių minčių ($\alpha = 0,87$) ir prisitaikymo sunkumų ($\alpha = 0,87$) subskalių vidinis suderinamumas labai geras. Papildomų simptomų vengimo ($\alpha = 0,77$) ir impulsų kontrolės sunkumų ($\alpha = 0,84$) subskalės taip pat pasižymėjo labai geru vidiniu suderinamumu, kita vertus, depresijos ($\alpha = 0,67$) ir nerimo ($\alpha = 0,65$) simptomų subskalių vidinis suderinamumas buvo mažesnis. Didžiausi tarpusavio teiginių koreliacijų vidurkiai buvo įkyrių minčių ir impulsų kontrolės sunkumų simptomų subskalėse ($M = 0,63$). Mažiausias buvo depresijos subskalės teiginių tarpusavio koreliacijų vidurkis ($M = 0,4$) (3.2.4. lentelė).

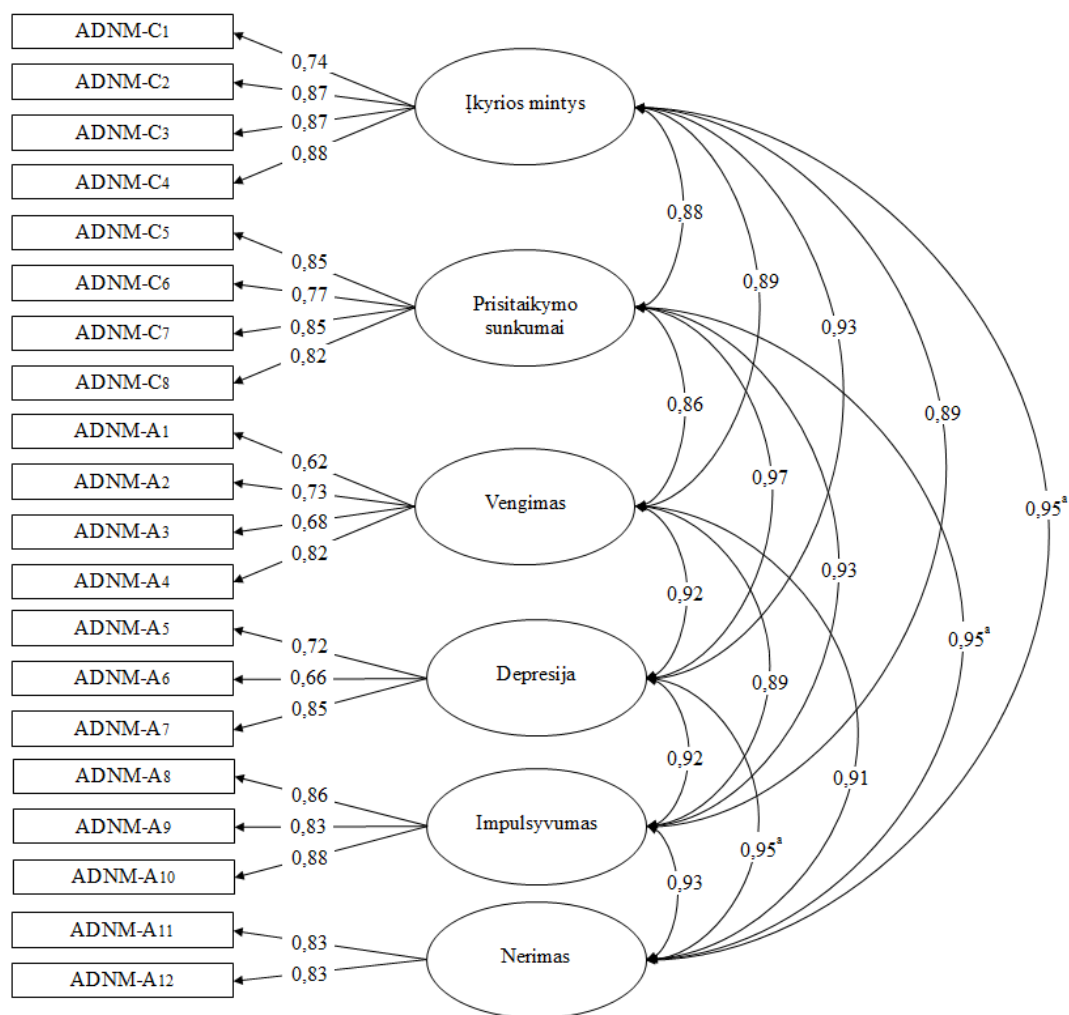
Tolimesnė adaptacijos sutrikimo struktūros, kurią sudaro du pagrindiniai (įkyrių minčių ir prisitaikymo sunkumų) ir keturi papildomi (vengimo, depresijos, nerimo ir impulsų kontrolės sunkumų) simptomai, apibrėžti TLK-11 siūlymuose, patvirtinamoji faktorių analizė atlikta naudojant struktūrinių lygčių programavimo statistinę programą IBM AMOS 23.0.0. Analizė buvo atlikta tiriamųjų, nurodžiusių bent vieną stresorių imtyje, remiantis ADN-20 klausimyno stresorių sąrašu ($n = 649$).

3.2.2. Adaptacijos sutrikimo struktūros analizė

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

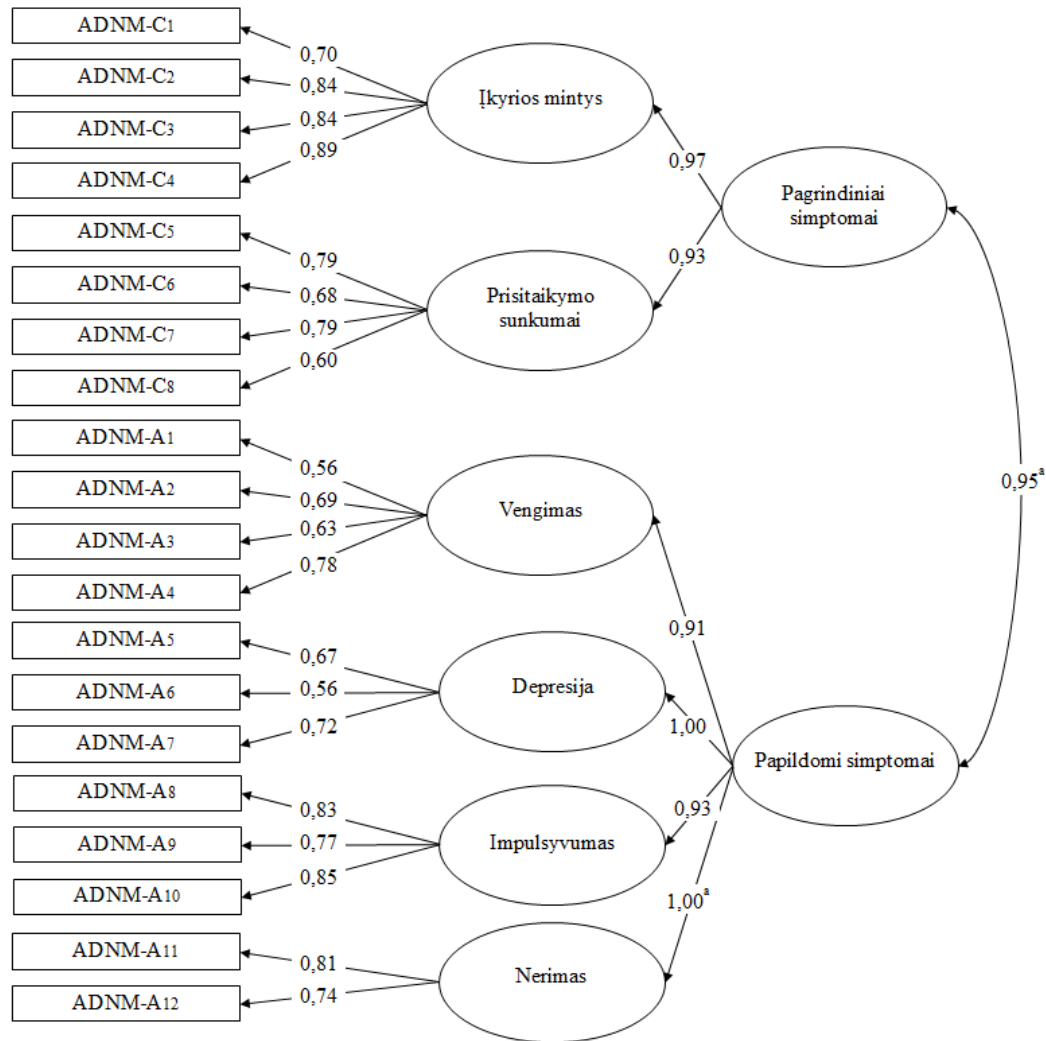
Pirmasis *šešių faktorių modelis*, kurį sudaro du pagrindiniai ir keturi papildomi adaptacijos sutrikimo simptomai (3.2.1. pav.). Pagrindinių simptomų (įkyrių minčių ir prisitaikymo sunkumų) faktoriai turėjo po keturis teiginius, vengimo – keturis, depresijos – tris, impulsų kontrolės sunkumų – tris, nerimo – du. Antrasis *dvių faktorių antros eilės modelis*, kurį sudaro du antros eilės latentiniai faktoriai. Vieną iš jų sudaro du pagrindiniai simptomai, antrąjį sudaro keturi papildomi simptomai (3.2.2. pav.). Trečiasis *dvių faktorių pagrindinių simptomų modelis*, kurį sudaro tik du adaptacijos sutrikimo pagrindinių simptomų faktoriai (3.2.3. pav.).

Heywood atvejai (angl. *Heywood cases*) modeliuose buvo išspręsti fiksuojant parametrus su neigiamomis variacijomis ir viršijančius 1-etą ties standartizuota 0,95 reikšme. Neigiamos paklaidų variacijos buvo fiksuojamos į mažus dydžius (0.001).



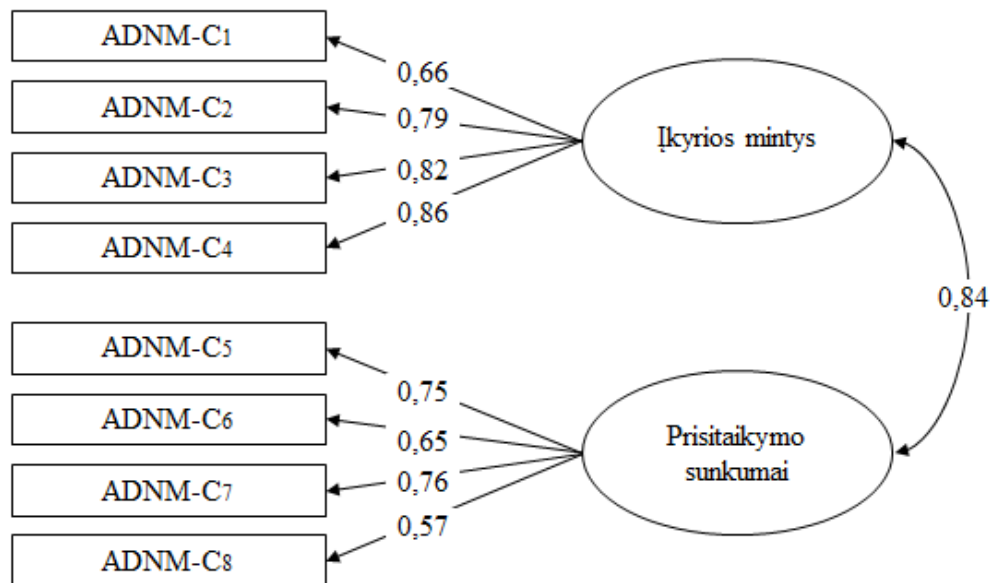
3.2.1. pav. Šešių faktorių modelis, kurį sudaro šešios adaptacijos sutrikimo simptomų (įkyrių minčių, prisitaikymo sunkumų, vengimo, depresijos, impulsų kontrolės sunkumų, nerimo) grupės. Faktorių apkrovos ir koreliacijos yra statistiškai reikšmingos, kai $p < 0,05$. ^a variacijos fiksuotos 0,95.

Gauti šešių faktorių modelio tinkamumo koeficientai rodė prastą modelio tinkamumą ($CFI = 0,900$, $RMSEA = 0,081$), faktorių svoriai svyravo nuo mažiausio 0,62 (teiginys vengimo subskalėje) iki didžiausio 0,88 (teiginiai įkyrių minčių ir impulsų kontrolės sunkumų subskalėse). Šešių faktorių modelio kintamųjų tarpusavio koreliacijos buvo aukštos, svyravo nuo 0,91 iki 0,97. Modelio tinkamumo interpretaciją riboja Heywood atvejis, kuomet trys faktorių tarpusavio koreliacijos buvo fiksuotos ties 0,95 (3.2.1. pav.).



3.2.2. pav. Dviejų faktorių antros eilės modelis, kurį sudaro dvi adaptacijos sutrikimo pagrindinių (įkyrių minčių ir prisitaikymo sunkumų) ir papildomų (vengimo, depresijos, impulsų kontrolės sunkumų ir nerimo) simptomų grupės. Faktorių apkrovos ir koreliacijos yra statistiškai reikšmingos, kai $p < 0,05$. ^a variacijos fiksuotos 0,95.

Dviejų faktorių antros eilės modelis, su atskirais pagrindinių ir papildomų simptomų antros eilės latentiniais faktoriais turėjo geresnius modelio tinkamumo koeficientus ($CFI = 0,913$, $RMSEA = 0,075$) nei šešių faktorių modelis (3.2.5. lentelė). Adaptacijos sutrikimo struktūros modelio pirmos eilės faktorių svoriai svyravo nuo 0,56 (vengimo ir depresijos subskalės) iki 0,89 (įkyrių minčių subskalė), antros eilės faktorių svoriai svyravo nuo 0,91 (papildomų adaptacijos sutrikimo simptomų grupė) iki 1,00 (papildomų adaptacijos sutrikimo simptomų grupė). Modelio tinkamumo interpretaciją, kaip ir šešių faktorių modelio, riboja Heywood atvejis, kuomet pagrindinių ir papildomų faktorių tarpusavio koreliacija buvo fiksuota ties 0,95 (3.2.2. pav.).



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

Įvertinus pirmuosius du modelius buvo tikrinamas trečiasis adaptacijos sutrikimo struktūros modelis, kurį sudarė du pagrindinių simptomų faktoriai. Paskaičiuoti modelio tinkamumo koeficientai rodė labai gerą modelio struktūros tinkamumą ($CFI = 0,985$, $RMSEA = 0,053$) (3.2.5. lentelė), gauti rezultatai taip pat buvo geriausi iš visų trijų modelių. Įkyrių minčių ir prisitaikymo sunkumų simptomų tarpusavio koreliacija buvo labai aukšta ($r = 0,84$), modelio faktorių svoriai taip pat buvo pakankamai aukšti (nuo 0,57 iki 0,86) (3.2.3. *pav.*).

Siekiant detalaus adaptacijos sutrikimo struktūrinių modelių palyginimo, buvo paskaičiuoti kiekvieno modelio tinkamumo koeficientai ir jų pasikliautiniai intervalai, Chi kvadratas, laisvės laipsniai bei paskaičiuoti modelio tinkamumo koeficientų pokyčiai (3.2.5. lentelė).

Modelių tinkamumo koeficientai parodė, kad dviejų faktorių pagrindinių adaptacijos sutrikimo simptomų modelis turėjo geriausius tinkamumo rodiklius (CFI = 0,985, RMSEA = 0,053). Minėtas modelis taip pat buvo palygintas su pirmaisiais dviem: buvo paskaičiuoti CFI ir RMSEA parametrų pokyčiai tarp šešių faktorių ir dviejų faktorių antros eilės modelių (Δ CFI = 0,013, Δ RMSEA = -0,006). Taip pat buvo palyginti dviejų faktorių antros eilės ir dviejų faktorių pagrindinių simptomų modeliai (Δ CFI = 0,072, Δ RMSEA = -0,022).

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

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

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

Siekiant patikrinti adaptacijos sutrikimo struktūros validumą buvo atlikta adaptacijos sutrikimo pagrindinių įkyrių minčių ir prisitaikymo sunkumų simptomų pagrindinių komponentų analizė (angl. *principal component analysis* (PCA)) stresorius patyrusių tiriamųjų imtyje. Analizei naudotas SPSS 23 statistinių duomenų analizės paketas. Prieš atliekant PCA buvo įvertintas duomenų tinkamumas tiriamajai faktorių analizei (angl. *exploratory factor analysis*).

Gautos adaptacijos sutrikimo pagrindinių simptomų požymių tarpusavio koreliacijos buvo didesnės už 0,3 išskyrus koreliaciją tarp ADN-M-C1 ir ADN-M-C2 požymių ($r = 0,29$) (3.2.6. lentelė).

Tiriamoji faktorių analizė patvirtino, kad dviejų faktorių struktūra gerai paaiškino adaptacijos sutrikimo duomenis. KMO buvo 0,91, Bartleto sferiškumo kriterijus buvo statistiškai reikšmingas ($p < 0,05$). Dviejų komponentų sprendimas paaiškino 67,9 proc. dispersijos. Pirmasis faktorius paaiškino 56,2 proc., antrasis – 11,35 proc. dispersijos. Išskirtų faktorių tarpusavio koreliacija buvo $r = 0,64$. Gauti duomenys patvirtino duomenų tinkamumą tiriamajai faktorių analizei.

3.2.6. lentelė. *Adaptacijos sutrikimo pagrindinių simptomų požymių tarpusavio koreliacijos (N = 692)*

ADNM-20 pagrindinių simptomų požymiai	1	2	3	4	5	6	7	8
ADNM-C1	-							
ADNM-C2	0,60**	-						
ADNM-C3	0,56**	0,67**	-					
ADNM-C4	0,57**	0,66**	0,72**	-				
ADNM-C5	0,39**	0,55**	0,53**	0,58**	-			
ADNM-C6	0,31**	0,41**	0,45**	0,49**	0,50**	-		
ADNM-C7	0,42**	0,52**	0,56**	0,59**	0,59**	0,52**	-	
ADNM-C8	0,29**	0,40**	0,40**	0,39**	0,44**	0,44**	0,44**	-

Pastaba. ADNM-20 = Adaptacijos sutrikimo klausimynas;

ADNM-C = pagrindiniai adaptacijos sutrikimo simptomai.

** $p < 0,01$.

Siekiant nustatyti sąsajas tarp adaptacijos sutrikimo pagrindinių simptomų požymių, buvo paskaičiuotos jų tarpusavio koreliacijos. Visi gauti koreliacijų įverčiai buvo statistiškai reikšmingi ($p < 0,01$), didžiausias koreliacijos įvertis gautas tarp ADNM-C4 ir ADNM-C3 požymių ($r = 72$, $p < 0,01$), mažiausias koreliacijos įvertis gautas tarp ADNM-C8 ir ADNM-C1 požymių ($r = 29$, $p < 0,01$) (3.2.6. lentelė).

Siekiant išsiaiškinti, kaip pasiskirsto pagrindiniai adaptacijos sutrikimo simptomų požymiai, buvo paskaičiuoti kiekvieno požymio faktorių svoriai bei koreliacijos tarp kintamųjų ir faktorių (3.2.7. lentelė). Modelio koeficientų matrica (angl. *pattern coefficients matrix*), parodė, kad įkyrių minčių simptomo požymiai (nuo ADN-M-C1 iki ADN-M-C4) patenka į 1-ąjį faktorių, faktorių svoriai svyravo nuo 0,73 iki 0,99, prisitaikymo sunkumų simptomo požymiai (nuo ADN-M-C5 iki ADN-M-C8) pateko į 2-ąjį faktorių, faktorių svoriai svyravo nuo 0,59 iki 0,88 (3.2.7. lentelė).

3.2.7. lentelė. *Adaptacijos sutrikimo pagrindinių simptomų požymių tiriamosios faktorinės analizės komponentų matrica (N = 692)*

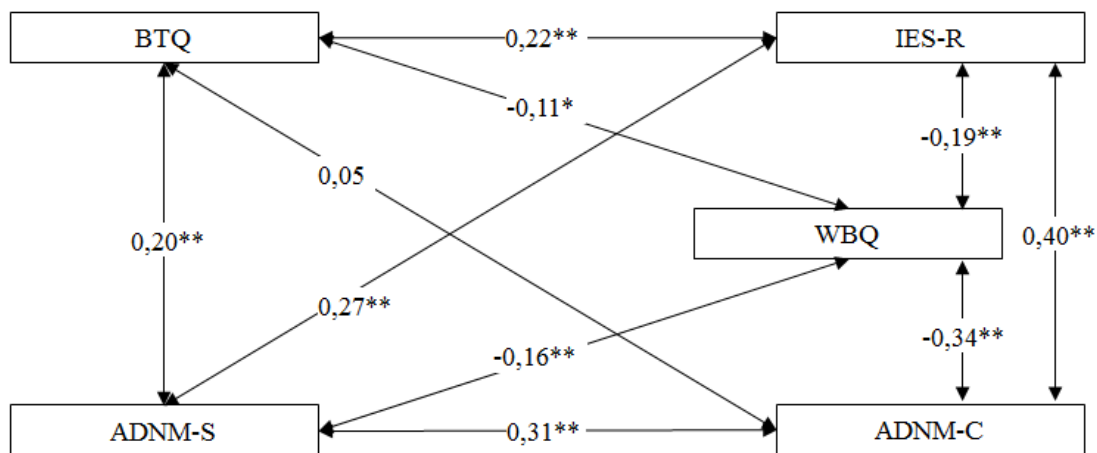
ADNM-20 pagrindinių simptomų požymiai	Paterno koeficientai		Struktūros koeficientai		Bendrumai
	1 faktorius	2 faktorius	1 faktorius	2 faktorius	
ADNM-C1	0,99	-0,26	0,82	0,37	0,71
ADNM-C2	0,82	0,05	0,85	0,58	0,73
ADNM-C3	0,77	0,12	0,85	0,61	0,73
ADNM-C4	0,73	0,18	0,85	0,65	0,74
ADNM-C5	0,25	0,61	0,64	0,77	0,62
ADNM-C6	-0,08	0,85	0,46	0,80	0,65
ADNM-C7	0,28	0,59	0,65	0,77	0,63
ADNM-C8	-0,17	0,88	0,39	0,77	0,61

Pastaba. ADN-M-20 = Adaptacijos sutrikimo klausimynas;
ADNM-C = pagrindiniai adaptacijos sutrikimo simptomai.

Struktūros koeficientų matrica (angl. *structure coefficient matrix*) parodė pakankamai aukštas koreliacijas tarp kintamųjų ir išskirtų faktorių: 1-ojo faktoriaus koreliacijos svyravo nuo 0,82 iki 0,85, 2-ojo faktoriaus koreliacijos svyravo nuo 0,77 iki 0,80. Paskaičiuoti bendrumai (angl. *communalities*) svyravo nuo 0,61 (ADNM-C8 teiginys) iki 0,74 (ADNM-C4 teiginys) ir rodė, kad visi adaptacijos sutrikimo požymiai buvo tinkami išskirtiems faktoriams.

3.2.3. Stresorių, trauminių patirčių, adaptacijos sutrikimo bei potrauminio streso reakcijų tarpusavio sąsajos

Atlikus adaptacijos sutrikimo struktūros analizę ir palikus du pagrindinius įkyrių minčių bei prisitaikymo sunkumų simptomus, buvo siekiama išsiaiškinti stresinės patirties ir adaptacijos sutrikimo sąsajas su traumine patirtimi ir potrauminio streso simptomais. Į modelį taip pat buvo įtrauktas psichologinės gerovės kintamasis.



3.2.4. pav. Sąsajos tarp trauminės patirties (BTQ), stresinės patirties (ADNM-S), potrauminio streso simptomų (IES-R), adaptacijos sutrikimo simptomų (ADNM-C) ir psichologinės gerovės (WBQ).

$^{**} p < 0,01$.

$^{*} p < 0,05$.

Paskaičiuotos Pearson koreliacijos tarp kintamųjų pirmiausia parodė, kad trauminė patirtis (BTQ) buvo statistiškai reikšmingai susijusi su potrauminio streso simptomais (IES-R) ($r = 0,22$, $p < 0,01$), stresoriai (ADNM-S) buvo statistiškai reikšmingai susiję su adaptacijos sutrikimo simptomais (ADNM-C) ($r = 0,31$, $p < 0,01$). Statistiškai reikšminga sąsaja gauta tarp trauminės patirties (BTQ) ir stresorių (ADNM-S) ($r = 0,20$, $p < 0,01$) bei tarp potrauminio streso simptomų (IES-R) ir adaptacijos sutrikimo simptomų (ADNM-C) ($r = 0,40$, $p < 0,01$). Sąsaja tarp trauminės patirties (BTQ) ir pagrindinių adaptacijos sutrikimo simptomų (ADNM-C) nebuvo statistiškai reikšminga ir labai maža ($r = 0,05$, $p > 0,01$). Sąsaja tarp stresinės patirties (ADNM-S) ir potrauminio streso simptomų (IES-R) buvo statistiškai reikšminga ($r = 0,27$, $p < 0,01$) (3.2.4 pav.).

Psichologinė gerovė (WBQ) buvo statistiškai reikšmingai neigiamai susijusi su traumine patirtimi (BTQ) ($r = -0,11$, $p < 0,05$) ir su stresine patirtimi (ADNM-S) ($r = -0,16$, $p < 0,01$). Potrauminio streso simptomai (IES-R) buvo statistiškai reikšmingai neigiamai susiję su psichologine gerove (WBQ) ($r = -0,19$, $p < 0,01$). Adaptacijos sutrikimo simptomai (ADNM-C) taip pat buvo statistiškai reikšmingai neigiamai susiję su psichologine gerove (WBQ) ($r = -0,34$, $p < 0,01$) (3.2.4. pav.).

3.3. Adaptacijos sutrikimo rizikos veiksniai

3.3.1. Adaptacijos sutrikimo rizikos grupė ir jos charakteristikos

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

Išskirtą rizikos grupę sudarė 103 tyrimo dalyviai, nuo 18 iki 89 metų amžiaus ($M = 44,56$, $SD = 19,00$), stresinių įvykių vidurkis grupėje buvo 3,41 ($SD = 2,08$, $min = 1$, $maks = 10$). Palyginamąją grupę sudarė 583 tyrimo dalyviai nuo 18 iki 89 metų amžiaus ($M = 39,65$, $SD = 17,49$), stresinių įvykių vidurkis buvo 2,33 ($SD = 1,66$). Palyginus rizikos grupės ūmius stresorius su palyginamosios, nebuvo gauta statistiškai reikšmingų skirtumų ($p > 0,05$), ūmių stresorių paplitimas tarp grupių buvo panašus. Skirtumai tarp grupių buvo gauti peržvelgus lėtinių stresorių sąrašą. Rizikos grupės tyrimo dalyviai

statistiškai reikšmingai dažniau nei palyginamoji grupė nurodė su sveikata susijusių lėtinių stresorių: širdies ligų (25,5 proc., $p = 0,00$), kitų pavojingų ligų (21,6 proc., $p = 0,01$), lėtinių ligų (35,3 proc., $p = 0,00$). Su darbo santykiais susiję lėtiniai stresoriai: konfliktai su kolegomis (24,5 proc., $p = 0,00$) ir konfliktai su viršininkais (17,6 proc., $p = 0,03$) buvo statistiškai reikšmingai dažniau pasitaikantys rizikos grupėje, finansiniai sunkumai taip pat (51,00 proc., $p = 0,00$). Skirtumų tarp grupių nebuvo gauta įvertinus lėtinius stresorius, tokius kaip bedarbystė ($p = 0,70$), konfliktai šeimoje ($p = 0,26$), artimojo liga ($p = 0,24$), per daug arba per mažai darbo ($p = 0,51$) (3.3.1. lentelė).

3.3.1. lentelė. *Adaptacijos sutrikimo rizikos ir palyginamosios grupių stresorių palyginimas*

ADNM-S	Palyginamoji grupė ($n = 584$)		Rizikos grupė ($n = 103$)		Grupių skirtumai		
	n	%	n	%	χ^2	p	phi
Ūmūs stresoriai							
Netikėtas darbo praradimas	42	7,2	10	9,8	0,51	0,47	0,04
Išėjimas į pensiją	18	3,1	7	6,9	2,54	0,11	0,07
Skyrybos/Išsiskyrimas	55	9,4	15	14,7	2,10	0,15	0,06
Artimojo mirtis	137	23,5	23	22,5	0,01	0,94	-0,01
Lėtiniai stresoriai							
Širdies ligos	66	11,3	26	25,5	13,86	0,00	0,15
Kitos pavojingos ligos	67	11,5	22	21,6	6,97	0,01	0,11
Lėtinės ligos	98	16,8	36	35,3	17,78	0,00	0,17
Konfliktai su kolegomis	49	8,4	25	24,5	21,80	0,00	0,19
Konfliktai su viršininkais	57	9,8	18	17,6	4,77	0,03	0,09
Bedarbystė	58	9,9	12	11,8	0,15	0,70	0,02
Konfliktai šeimoje	138	23,6	30	29,4	1,27	0,26	0,05
Artimojo liga	153	26,2	33	32,4	1,37	0,24	0,05
Finansiniai sunkumai	188	32,2	52	51,0	12,66	0,00	0,14
Per daug arba per mažai darbo	177	30,3	27	26,5	0,44	0,51	-0,03
Kitas stresą sukėlęs įvykis	58	9,9	12	11,8	0,15	0,70	0,02

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

Siekiant nustatyti išskirtos rizikos grupės adaptacijos sutrikimo simptomų ypatumus, buvo paskaičiuota rizikos ir palyginamosios grupių pagrindinių simptomų požymių atsakymų pasiskirstymo statistika.

3.3.2. lentelė. *Adaptacijos sutrikimo rizikos grupės atsakymų pasiskirstymas (N = 103)*

ADNM-C	Dažnumas per pastarąją savaitę			
	Niekada n (%)	Retai n (%)	Kartais n (%)	Dažnai n (%)
Įkyrios mintys (N=103)				
ADNM-C1	0(0)	3(2,9)	31(30,1)	69(67,0)
ADNM-C2	0(0)	2(1,9)	37(35,9)	64(62,1)
ADNM-C3	0(0)	8(7,8)	43(41,7)	52(50,5)
ADNM-C4	0(0)	8(7,8)	43(41,7)	52(50,5)
Prisitaikymo sunkumai (N=103)				
ADNM-C5	1(1,0)	9(8,7)	35(34,0)	58(56,3)
ADNM-C6	16(15,5)	25(24,3)	40(38,8)	22(21,4)
ADNM-C7	2(1,9)	16(15,5)	45(43,7)	40(38,8)
ADNM-C8	19(18,4)	25(24,3)	39(37,9)	20(19,4)

Pastaba. ADNM-C = pagrindiniai adaptacijos sutrikimo simptomų požymiai.

Rizikos grupės atsakymų pasiskirstymo rodiklių analizė parodė, kad įkyrių minčių simptomo subskalėje ties visais požymiais tyrimo dalyviai dažniausiai žymėjo atsakymą „dažnai”. ADNM-C1 požymį įkyrių minčių subskalėje rinkosi dažniausiai (67,0 proc.). Prisitaikymo sunkumų simptomo subskalėje rizikos grupės tyrimo dalyviai ADNM-C6, ADNM-C7 ir ADNM-C8 požymius dažniausiai rinkosi žymėdami atsakymą „kartais” (nuo 37,9 proc. iki 43,7 proc.).

Vieną simptomo požymį ADN-M-C5 tyrimo dalyviai dažniausiai rinkosi žymėdami atsakymą „dažnai” (56,3 proc.) (3.3.2. lentelė).

3.3.3. lentelė. *Adaptacijos sutrikimo palyginamosios grupės atsakymų pasiskirstymas (N = 589)*

ADNM-C	Dažnumas per pastarąją savaitę			
	Niekada n (%)	Retai n (%)	Kartais n (%)	Dažnai n (%)
Įkyrios mintys (N=589)				
ADNM-C1	93(16,8)	162(29,2)	190(34,3)	109(19,7)
ADNM-C2	173(30,9)	187(33,5)	155(27,7)	44(7,9)
ADNM-C3	210(37,6)	215(38,5)	104(18,6)	30(5,4)
ADNM-C4	229(41,0)	193(34,5)	105(18,8)	32(5,7)
Prisitaikymo sunkumai (N=589)				
ADNM-C5	242(43,4)	180(32,3)	105(18,9)	30(5,4)
ADNM-C6	369(66,5)	130(23,4)	44(7,9)	12(2,2)
ADNM-C7	321(57,2)	153(27,3)	65(11,6)	22(3,9)
ADNM-C8	415(74,1)	97(17,3)	37 (6,6)	11(2)

Pastaba. ADN-M-C = pagrindiniai adaptacijos sutrikimo simptomų požymiai.

Palyginamosios tiriamųjų grupės atsakymų pasiskirstymas, lyginant su rizikos grupe, skyrėsi. Įkyrių minčių subskalėje ties ADN-M-C4 požymiu tyrimo dalyviai dažniausiai žymėjo atsakymą „niekada” (41,0 proc.). Ties ADN-M-C2 (33,5 proc.) ir ADN-M-C3 (38,5 proc.) požymiais dažniausiai rinkosi atsakymą „retai”. Ties ADN-M-C1 požymiu dažniausiai pasirinktas atsakymas buvo „kartais” (34,3 proc.). Prisitaikymo sunkumų subskalėje tyrimo dalyvių atsakymai nebuvo pasiskirstę, kaip įkyrių minčių subskalėje. Tyrimo dalyviai ties visais požymiais dažniausiai rinkosi atsakymą „niekada” (nuo 43,4 proc. iki 74,1 proc.) (3.3.3. lentelė).

3.3.4. lentelė. *Adaptacijos sutrikimo simptomų palyginimas tarp rizikos ir palyginamosios grupių*

	Palyginamoji grupė (n = 589)		Rizikos grupė (n = 103)		t	p
	M	SD	M	SD		
ADNM-20	38,98	11,27	63,78	6,34	-30,33	0,00
ADNM-20 subskalės						
ADNM-C Įkyrios mintys	8,45	2,94	14,10	1,47	-29,39	0,00
ADNM-C Prisitaikymo sunkumai	6,24	2,24	11,89	1,80	-28,07	0,00
ADNM-A Vengimas	8,85	3,37	12,42	2,18	-13,66	0,00
ADNM-A Depresija	5,84	1,81	8,88	1,93	-15,37	0,00
ADNM-A Impulsyvumas	6,10	2,49	10,11	1,63	-20,68	0,00
ADNM-A Nerimas	3,94	1,55	6,68	1,10	-21,56	0,00

Pastaba. ADNM-20 = adaptacijos sutrikimo klausimynas; ADNM-C = pagrindiniai adaptacijos sutrikimo simptomų požymiai; ADNM-A = papildomi adaptacijos sutrikimo simptomų požymiai.

Palyginus adaptacijos sutrikimo ADNM-20 klausimyno, pagrindinių ir papildomų simptomų įverčius tarp rizikos ir palyginamosios grupių buvo gauti statistiškai reikšmingi skirtumai ($p = 0,00$). Ties visais simptomais rizikos grupės įverčių vidurkiai buvo didesni negu palyginamosios grupės (3.3.4. lentelė).

3.3.2. Adaptacijos sutrikimo rizikos veiksnių analizė

Siekiant nustatyti stresorių kiekio skirtumus tarp išskirtų rizikos ir palyginamosios grupių, buvo taikomas Stjudento-t kriterijus nepriklausomoms imtims. Gauti rezultatai parodė, kad bendras stresorių kiekis tarp grupių statistiškai reikšmingai skyrėsi $t(692) = -4,98$, $p = 0,000$, rizikos grupėje ($M = 3,41$, $SD = 2,08$) stresorių buvo daugiau negu palyginamojoje grupėje ($M = 2,33$, $SD = 1,66$). Suskirsčius stresorius į ūmius ir lėtinius, statistiškai reikšmingi skirtumai tarp grupių gauti tik lėtiniais stresoriams $t(692) = -5,48$, $p = 0,000$, rizikos grupėje ($M = 2,76$, $SD = 1,66$) jų kiekis buvo statistiškai reikšmingai didesnis negu palyginamojoje ($M = 1,80$, $SD = 1,40$). Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp grupių nebuvo gauta $t(692) = -1,14$, $p = 0,25$ apskaičiavus ir palyginus trauminių įvykių vidutinį kiekį rizikos grupėje ($M = 1,88$, $SD = 1,68$) ir palyginamojoje ($M = 1,67$, $SD = 1,67$) (3.3.5. lentelė).

3.3.5. lentelė. Stresorių ir trauminių patirčių palyginimas tarp rizikos ir palyginamosios grupių

	Rizikos grupė ($n = 103$)		Palyginamoji grupė ($n = 589$)		t
	M	SD	M	SD	
ADNM-S	3,41	2,08	2,33	1,66	-4,98***
Ūmūs stresoriai	0,54	0,71	0,43	0,66	-1,49
Lėtiniai stresoriai	2,76	1,66	1,80	1,40	-5,48***
BTQ	1,88	1,68	1,67	1,67	-1,14

Pastaba. ADNM-S = Adaptacijos sutrikimo klausimyno (ADNM-20) stresorių sąrašas. BTQ = Trauminės patirties klausimynas.

*** $p < 0,001$.

Palyginus subjektyviai vertinamą sveikatą, buvo gauta, kad rizikos grupėje tyrimo dalyviai statistiškai reikšmingai prasčiau vertino savo sveikatą ($M = 4,52$, $SD = 1,62$; $t(692) = 3,44$, $p = 0,001$) negu palyginamojoje grupėje ($M = 5,10$, $SD = 1,37$) (3.3.6. lentelė).

Psichologinės gerovės rodiklis rizikos grupėje taip pat buvo statistiškai reikšmingai mažesnis ($M = 35,86$, $SD = 5,87$; $t(692) = 4,82$, $p = 0,000$) negu palyginamojoje grupėje ($M = 38,89$, $SD = 5,59$) (3.3.6. lentelė).

3.3.6. lentelė. *Subjektyvaus sveikatos vertinimo ir psichologinės gerovės palyginimas tarp rizikos ir palyginamosios grupių*

	Rizikos grupė ($n = 103$)		Palyginamoji grupė ($n = 589$)		t
	M	SD	M	SD	
Subjektyvus sveikatos vertinimas	4,52	1,62	5,10	1,37	3,44***
WBQ-10	35,86	5,87	38,89	5,59	4,82***

Pastaba. WBQ-10 = Psichologinės gerovės klausimynas.

*** $p < 0,001$.

Siekiant nustatyti sąsajas tarp adaptacijos sutrikimo ir potrauminio streso sutrikimo (PTSS) simptomų buvo paskaičiuoti PTSS pagrindinių simptomų išreikštumo skirtumai tarp rizikos ir palyginamosios grupių naudojant Stjudento-t kriterijų nepriklausomoms imtims. Gauti statistiškai reikšmingi ($p < 0,001$) skirtumai tarp grupių ties visos IES-R skalės įverčiu ir ties visais tos pačios skalės subskalių įverčiais. Rizikos grupės IES-R skalės įverčio vidurkis ($M = 24,97$, $SD = 22,11$) buvo statistiškai reikšmingai didesnis už palyginamosios grupės vidurkį ($M = 11,18$, $SD = 14,42$; $t(692) = -4,88$, $p = 0,000$). Rizikos grupės invazijos simptomo subskalės vidurkis ($M = 10,12$, $SD = 9,00$) buvo statistiškai reikšmingai didesnis už palyginamosios grupės subskalės vidurkį ($M = 4,02$, $SD = 5,53$; $t(692) = -5,63$, $p = 0,000$). Vengimo subskalės vidurkis ($M = 9,47$, $SD = 7,51$) buvo statistiškai reikšmingai didesnis už palyginamosios grupės vidurkį ($M = 5,10$, $SD = 5,98$; $t(692) = -4,74$, $p = 0,000$). Dirglumo subskalės rizikos grupės vidurkis ($M = 7,01$, $SD = 6,64$) taip pat buvo statistiškai reikšmingai didesnis už palyginamosios grupės vidurkį ($M = 2,87$, $SD = 4,24$; $t(692) = -5,24$, $p = 0,000$) (3.3.7. lentelė).

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

3.3.7. lentelė. *Potrauminio streso simptomų išreikštumo palyginimas tarp rizikos ir palyginamosios grupių*

	Rizikos grupė (<i>n</i> = 103)		Palyginamoji grupė (<i>n</i> = 589)		<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
IES-R	24,97	22,11	11,18	14,42	-4,88***
Invazija	10,12	9,00	4,02	5,53	-5,63***
Vengimas	9,47	7,51	5,10	5,98	-4,74***
Dirglumas	7,01	6,64	2,87	4,24	-5,24***

Pastaba. IES-R = Potrauminio streso simptomų klausimynas.

****p* < 0,001.

Galima stebėti tendenciją, rodančią, kad rizikos grupėje 30-59 metų amžiaus grupės tyrimo dalyvių buvo daugiausia (41,7 proc.). Statistiškai reikšminga sąsaja gauta tarp išsilavinimo ir rizikos/palyginamosios grupių $\chi^2 (1, n = 692) = 4,38, p = 0,04$. Asmenų be aukštojo išsilavinimo rizikos grupėje buvo daugiau (52,4 proc.) negu su aukštuoju išsilavinimu.

Neuvo gautų statistiškai reikšmingų sąsajų tarp rizikos/palyginamosios grupių ir šeimyninio statuso¹ $\chi^2 (1, n = 692) = 3,66, p = 0,06$, šeimyninio statuso² $\chi^2 (1, n = 692) = 0,28, p = 0,6$, darbinės veiklos $\chi^2 (1, n = 692) = 0,09, p = 0,76$, šeimyninio statuso³ $\chi^2 (2, n = 692) = 1,47, p = 0,48$, išsimokslinimo $\chi^2 (2, n = 692) = 5,63, p = 0,06$, gyvenamosios vietos $\chi^2 (2, n = 692) = 0,61, p = 0,74$ (3.3.8. lentelė).

3.3.8. lentelė. *Imties demografinių charakteristikų palyginimas tarp rizikos ir palyginamosios grupių*

	Rizikos grupė (n = 103)		Palyginamoji grupė (n = 589)		Grupių skirtumai		
	n	%	n	%	χ^2	p	phi
Lytis							
Vyrai	28	27,2	259	44,0	9,50	0,002	0,12
Moterys	75	72,8	330	56,0			
Amžius							
18-29	35	34,0	248	42,5	5,08	0,079	0,09
30-59	43	41,7	242	41,5			
60-89	25	24,3	93	16,0			
Aukštasis išsilavinimas							
Ne	54	52,4	376	63,8	4,38	0,036	0,08
Taip	49	47,6	213	36,2			
Šeimyninis statusas ¹							
Našlys	12	11,7	35	5,9	3,66	0,056	0,08
Ne našlys	91	88,3	554	94,1			
Šeimyninis statusas ²							
Nevedęs	59	57,3	357	60,6	0,28	0,598	0,02
Vedęs	44	42,7	232	39,4			
Darbinė veikla							
Nedirba	50	48,5	273	46,3	0,09	0,761	-0,02
Dirba	53	51,5	316	53,7			
Šeimyninis statusas ³							
Vedęs/gyvena su partneriu	50	48,5	293	50,3	1,47	0,480	0,05
Nevedęs	35	34,0	213	36,6			
Išsiskyręs/našlys	18	17,5	76	13,1			

*p < 0,05. **p < 0,01. ***p < 0,001.

3.3.8. lentelė. *Imties demografinių charakteristikų palyginimas tarp rizikos ir palyginamosios grupių (lentelės tęsinys)*

	Rizikos grupė (n = 103)		Palyginamoji grupė (n = 589)		Grupių skirtumai		
	n	%	n	%	χ^2	p	phi
Išsimokslinimas							
Pagrindinis	43	42,2	287	48,8			
Aukštesnysis	10	9,8	88	15,0	5,63	0,060	0,09
Aukštasis	49	48,0	213	36,2			
Gyvenvietė							
Nuo 0 iki 20 tūkst	27	28,1	155	27,0			
Nuo 20 tūkst iki 100 tūkst	19	19,8	98	17,1	0,61	0,739	0,03
Nuo 100 tūkst ir daugiau	50	52,1	321	55,9			

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Siekiant nustatyti kintamuosius, prognozuojančius stipriai išreikštus adaptacijos sutrikimo simptomus (įkyrias mintis ir prisitaikymo sunkumus) buvo atlikta keturių etapų hierarchinė logistinė regresinė analizė. Į analizę įtraukti kintamieji, kurių koreliacijos su rizikos ir palyginamosios grupių ADN-20 pagrindinių simptomų (įkyrių minčių ir prisitaikymo sunkumų) įverčiais buvo statistiškai reikšmingos ($p < 0,05$). Hierarchinės logistinės regresijos keturių etapų analizės rezultatai pateikti 3.3.9. lentelėje.

Pirmajame analizės etape buvo įtraukti demografiniai kintamieji (lytis, amžius, išsilavinimas, gyvenamoji vieta, šeimyninis statusas). Visas modelis su įtrauktais kintamaisiais buvo statistiškai reikšmingas $\chi^2 (5, n = 410) = 25,02, p < 0,001$, rodantis, kad modelis gali tinkamai atskirti tyrimo dalyvius, esančius adaptacijos sutrikimo rizikos grupėje nuo dalyvių, kurie buvo priskirti palyginamajai grupei. Sudarytas modelis paaiškino nuo 5,9 proc. (Cox and Snell R^2 10,3 proc., Nagelkerke $R^2 = 0,103$) duomenų pasiskirstymo ir tinkamai suklasifikavo 85,1 proc. visų atvejų. Regresijos lygtis geriau prognozavo palyginamosios grupės asmenis (100,00 proc.), adaptacijos sutrikimo rizikos grupei buvo priskirta 1,6 proc. tyrimo dalyvių. Adaptacijos sutrikimo simptomų stiprumą statistiškai reikšmingai prognozavo du

demografiniai kintamieji: lytis ($OR = 3,33, p < 0,001$) ir aukštasis išsilavinimas ($OR = 1,83, p < 0,05$).

Antrojo analizės etapo logistinės regresijos modelis, papildytas lėtinių stresorių kintamuoju, buvo statistiškai reikšmingas $\chi^2 (6, n = 410) = 44,06, p < 0,001$. Modelis paaiškino nuo 10,2 proc. (Cox and Snell R^2 iki 17,8 proc., Nagelkerke $R^2 = 0,178$) duomenų pasiskirstymo. Teisingai buvo suklasifikuota 84,9 proc. tyrimo dalyvių. Didžiausią prognostinę reikšmę modelyje turėjo šie kintamieji: lytis ($OR = 3,48, p < 0,001$), aukštasis išsilavinimas ($OR = 2,23, p < 0,05$), lėtiniai stresoriai ($OR = 1,53, p < 0,001$). Palyginus pirmąjį modelį su antruoju, gautas ΔR^2 buvo lygus 7,5 proc.

Trečia logistinės regresijos lygtis, papildyta psichologinės gerovės ir subjektyviai vertinamos sveikatos kintamaisiais, teisingai prognozavo 85,6 proc. tiriamųjų. Gautas modelis buvo statistiškai reikšmingas $\chi^2 (8, n = 410) = 57,34, p < 0,001$. Modelis paaiškino nuo 13,1 proc. (Cox and Snell R^2 iki 22,8 proc., Nagelkerke $R^2 = 0,228$) duomenų pasiskirstymo. Regresijos lygtis geriau prognozavo palyginamosios grupės asmenis (98,0 proc.), rizikos grupei teisingai buvo priskirta 16,1 proc. tyrimo dalyvių. Statistiškai reikšmingą prognostinę reikšmę turėjo šie kintamieji: lytis ($OR = 3,58, p < 0,001$), aukštasis išsilavinimas ($OR = 2,78, p < 0,01$), lėtiniai stresoriai ($OR = 1,47, p < 0,001$) ir psichologinė gerovė ($OR = 0,91, p < 0,01$). Palyginus antrąjį logistinės regresijos modelį su trečiuoju, gautas ΔR^2 buvo lygus 5 proc.

Ketvirtajame logistinės regresijos etape į modelį įtraukti potrauminio streso pagrindiniai simptomai (invazija, vengimas, padidintas dirglumas). Modelis buvo statistiškai reikšmingas $\chi^2 (11, n = 410) = 80,37, p < 0,001$, teisingai prognozavo 87,1 proc. tiriamųjų. Modelis paaiškino nuo 17,8 proc. (Cox and Snell R^2 iki 31,1 proc. ir Nagelkerke $R^2 = 0,311$) duomenų pasiskirstymo. Regresijos lygtis geriau prognozavo palyginamosios grupės asmenis (97,7 proc.), rizikos grupei teisingai buvo priskirta 27,4 proc. tyrimo dalyvių. Statistiškai reikšmingą prognostinę reikšmę turėjo šie kintamieji: lytis ($OR = 3,04, p < 0,01$), aukštasis išsilavinimas ($OR = 3,36, p < 0,01$), lėtiniai stresoriai ($OR = 1,36, p < 0,01$) ir psichologinė gerovė ($OR = 0,91, p < 0,01$),

potrauminio streso invazijos simptomai ($OR = 1,12$, $p < 0,05$). Palyginus antrąjį logistinės regresijos modelį su trečiuoju, gautas ΔR^2 buvo lygus 8,3 proc.

3.3.9. lentelė. Hierarchinės logistinės regresinės analizės rezultatai

Etapai ir kintamieji	B	S.E.	Wald	df	p	OR	95 % CI	
							Min.	Maks.
1 etapas								
Lytis	1,20	0,33	13,34	1	0,00	3,33	1,75	6,35
Amžius	0,01	0,01	0,46	1	0,50	1,01	0,99	1,03
Aukštasis išsilavinimas	0,60	0,29	4,19	1	0,04	1,83	1,03	3,25
Gyvenvietė (kaimas)	-0,03	0,38	0,01	1	0,94	0,97	0,46	2,04
Šeima (našlys)	0,82	0,60	1,91	1	0,17	2,28	0,71	7,30
2 etapas								
Lytis	1,25	0,34	13,45	1	0,00	3,48	1,79	6,77
Amžius	0,01	0,01	0,64	1	0,42	1,01	0,99	1,03
Aukštasis išsilavinimas	0,80	0,31	6,76	1	0,01	2,23	1,22	4,09
Gyvenvietė (kaimas)	-0,03	0,38	0,00	1	0,95	0,98	0,46	2,07
Šeima (našlys)	0,78	0,62	1,59	1	0,21	2,18	0,65	7,31
Lėtiniai stresoriai	0,42	0,10	19,06	1	0,00	1,53	1,26	1,85
3 etapas								
Lytis	1,28	0,34	13,70	1	0,00	3,58	1,82	7,03
Amžius	0,00	0,01	0,00	1	0,99	1,00	0,98	1,02
Aukštasis išsilavinimas	1,02	0,33	9,86	1	0,00	2,78	1,47	5,25
Gyvenvietė (kaimas)	-0,13	0,40	0,11	1	0,74	0,88	0,40	1,91
Šeima (našlys)	0,62	0,63	0,95	1	0,33	1,85	0,54	6,40
Lėtiniai stresoriai	0,39	0,10	14,22	1	0,00	1,47	1,20	1,79
WBQ	-0,10	0,03	10,17	1	0,00	0,91	0,85	0,96
Subjektyvus sveikatos vertinimas	-0,06	0,14	0,17	1	0,69	0,95	0,72	1,24

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

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

3.3.9. lentelė. Hierarchinės logistinės regresinės analizės rezultatai (lentelės tęsinys)

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

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

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

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Disertacijos tyrime buvo apklausti pilnamečiai įvairaus amžiaus asmenys iš įvairių miestų ir miestelių. Sudaryta imtis savo demografinėmis charakteristikomis, palyginus ją su Lietuvos gyventojų 2011-ųjų metų surašymo duomenimis (Lietuvos statistikos departamentas, 2011), buvo panaši į bendrąją šalies populiaciją. Atlikome vieną iš nedaugelio tyrimų (Kazlauskas & Zelviene, 2016), leidusių įvertinti Lietuvos gyventojų stresinių ir trauminių patirčių paplitimo ypatumus bei įvertinome psichologinių reakcijų, susijusių su minėtais įvykiais ir kitais rizikos veiksniais, analizę. Vertinant Lietuvos gyventojų stresinių ir trauminių patirčių paplitimą, panašūs rezultatai su tam tikrais skirtumais, kurie bus aptariami šiame darbe, gaunami ir kitose šalyse (Darves-Bornoz et al., 2008; Einsle et al., 2010; Glaesmer et al., 2015; Maercker et al., 2008). Atlikta adaptacijos sutrikimo struktūros analizė patvirtino naujausią dviejų simptomų grupių (įkyrių minčių ir prisitaikymo sunkumų) modelį, kaip labiausiai tinkamą, pasiūlytą PSO stresinių sutrikimų darbo grupės būsimam TLK-11 leidimui (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Reed, et al., 2013). Dviejų faktorių modelis kol kas mažai tyrinėtas, mūsų žiniomis, studijų, nagrinėjančių būtent šią adaptacijos sutrikimo struktūrą, tėra keletas. Disertacijos tyrimo rezultatai iš dalies sutampa su kitų studijų duomenimis, kurios parodė, kad adaptacijos sutrikimas yra daugiamačis konstruktas su specifinėmis reakcijomis į stresorius. Toliau šioje disertacijos dalyje apžvelgsime pagrindinius rezultatus: pirmiausia aptarsime Lietuvos gyventojų stresinės patirties ypatumus, toliau – adaptacijos sutrikimo struktūrą ir veiksnius, susijusius su adaptacijos sutrikimo rizika.

4.1. Stresinių ir trauminių patirčių paplitimas Lietuvos populiacijoje

Baltijos šalių psichotraumatologinių tyrimų apžvalga (Kazlauskas & Zelviene, 2016) parodė, kad valstybių nepriklausomybės atkūrimas ir Sovietų Sąjungos žlugimas tapo reikšmingais veiksniais, paskatinusiais šios srities

tyrimus regione. Pirmiausia pradėtos tyrinėti politinio smurto psichologinės pasekmės išgyvenusiems (Gailienė, 2008; Kazlauskas & Gailienė, 2005; Gailienė & Kazlauskas, 2005) ir antrajai kartai (Vaskelienė, 2012), taip pat vykdyti pirmieji traumos ir potrauminio streso epidemiologiniai tyrimai (Domanskaitė-Gota et al., 2009), vėliau pradėti katastrofų (Povilaitienė, Auškalnytė, Grigienė, & Skruibis, 2015), raidos traumų (Daugirdaitė, Van Den Akker, & Purewal, 2015) tyrimai. Psichotraumatologijos tyrimai Lietuvoje sparčiai vystosi (Kazlauskas & Zelviene, 2016). Plėtojant psichotraumatologijos epidemiologinių tyrimų sritį, siekėme atlikti vieną pirmųjų tyrimų Lietuvoje, kurio tikslas buvo įvertinti Lietuvos gyventojų populiacijos trauminės ir stresinės patirtis, bei gautus duomenis palyginti su kitų šalių mokslinių tyrimų rodikliais.

Pastaruoju metu šios srities tyrimų poreikis labai išaugo kartu su TLK-11 būsimo leidimo atnaujinimais, kur pirmą kartą klasifikacijoje išskirtame specifiškai su stresu susijusių sutrikimų skyriuje klasifikuojamiems sutrikimams išorinis stresorius arba itin stipriai sukrečianti trauminė patirtis yra būtina sąlyga. Anot darbo grupės siūlymų klasifikacijai, įvykiai gali svyruoti nuo mažiau stiprių psichosocialinių stresorių („gyvenimo įvykių“), artimojo netekties iki pavienių, stipriai sukrečiančių įvykių ar pasikartojančių bei užsitęsusių ypatingo stiprumo trauminių įvykių (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Van Ommeren, et al., 2013). Analizuojant stresinių sutrikimų ir stresorių sampratą pasigedome tyrimų, kuriuose būtų analizuojamas stresinių patirčių paplitimas ir šių patirčių ypatumai bendrojoje populiacijoje. Nors klasifikacijos siūlymuose buvo siekiama kuo aiškiau apibrėžti stresines ir trauminės patirtis, kaip etiologinius veiksnius stresiniams sutrikimams, vis tik lieka daug neaiškumų, susijusių su stresinių patirčių ypatumais ir adaptacijos sutrikimo diferencine diagnostika (Casey, 2014; Casey & Bailey, 2011), nes trūksta šių siūlymų empirinio pagrindimo. Naujausiuose tyrimuose, kuriuose nagrinėjama adaptacijos sutrikimo struktūra, stresorių ypatumai yra neatsiejama šios tematikos dalis.

Stresinių patirčių paplitimo ypatumai. Disertacijos tyrimo duomenys parodė, kad beveik trečdalis Lietuvos gyventojų (29,7 proc.) patiria vieną reikšmingą stresorių per pastaruosius dvejus metus, penkis ir daugiau stresorių nurodė 10,6 proc. visų tiriamųjų. Stresinių patirčių Lietuvos populiacijoje paplitimas (83,3 proc.) buvo didesnis palyginus su ekonomiškai pažangių Europos šalių duomenimis, kuriose jau yra atliktų stresorių paplitimo tyrimų. Pavyzdžiui, Šveicarijos vyresnio amžiaus asmenų bendrojoje populiacijoje ($M = 74,0$) bent vieną stresorių patyrė 52,1 proc. tiriamųjų (Maercker et al., 2008), Vokietijos bendrojoje pilnamečių asmenų populiacijoje ($M = 49,6$) – 53,9 proc. (Maercker et al., 2012). Kita vertus, disertacijos tyrime gautas stresinių patirčių vidurkis ($M = 2,07$, $SD = 1,86$) buvo panašus į Vokietijos bendrosios populiacijos duomenis ($M = 1,7$, $SD = 1,1$) (Maercker et al., 2012).

Disertacijos tyrime tik vieną ūmų stresorių patyrė ketvirtadalis visų tiriamųjų (25,9 proc.), vieną lėtinį – trečdalis (31,5 proc.). Visus išvardintus ūmius stresorius pažymėjo keturi tyrimo dalyviai (0,5 proc.) iš kurių trys buvo vyrai, penkis ir daugiau lėtinius stresorius pažymėjo 5,3 proc. visų tiriamųjų (20 vyrų ir 24 moterys). Įvertinus konkrečių stresorių paplitimą, dažniausiai pasitaikantys įvykiai priklausė lėtinių stresorių kategorijai: finansiniai sunkumai (29,1 proc.), per daug/per mažai darbo (24,7 proc.), artimojo liga (22,5 proc.) ir konfliktai šeimoje (20,4 proc.). Vokietijoje atlikto tyrimo duomenimis ($N = 2512$) dažniausiai pasitaikantys stresiniai įvykiai buvo artimojo mirtis (14,77 proc.), Lietuvos populiacijoje šio ūmaus stresoriaus paplitimas buvo šiek tiek dažnesnis (19,4 proc.), finansiniai sunkumai (10,27 proc.), šio stresoriaus paplitimas buvo beveik tris kartus mažesnis palyginus su Lietuvos duomenimis (29,1 proc.), per daug/per mažai darbo (9,91 proc.), šio stresoriaus paplitimas Lietuvos populiacijoje buvo beveik pustrėčio karto didesnis, ir konfliktai šeimoje (7,21 proc.) (Maercker et al., 2012), Lietuvos populiacijoje šio stresoriaus paplitimas yra beveik tris kartus didesnis.

Stresinių patirčių paplitimo tarp lyčių analizė pirmiausia atskleidė, kad bendras stresorių kiekis tarp vyrų ir moterų nesiskyrė, ūmių stresorių kiekis taip pat, tačiau moterys nurodė patiriančios šiek tiek daugiau lėtinių stresorių

negu vyrai, moterys dažniau nurodė konfliktus su kolegomis ir artimojo ligą. Vokietijoje atlikto tyrimo duomenimis moterys taip pat dažniau patyrė artimojo ligą/priežiūrą, tačiau dažniau minėjo skyrybas ir šeimos konfliktus kitaip negu Lietuvoje (Maercker et al., 2012). Kito tyrimo, atlikto vyresnio amžiaus žmonių populiacijoje, duomenimis, palyginus stresorių patirtis tarp vyrų ir moterų nebuvo gauta statistiškai reikšmingų skirtumų išskyrus konfliktus šeimoje ir laiko/terminų spaudimą, kuriuos reikšmingai dažniau minėjo moterys (Maercker et al., 2008).

Disertacijos tyrimo stresorių kiekio skirtumai neatsiskleidė palyginus skirtingo amžiaus tyrimo dalyvių grupes, skyrėsi tik pavienių ūmių ir lėtinių stresorių paplitimas išskirtose grupėse. Skyrybos/išsiskyrimas buvo dažnesnis ūmus stresorius amžiaus grupėje nuo 18 iki 29 metų (11,1 proc.), konfliktai su kolegomis (11,1 proc.), konfliktai šeimoje (29,6 proc.), per daug/per mažai darbo (36,2 proc.) dažniausi lėtiniai stresoriai. Tyrimo dalyviai nuo 30 iki 59 metų amžiaus dažniau žymėjo netikėtą darbo praradimą (10,5 proc.), konfliktus su viršininkais (13,9 proc.) ir bedarbystę (10,08 proc.). Dalyviai nuo 60 metų ir vyresni dažniau išskyrė išėjimą į pensiją (9,5 proc.), širdies ligas (38,0 proc.), kitas pavojingas ligas (23,4 proc.) ir lėtines ligas (40,9 proc.) palyginus su kitomis dviejomis amžiaus grupėmis. Šveicarijos vyresnio amžiaus žmonių grupėje dažniausiai pasitaikantys stresoriai taip pat buvo susiję su sveikatos problemomis: penktadalis tyrimo dalyvių žymėjo sunkią ligą (20,4 proc.), šiek tiek mažiau artimojo ligą (17,5 proc.), šio tyrimo imtyje konfliktai šeimoje taip pat buvo vienas dažniausių stresorių (9,6 proc.) (Maercker et al., 2008).

Gautus rezultatus apie Lietuvos gyventojų stresines patirtis palyginome su Vokietijos ir Šveicarijos duomenimis, nes tik šiose ekonomiškai stipriose šalyse stresorių ypatumų tyrimai jau pradėti vykdyti. Duomenų iš kitų Europos šalių šiuo metu dar nėra. Surinkti duomenys apie stresines patirtis vieni pirmųjų Baltijos šalių regione. Studių, kuriose būtų išsamiau analizuojami lėtinių ir ūmių stresinių patirčių pasiskirstymo ypatumai, kol kas nėra, todėl šioje tyrimų stadijoje galimybės palyginti su kitomis šalimis gautus duomenis yra ribotos. Disertacijos tyrimas neabejotinai atskleidžia tokių tyrimų poreikį, o

skirtingose šalyse atliktos studijos galėtų labiau atskleisti tarpkultūrinius skirtumus. Galime pastebėti tendenciją, jog dažniausiai paplitę stresoriai tiek Lietuvos populiacijoje, tiek Vokietijoje yra panašūs, tačiau Lietuvos populiacijoje minėtų stresorių paplitimas dažnesnis.

Trauminių patirčių paplitimo ypatumai. Disertacijos tyrimo duomenimis apie 70 proc. Lietuvos gyventojų yra patyrę bent vieną trauminį įvykį, susijusį su grėsme gyvybei, trauminių įvykių vidurkis buvo 1,60 įvykio. Penkis trauminius įvykius ir daugiau pažymėjo 8,1 proc. visų tyrimo dalyvių. Gauti rezultatai panašūs į anksčiau Lietuvoje atliktų tyrimų duomenis. Kitoje Vilniaus universiteto mokslininkų atliktoje bendros populiacijos studijoje trauminių įvykių paplitimo rodiklis buvo didesnis, bent vieną potencialiai trauminį įvykį patyrė 94,3 proc. suaugusių asmenų (Mazulyte et al., 2014), tačiau šiame tyrime trauminio įvykio samprata, remiantis LEC klausimynu, buvo platesnė nei mūsų studijoje. Ankstesnės studijos duomenimis Lietuvos paauglių populiacijoje nustatytas 80 proc. trauminių įvykių paplitimas taip pat buvo didesnis nei mūsų tyrime (Domanskaitė-Gota et al., 2009).

Vienos iš pagrindinių psichotraumatologijos mokslinės studijos, atliktos šešiose Vakarų Europos šalyse (Ispanijoje, Italijoje, Vokietijoje, Nyderlanduose, Belgijoje ir Prancūzijoje), duomenys panašūs į disertacijoje gautus rodiklius, bent vieną potencialiai trauminį įvykį patyrė 63,6 proc. tyrimo dalyvių, įvykių vidurkis buvo 1,5 ($SD = 2,8$), asmenų, patyrusių bent vieną trauminį įvykį, grupėje vidurkis buvo didesnis 2,4 ($SD = 2,6$), asmenų, kuriems buvo nustatytas potrauminio streso sutrikimas, grupėje gautas 3,2 proc. ($SD = 2,5$) trauminių įvykių vidurkis (Darves-Bornoz et al., 2008). JAV atlikto bendros suaugusiųjų populiacijos ($N = 2953$) tyrimo duomenimis, bent vieną trauminį įvykį patyrė didesnis procentas tyrimo dalyvių (89,7 proc.) lyginant su disertacijos tyrimu. Šeši trauminiai įvykiai: katastrofa, avarija/gaisras, fizinis/seksoalinis smurtas, buvimas liudininku fizinio/seksoalinio smurto, šeimos narių rimti sužeidimai ar jų grėsmė dėl smurto/avarijų/katastrofų ir artimojo mirtis dėl smurto/avarijų/katastrofų, JAV populiacijoje buvo paplitę dažniau kaip 30 proc. (Kilpatrick et al., 2013).

Nors Lietuvoje, lyginant su kitomis šalimis, gauname panašų trauminių įvykių paplitimo procentą, atliktas palyginimas atskleidžia trauminių patirčių skirtumą. Disertacijos rezultatai parodė, kad Lietuvoje dažniausiai pasitaikantys trauminiai įvykiai buvo įvairūs užpuolimai/apiplėšimai (30,5 proc.), Europoje šio įvykio paplitimas buvo pusketvirto karto mažesnis (8,9 proc.), antroje vietoje pagal paplitimą buvo rimtos autoavarijos (28,2 proc.), remiantis kitų Europos šalių duomenimis, šio įvykio paplitimas buvo beveik pustrėčio karto retesnis (11,7 proc.), trečias pagal dažnumą trauminis įvykis buvo fizinės bausmės vaikystėje (22,4 proc.), Europoje šis įvykis buvo šešis kartus retesnis (3,6 proc.) (Darves-Bornoz et al., 2008). Dažniausi trauminiai įvykiai Vakarų Europoje buvo netikėta artimojo mirtis (24,6 proc.), buvimas liudininku įvykio, kuomet kas nors žuvo ar buvo stipriai sužeistas (20,6 proc.) ir autoavarijos (11,7 proc.) (Darves-Bornoz et al., 2008).

Palyginus trauminių įvykių paplitimą tarp lyčių, buvo gauta ir kituose tyrimuose pastebėta tendencija, jog vyrai nurodo patiriantys daugiau trauminių įvykių negu moterys (Darves-Bornoz et al., 2008; Frans, Rimmö, Åberg, & Fredrikson, 2005; Tolin & Foa, 2006). Disertacijos tyrime vyrai dažniau žymėjo karo patirtį, rimtą autoavariją, stichinę/technologinę nelaimę, fizinės bausmės vaikystėje, užpuolimus/apiplėšimus, rimtus sužeidimus, netikėtą smurtinę artimojo mirtį, buvimą sukrečiančio įvykio liudininku. Moterys dažniau žymėjo seksualinę prievartą.

Apibendrinimas. Disertacijos tyrimo rezultatai parodė, kad Lietuvos gyventojai per pastaruosius dvejus metus vidutiniškai patyrė apie du reikšmingus stresorius ir per gyvenimą yra patyrę vieną – du trauminius įvykius. Daugiau negu pusė (59,2 proc.) tiriamųjų nurodė patyrę bent vieną stresorių ir trauminį įvykį, 7,2 proc. tiriamųjų nenurodė trauminių ar stresinių įvykių. Tyrimo rezultatai parodė, kad yra reikšmingų sąsajų tarp trauminės ir stresinės patirties. Tačiau pasirinkta tyrimo metodologija neįgalino išsamiau analizuoti šių rezultatų. Gali būti, kad asmuo patyręs trauminės patirties, pavyzdžiui, netektis, tarpasmeninį smurtą, dažniau patiria su šia traumine

patirtimi susijusių stresorių ir tai turėtų būti plačiau tyrinėjama ateities tyrimuose.

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

4.2. Adaptacijos sutrikimo struktūra

Adaptacijos sutrikimas, pagal naujausius TLK-11 apibrėžimo siūlymus yra neadaptavi reakcija į aiškiai identifikuojamą psichosocialinį stresorių(-ius) ar pasikeitusias gyvenimo aplinkybes, charakterizuojama įkyrių minčių ir prisitaikymo sunkumų simptomais, reikšmingai sutrikdančiais kasdienį žmogaus funkcionavimą, dėl kurio atsiranda sunkumų susikaupti, sutrinka miegas. Minėti sunkumai gali kilti per pirmąjį mėnesį po stresinės patirties ir turi tendenciją išsispręsti per šešis mėnesius, nebent stresą keliančios gyvenimo aplinkybės trunka ilgesnį laiko tarpą (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Van Ommeren, et al., 2013). TLK-10 pateiktas adaptacijos sutrikimo apibrėžimas stokoja specifiškumo, dėl šios priežasties pasidarė itin sudėtinga atlikti šios srities tyrimus siekiant diagnozės validizavimo (Casey & Doherty, 2012; Casey & Bailey, 2011; Strain & Friedman, 2011). Adaptacijos sutrikimas dažnai buvo naudojamas tuomet, kai asmens patiriami sunkumai neatitikdavo visų depresijos ar nerimo sutrikimų simptomų ir kai išvardinti sunkumai neatitikdavo jokio kito sutrikimo diagnostinių kriterijų (Casey & Bailey, 2011; Strain & Friedman, 2011). Formuojant adaptacijos sutrikimo atnaujinimus

pasirodė mokslinių publikacijų, kuriose adaptacijos sutrikimo teorinis pagrindimas sudarytas remiantis streso reakcijas ir potrauminį stresą aiškinančiomis psichologinėmis teorijomis (Einsle et al., 2010; Maercker et al., 2007). Galima būtų teigti, kad adaptacijos sutrikimo apibrėžimo atnaujinimo darbai įsibėgėjo, tačiau kol kas nėra aiškesnio supratimo apie empiriškai pagrįstą sutrikimo struktūrą, fenomenologiją, santykį su kitais psichikos sveikatos sutrikimais ir jo eigą (O'Donnell et al., 2016).

Vienas pagrindinių disertacijos tyrimo tikslų buvo patikrinti, ar teoriškai pasiūlyta adaptacijos sutrikimo struktūra TLK-11 leidimui turi pagrįstą empirinį pagrindimą ir palyginti struktūrinį modelį su kitais dviem konkuruojančiais modeliais bei kitų tyrimų duomenimis. Šiam tikslui įgyvendinti buvo atlikta patvirtinamoji faktorių analizė tiriamųjų, nurodžiusių bent vieną stresorių, imtyje.

Trys adaptacijos sutrikimo struktūros modeliai buvo sudaryti remiantis ankstesnių adaptacijos sutrikimo struktūros tyrimų duomenimis ir siūlymais (Maercker et al., 2007; Glaesmer et al., 2015) bei naujausiais PSO stresinių sutrikimų darbo grupės siūlymais (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Van Ommeren, et al., 2013). Analizės duomenimis, pirmojo *šešių faktorių modelio*, sudaryto iš dviejų pagrindinių ir keturių papildomų simptomų grupių, tinkamumo koeficientai tik iš dalies atitiko numatytas normas ($CFI = 0,90$, $RMSEA = 0,081$), modelio tinkamumo interpretaciją riboja *Heywood atvejis*, kuomet gautas didesnes už vienetą koreliacijų tarp kintamųjų reikšmės fiksavome ties 0,95 reikšmėmis. Kita vertus, modelio faktorių apkrovos buvo pakankamai aukštos, svyravo nuo 0,62 iki 0,88, subskalių tarpusavio koreliacijos taip pat, svyravo nuo 0,86 iki 0,95. Palyginus su Vokietijoje atlikto bendrosios populiacijos tyrimo ($N = 2512$) (Glaesmer et al., 2015) tokio paties šešių faktorių adaptacijos sutrikimo modelio psichometrinėmis charakteristikomis, disertacijos tyrime gauti rezultatai buvo panašūs. Vokietijoje analizuoto šešių faktorių tinkamumo koeficientai buvo šiek tiek geresni ($CFI = 0,97$, $RMSEA = 0,07$), faktorių apkrovos buvo pakankamai aukštos, svyruojančios nuo 0,48 iki 0,89, koreliacijos tarp faktorių buvo

pakankamai aukštos, svyravo nuo 0,75 iki 0,95, tačiau modelio interpretaciją taip pat, kaip ir disertacijos tyrime, ribojo Heywood atvejis (Glaesmer et al., 2015). Taigi, mūsų rezultatai patvirtino naujausius TLK-11 stresinių sutrikimų darbo grupės siūlymus, pagal kuriuos papildomų simptomų grupių adaptacijos sutrikimo struktūroje buvo atsisakyta (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Van Ommeren, et al., 2013), kitaip nei jau išleistoje DSM-5 klasifikacijoje, kur adaptacijos sutrikimo apibrėžime subtipai tebėra išskiriami (American Psychiatric Association, 2013).

Antrojo *dviejų faktorių antros eilės modelio*, kurį sudarė pagrindinių ir papildomų simptomų antros eilės latentiniai faktoriai, psichometrinės charakteristikos buvo geresnės (CFI = 0,913, RMSEA = 0,075) lyginant su pirmuoju šešių faktorių modeliu (Δ CFI = 0,013, Δ RMSEA = -0,006), faktorių apkrovos svyravo nuo 0,56 iki 0,89, tačiau šio modelio, kaip ir pirmojo, interpretaciją ribojo *Heywood atvejis*. Apibendrinant, galėtume teigti, kad pirmojo ir antrojo modelių psichometrinės charakteristikos buvo tik iš dalies geros. Mūsų analizė pagrindė kito tyrimo išvadas, jog adaptacijos sutrikimo subtipų, pateiktų DSM-5 klasifikacijoje ir atsisakytų TLK-11 siūlymuose, nereikėtų įtraukti į adaptacijos sutrikimo struktūrą (O'Donnell et al., 2016).

Trečias adaptacijos sutrikimo modelis buvo sudarytas atsisakius papildomų simptomų kintamųjų. Buvo gauta, kad trečiasis *dviejų faktorių pagrindinių simptomų modelis*, sudarytas iš dviejų pagrindinių simptomų latentinių kintamųjų pasižymėjo geriausiomis psichometrinėmis charakteristikomis (CFI = 0,985, RMSEA = 0,053), modelio psichometrinės charakteristikos buvo geresnės palyginus su antruoju modeliu (Δ CFI = 0,072, Δ RMSEA = -0,022). Koreliacijos koeficientas tarp pagrindinių simptomų buvo aukštas $r = 0,84$, faktorių apkrovos buvo pakankamai aukštos, svyravo nuo 0,57 iki 0,86. Palyginus gautus rezultatus su kito neseniai publikuoto Australijos adaptacijos sutrikimo tyrimo duomenimis (O'Donnell et al., 2016), rasta nemažai panašumų. Australų tyrime buvo nagrinėjama adaptacijos sutrikimo dinamika ir struktūros ypatumai, remiantis DSM-5 pateiktais kriterijais. Gauti rezultatai parodė, jog svarbu ateities tyrimuose į adaptacijos

sutrikimo simptomų profilį įtraukti įkyrių minčių, miego sutrikimų, pykčio/susierzinimo ir koncentracijos sunkumų simptomus (O'Donnell et al., 2016). Mūsų tyrime taip pat būtų galima kelti panašias prielaidas, nes dviejų faktorių modelio prisitaikymo sunkumų simptomų subskalėje taip pat buvo teiginiai, apibūdinantys koncentracijos sunkumus ir miego sutrikimus, šių teiginių faktorių apkrovos modelyje taip pat buvo didesnės lyginant su kitais teiginiais.

Naujos dviejų faktorių adaptacijos sutrikimo struktūros validumas buvo tai pat įvertinamas apskaičiuojant adaptacijos sutrikimo sąsajas su traumine patirtimi, potrauminiu stresu ir psichologine gerove. Kaip ir buvo galima tikėtis, nustatėme reikšmingas sąsajas tarp stresinės patirties ir adaptacijos sutrikimo simptomų. Adaptacijos sutrikimo specifiškumą mūsų tyrime pagrindžia ir tai, kad nebuvo gautos reikšmingos sąsajos tarp trauminių įvykių ir adaptacijos sutrikimo. Adaptacijos sutrikimo simptomų intensyvumas taip pat buvo reikšmingai susijęs su potrauminio streso simptomais bei neigiamai susijęs su psichologine gerove. Remiantis kito tyrimo duomenimis, pastebėta panaši tendencija, kuomet tyrimo dalyviai, kuriems buvo diagnozuotas adaptacijos sutrikimas, nurodė prastesnius gyvenimo kokybės (fizinės, socialinės ir aplinkos) rodiklius palyginus su tiriamaisiais, kuriems nebuvo diagnozuota psichikos sveikatos sutrikimų (O'Donnell et al., 2016). Gauti rezultatai parodė, kad dviejų faktorių adaptacijos sutrikimo struktūra yra pakankamai validi patikrinus sutrikimo sąsajas su potrauminiu stresu ir psichologine gerove, tačiau šias prielaidas reiktų tikrinti tiriant adaptacijos sutrikimo sąsajas su kitais sutrikimais, pavyzdžiui, depresija.

Gautos reikšmingos sąsajos tarp potrauminio streso ir adaptacijos sutrikimo simptomų gali prisidėti prie keliamų prielaidų pagrindimo, jog potrauminis stresas ir adaptacijos sutrikimas – tai dvi to paties stresinių sutrikimų spektro diagnostinės kategorijos, atspindinčios reakcijas po sukrečiančių gyvenimo aplinkybių. Ne vienoje mokslinėje studijoje siūloma adaptacijos sutrikimą laikyti diagnostine kategorija, esančia tarp normalių ir sutrikimo lygio reakcijų į stresą, kuomet tinkamu laiku suteikta adekvati

pagalba gali reikšmingai sumažinti adaptacijos sutrikimo simptomus (pvz., nesutrinka svarbūs tarpasmeniniai santykiai) (Strain & Diefenbacher, 2008). TLK-11 leidimui siūloma adaptacijos sutrikimą laikyti esančiu potrauminio streso kontinuumu (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Van Ommeren, et al., 2013). Disertacijos tyrime mes taip pat gavome panašias tendencijas, kuomet potrauminio streso invazijos simptomai geriausia prognozavo dviejų faktorių adaptacijos sutrikimo struktūrą. Kitame tyrime buvo gauta, kad įkyrūs prisiminimai buvo labiausia susiję su adaptacijos sutrikimu. Šie rezultatai leido kelti prielaidas, kad adaptacijos sutrikimas gali būti potrauminio streso subslenkstinė kategorija (O'Donnell et al., 2016). Šią hipotezę pagrindžia ir kitų studijų duomenys (Maercker et al., 2007). Taip pat svarbu pastebėti, kad reikšmingos sąsajos, gautos tarp trauminių ir stresinių patirčių, leidžia kelti prielaidą, jog daugiau trauminių patirčių turintys asmenys, susiduria su daugiau stresorių savo gyvenime, tačiau, ar šis ryšys priežastinis, nėra aišku.

Disertacijos tyrime vertinta sąsaja tarp trauminės patirties ir adaptacijos sutrikimo simptomų nebuvo reikšminga, tačiau priešingai, negu buvo galima tikėtis, sąsaja tarp stresinės patirties ir potrauminio streso reakcijų buvo reikšminga. Šis rezultatas gali sietis ir su kito tyrimo rezultatais, kuris atskleidė, jog potrauminį stresą turintiems asmenims naujas stresinis gyvenimo įvykis turėjo daugiau įtakos potrauminio streso simptomams negu patirtas naujas trauminis įvykis (Schock, Bo, Rosner, Wenk-ansohn, & Knaevelsrud, 2016).

Išskyrus pagrindinius adaptacijos sutrikimo simptomus: *įkyrias mintis*, kurias sudaro stresą keliantys, pasikartojantys, nekontroliuojami ir nuolatiniai prisiminimai apie stresorių, ir *prisitaikymo sunkumus*, kuriuos sudaro dėmesio koncentracijos, kasdienių veiklų planavimo, miego sunkumai ir atsiribojimas nuo artimųjų, sudaro sąlygas teoriniam sutrikimo pagrindimui formuoti. Pagal M. Horowitz (1997) streso atsako teorijoje pateikiamą modelį, juo pirmiausia, aiškinant adaptacijos sutrikimo psichologinius mechanizmus, siūlė remtis A. Maercker kartu su kolegomis (2007), centriniu laikomas procesas, kurio metu

stresinio įvykio neigimas ir įkyrūs pasikartojimai mintyse, emocijose ir/arba veiksmuose keičia vienas kitą.

Įprastu atveju, susidūręs su stresoriumi asmuo patiria nuolat besikeičiančias neigimo ir invazijos reakcijas, kurių metu po truputį su stresoriumi susijusi nauja informacija integruojama į esamas kognityvines schemas. Siūlomas teorinis modelis iš dalies gali paaiškinti ir adaptacijos sutrikimo reakcijas, tačiau jame pateikiamos patologinės streso reakcijos labiau atspindi potrauminio streso ypatumus. Adaptacijos sutrikimo atveju įkyrių minčių ir prisitaikymo sunkumų reakcijos nėra tapačios potrauminio streso sutrikimo požymiams, tačiau jos taip pat atspindi patologines reakcijas į stresorius. Taip pat svarbu pastebėti, kad jeigu laikysimės pastaruoju metu keliamos prielaidos, jog adaptacijos sutrikimas yra kontinuumu tarp normalių reakcijų į stresą ir potrauminio streso sutrikimo, gali būti, kad neišvengsime persidengiančių taškų tarp šių dviejų diagnostinių kategorijų. Tyrimų tendencijos tą patvirtina: vienoje studijoje, kurioje buvo tirti potrauminį stresą turinčių pabėgėlių sunkumai patyrus dar vieną stresą keliantį gyvenimo įvykį gydymo eigoje, buvo pastebėta, kad būtent vengimo simptomai tapo labiau išreikšti palyginus su kita potrauminį stresą turinčių tiriamųjų grupe, nepatyrusia papildomų stresinių patirčių (Schock et al., 2016).

E. Foa, G. Steketee ir B. O. Rothbaum (1989) pasiūlytoje teorijoje, kurioje fokusuojamasi ties kognityviniais potrauminio streso aspektais, taip pat galima rasti elementų, galinčių paaiškinti adaptacijos sutrikimo atminties procesų mechanizmus. Remiantis teorija, stipriai sukrėtęs trauminis įvykis atmintyje saugomos kitaip, negu kasdienio gyvenimo įvykiai, jis labiau suvokiamas kaip nuolat esanti grėsmė. Teorijoje kalbama apie tai, kaip asmuo vertina patį trauminį įvykį, jo pasekmes, emocines su trauminiu įvykiu susijusias patirtis. Galima kelti prielaidas, kad adaptacijos sutrikimo atveju, kognityviniai aspektai apie stresorių taip pat turėtų būti reikšmingi.

Kol kas yra tik viena mokslinė publikacija, kurioje keliamas adaptacijos sutrikimo teorinio pagrindimo klausimas (Maercker et al., 2007), kai kurie autoriai jau spėjo sukritikuoti mėginimus potrauminio streso sutrikimą

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

Apibendrinimas. Disertacijos tyrimas prisidėjo prie pastaruoju metu išaugusio poreikio tyrinėti adaptacijos sutrikimo struktūrą, nes tokių tyrimų kol kas yra labai nedaug. Pavyzdžiui, DSM-5 klasifikacijoje buvo padaryti tik minimalūs, bet ne esminiai šio sutrikimo struktūros atnaujinimai, nes bet koks šios diagnostinės kategorijos pakeitimas būtų buvęs paremtas nepakankamais empirinių tyrimų duomenimis (Strain & Friedman, 2011). Mūsų tyrimas papildė ankstesnių tyrimų lauką empiriniais adaptacijos sutrikimo struktūrinių modelių duomenimis iš Lietuvos bendrosios populiacijos. Atlikta analizė patvirtino dviejų faktorių modelį, sudarytą iš įkyrių minčių ir prisitaikymo sunkumų simptomų. Svarbu pastebėti, kad gauti rezultatai patvirtino kitų tyrimų (Glaesmer et al., 2015; O'Donnell et al., 2016) duomenis bei PSO darbo grupės siūlymus (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Reed, et al., 2013). Kita vertus, svarbu pastebėti, kad nepaisant Heywood atvejo, pirmas šešių faktorių modelis pasižymėjo pakankamai geromis psichometrinėmis charakteristikomis, o antrasis, dviejų faktorių antros eilės modelis, kuriame papildomi simptomai buvo priskirti vienam latentiniam faktoriui, turėjo dar geresnius analizės rodiklius. Šie duomenys leidžia kelti prielaidą, jog adaptacijos sutrikimo diagnozė yra sudėtingesnė ir dviejų pagrindinių simptomų grupių gali neužtekti tinkamai apibrėžti klinikinio lygio reakcijoms po stresą keliančių gyvenimo įvykių.

4.3. Adaptacijos sutrikimo rizikos veiksniai

Įvertinus Lietuvos gyventojų stresinių ir trauminių patirčių ypatumus, bei nustatčius adaptacijos sutrikimą sudarančių simptomų grupes, disertacijos tyrime toliau buvo siekiama išskirti adaptacijos sutrikimo rizikos ir palyginamąją grupes, išanalizuoti šių grupių ypatumus bei nustatyti veiksnius, prognozuojančius stipriai išreikštą adaptacijos sutrikimą. Tikslui įgyvendinti buvo atlikta koreliacinė ir hierarchinė logistinė regresinė analizė.

Stresinė ir trauminė patirtis. Remiantis naujausiais PSO stresinių sutrikimų darbo grupės siūlymais, stresorius yra būtina sąlyga adaptacijos sutrikimo diagnozavimui (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Van Ommeren, et al., 2013). Stresoriaus pobūdis ir trukmė taip pat minimi, kaip galintys turėti įtakos adaptacijos sutrikimo eigai (Maercker et al., 2007). Naujo adaptacijos sutrikimo konstrukto sąsajos su įvairiais stresoriais nėra iki galo aiškios. Yra tik keletas tyrimų, kurie nagrinėja: bendros populiacijos stresinių gyvenimo įvykių paplitimą (Maercker et al., 2008; Maercker et al., 2012), adaptacijos sutrikimo paplitimą imtyse, kur tyrimo dalyviai buvo susidūrę su tam tikra stresine patirtimi, pavyzdžiui, automatinio širdies defibriliatoriaus persodinimas (Maercker et al., 2007), įvairūs sužalojimai (O'Donnell et al., 2016), apiplėšimai (Bachem & Maercker, 2016; Lorenz et al., 2016).

Disertacijos tyrime analizuojant stresinių gyvenimo įvykių ypatumus buvo gauta, kad adaptacijos sutrikimo rizikos grupėje ($N = 103$) stresinių įvykių vidurkis ($M = 3,41$) buvo reikšmingai didesnis už palyginamosios grupės ($M = 2,33$), taip pat svarbu pastebėti, kad visi rizikos grupėje esantys tyrimo dalyviai patyrė ne mažiau, kaip du ir daugiau stresinių gyvenimo įvykių. Grupės nesiskyrė ūmių stresorių kiekio patirtimi, tačiau rizikos grupėje buvo reikšmingai daugiau su sveikata (pvz., širdies ligų, lėtinių ligų) ir darbo santykiais (pvz., konfliktai su kolegomis, viršininkais, finansiniai sunkumai) susijusių lėtinių stresorių ($M = 2,76$), negu palyginamojoje grupėje ($M = 1,80$). Hierarchinė logistinė analizė taip pat parodė, kad būtent lėtiniai stresoriai buvo reikšmingas prognostinis veiksnys.

Tyrimo rezultatus galime sugretinti su kelių kitų mokslinių studijų rezultatais apie lėtinių stresorių sąsajas su adaptacijos sutrikimu, tačiau šiuose tyrimuose nebuvo remtasi naujausia TLK-11 adaptacijos sutrikimo samprata. Vienoje mokslinių tyrimų metaanalizėje ištyrus onkologinėmis ligomis sergančių asmenų grupę, buvo nustatytas net 19 proc. adaptacijos sutrikimo paplitimas (Mitchell et al., 2011). Dar vienoje mokslinėje studijoje ištyrus pacientus po automatinio širdies defibriliatoriaus įsodinimo gautas panašus adaptacijos sutrikimo paplitimas – 17 proc. (Maercker et al., 2007). Tuo pačiu, bendrosios populiacijos duomenys pagal DSM-IV kriterijus rodo 0,5 proc. adaptacijos sutrikimo paplitimą (Ayuso-Mateos et al., 2001; Casey, Maracy, Kelly, Lehtinen, Ayuso-Mateos, Dalgard, & Dowrick, 2006). Kita vertus, yra studijų, randančių reikšmingų sąsajų ne tik su lėtiniais, bet ir su ūmiais stresoriais. Danijoje atlikto tyrimo duomenimis, daugiau nei pusė pacientų, kuriems buvo diagnozuotas adaptacijos sutrikimas, nurodė patyrę skrybias arba išsiskyrimą (28 proc.) ir artimojo mirtį, įskaitant traumines mirtis (28 proc.) (Svensson, Lash, Resick, Hansen, & Gradus, 2015). Apibendrinant, stresinių patirčių ir dviejų faktorių adaptacijos sutrikimo konstrukto sąsajos nevienareikšmiškos ir šios srities tyrimų kol kas yra nedaug. Ateities tyrimuose svarbu būtų tyrinėti skirtingų stresinių patirčių ir adaptacijos sutrikimo dinamikos sąsajas.

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

grupėje buvo reikšmingai stipresni negu palyginamojoje grupėje. Hierarchinė logistinė regresinė analizė parodė, kad potrauminio streso invazijos simptomai buvo reikšmingas prognostinis veiksnys. Paskaičiuoti rizikos grupės atsakymų pasiskirstymo rodikliai taip pat parodė, kad adaptacijos sutrikimo įkyrių minčių simptomai buvo stipriausi.

Demografiniai duomenys. Įvertinus demografinių kintamųjų (lyties, amžiaus, išsilavinimo, gyvenamosios vietos, šeimyninio statuso) prognostines galimybes buvo gauta, kad stipriai išreikštus adaptacijos sutrikimo simptomus reikšmingai prognozavo du demografiniai kintamieji: lytis ir išsilavinimas. Atsižvelgus į rizikos grupės demografinius ypatumus, buvo gauta, kad moterų rizikos grupėje (72,8 proc.) buvo reikšmingai daugiau negu vyrų (27,2 proc.). Kito tyrimo duomenimis taip pat buvo gautas dvigubai didesnis adaptacijos sutrikimo paplitimas moterų tarpe lyginant su vyrais (Ayuso-Mateos et al., 2001). Tačiau kitoje vyresnio amžiaus tyrimo dalyvių studijoje, adaptacijos paplitimo skirtumų tarp lyčių nebuvo gauta (Maercker et al., 2008). Statistiškai reikšmingų sąsajų nebuvo gauta tarp amžiaus grupių ir rizikos/palyginamosios grupių, stebima tendencija, rodanti jog rizikos grupėje 30-59 metų amžiaus grupės tyrimo dalyvių buvo daugiausia (41,7 proc.). Statistiškai reikšminga sąsaja gauta tarp išsilavinimo ir rizikos/palyginamosios grupės. Asmenų be aukštojo išsilavinimo rizikos grupėje buvo daugiau (52,4 proc.) negu su aukštuoju išsilavinimu (47,6 proc.).

Duomenų analizė atskleidė skirtingų stresorių paplitimo ypatumus išskirtose trijose amžiaus grupėse. Keletoje studijų buvo pastebėta tendencija, jog adaptacijos sutrikimas buvo labiau būdingas jaunesnio amžiaus asmenų grupėje, lyginant su kitus psichikos sveikatos sutrikimus turinčių asmenų grupe (Despland et al., 1995). Adaptacijos sutrikimo paplitimo ypatumų tyrimai amžiaus grupėse svarbūs, nes jei laikysimės pastaruoju metu skirtingose mokslinėse studijose (O'Donnell et al., 2016; Strain & Diefenbacher, 2008) keliamos prielaidos, jog adaptacijos sutrikimas yra būseną tarp normalių reakcijų į stresą ir psichopatologijos, jauno amžiaus grupėje optimaliu laiku

suteikta adekvati psichologinė pagalba galėtų reikšmingai sumažinti tolimesnių sutrikimų riziką.

Netikėtas darbo praradimas buvo dažniausiai pasitaikantis ūmus stresorius vidurinio amžiaus asmenų grupėje. Išėjimas į pensiją pagyvenusiųjų asmenų (65+) amžiaus grupėje. Skyrybos/išsiskyrimas jaunų suaugusiųjų amžiaus grupėje. Širdies ligos, kitos pavojingos ligos, lėtinės ligos buvo dažniausiai pasitaikantys lėtiniai stresoriai pagyvenusiųjų amžiaus grupėje. Konfliktai su kolegomis, konfliktai šeimoje, per daug/per mažai darbo buvo dažniausiai pasitaikantys lėtiniai stresoriai jaunų suaugusiųjų amžiaus grupėje. Konfliktai su viršininkais, bedarbystė buvo dažnesni vidutinio amžiaus grupėje.

Psichologinė gerovė ir subjektyviai vertinama sveikata. Į adaptacijos sutrikimo rizikos veiksnių analizę taip pat buvo įtraukti psichologinės gerovės ir subjektyviai vertinamos sveikatos kintamieji. Subjektyviai vertinamos sveikatos rodiklis rizikos grupėje buvo reikšmingai prastesnis negu palyginamojoje grupėje. Psichologinė gerovė rizikos grupėje taip pat buvo mažesnė negu palyginamojoje grupėje. Buvo nustatyta, kad psichologinė gerovė buvo reikšmingas veiksnys, prognozuojantis adaptacijos sutrikimo simptomus, o subjektyviai vertinamos sveikatos kintamasis nebuvo reikšmingas prognostinis veiksnys. M. O'Donnell kartu su kolegomis (2016) atlikto tyrimo duomenimis, adaptacijos sutrikimas buvo reikšmingai susijęs su gyvenimo kokybe.

4.4. Tyrimo ribotumai ir tolesnių tyrimų gairės

Atlikta adaptacijos sutrikimo konstrukto analizė kol kas yra viena iš nedaugelio mokslinių studijų, nagrinėjančių šio sutrikimo ypatumus atsižvelgiant į naujausius PSO darbo grupės siūlymus būsimam TLK-11 leidimui. Gauti duomenys atskleidė Lietuvos gyventojų stresinių ir trauminių patirčių ypatumus, kuriuos buvo galima lyginti su Europos ir kitų pasaulio šalių kontekstu, atlikta patvirtinančioji faktorių analizė patvirtino dviejų

faktorių (įkurių minčių ir prisitaikymo sunkumų) adaptacijos sutrikimo struktūrą, analizė taip pat atskleidė pagal naują sutrikimo profilį išskirtų, stiprias adaptacijos sutrikimo reakcijas turinčių, asmenų psichologinius ypatumus. Nepaisant gautų reikšmingų rezultatų, būtina apžvelgti keletą disertacijos tyrimo ribotumų ir numatyti gaires tolimesniems tyrimams stresinių sutrikimų srityje.

Planuojant disertacijos tyrimą pasirinkome skerspjūvio metodą, siekėme apklausti pilnamečius, įvairaus amžiaus asmenis iš Lietuvos miestų ir miestelių. Nors tyrime sutiko dalyvauti nemažas skaičius tyrimo dalyvių ir surinkta imtis buvo pakankamai reprezentatyvi palyginus ją su Lietuvos gyventojų bendros populiacijos rodikliais, skerspjūvio schema turi ribotumų. Pirmiausia, adaptacijos sutrikimui labai svarbus laiko kriterijus, remiantis naujausiais apibrėžimo siūlymais adaptacijos sutrikimo simptomai atsiranda per pirmą mėnesį po stresą sukėlusio įvykio ir turi tendenciją išsispęsti per šešis mėnesius, jei stresorius yra pasibaigęs (American Psychiatric Association, 2013; Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Van Ommeren, et al., 2013). Disertacijos tyrimo metu mes negalėjome stebėti tyrimo dalyvių reakcijų į stresorius dinamikos, nes tyrimo dalyvių buvo prašoma pažymėti per pastaruosius dvejus metus patirtus stresinius įvykius, dėl kurių jie patyrė sunkumų per pastaruosius šešis mėnesius. Tik visai neseniai pasirodė pirma mokslinė studija, tyrinėjanti adaptacijos sutrikimo dinamikos ypatumus longitudinaliame tyrime pagal DSM-5 kriterijus (O'Donnell et al., 2016). Atliekant tolimesnius adaptacijos sutrikimo tyrimus longitudinaliai tyrimai galėtų padėti įvertinti reakcijų į įvairias stresines patirtis (pvz., ūmūs ar lėtiniai stresoriai) dinamikos ypatumus, taip pat šių tyrimų kontekste svarbu būtų įvertinti įvairius rizikos, apsauginius veiksnius ir jų sąsajas su adaptacijos sutrikimo simptomų dinamika.

Adaptacijos sutrikimą nagrinėjančiuose tyrimuose svarbu būtų įvertinti, kokią įtaką turi stresinė patirtis asmenims, kurie turi psichikos sveikatos sutrikimų. Žvelgiant į psichopatologiją iš bendrojo psichopatologijos faktoriaus perspektyvos (Stephan et al., 2016), asmenys, kurie turi aukštesnį

psichopatologijos lygį gali būti labiau pažeidžiami. Stresoriai juos gali paveikti labiau ir šių stresorių poveikyje galimi ne tik adaptacijos sutrikimai, bet ir jų psichikos sveikatos sutrikimo remisija.

Kitas svarbus tyrimo ribotumas susijęs su tiriamųjų imtimi. Disertacijoje pristatyto naujo adaptacijos sutrikimo konstrukto, kuriame pateikiamas konkretesnis apibrėžimas, validizacija buvo atlikta bendroje suaugusiųjų populiacijoje, kurios duomenų analizė galėjo įtakoti gautus statistinės analizės rezultatus. Kita vertus, tai vienas pirmųjų tyrimų, kuriame tikrinamos PSO stresinių sutrikimų darbo grupės keltos teorinės prielaidos (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Van Ommeren, et al., 2013) apie adaptacijos sutrikimo konstrukta. Ilgą laiką adaptacijos sutrikimo diagnozės apibrėžimas stokojo specifiškumo, ko pasekoje žymiai sumažėjo mokslinių šios tematikos tyrimų (Casey et al., 2001), kilo problemų naudojant šią diagnozę klinikinėje praktikoje. Disertacijos tyrime gauti duomenys padėjo įvertinti įvairių stresorių ir trauminių patirčių paplitimą, atlikti adaptacijos sutrikimo struktūros modeliavimą bei įvertinti įvairių demografinių bei psichosocialinių veiksnių sąsajas su stipriomis adaptacijos sutrikimo reakcijomis. Taip pat svarbu paminėti, kad bendrosios populiacijos studijų, tyrinėjančių adaptacijos sutrikimą nėra daug (Casey, 2014), vieni pagrindinių buvo atlikti Vokietijos bendroje populiacijoje (Maercker et al., 2012), Šveicarijoje vyresnio amžiaus žmonių populiacijoje (Maercker et al., 2008) ir kitose Europos šalyse (Ayuso-Mateos et al., 2001). Tolimesni tyrimai specifinėse tiriamųjų grupėse, pavyzdžiui, sergančių onkologinėmis ligomis žmonių ar kitus psichikos sveikatos sutrikimus turinčių asmenų imtyse, taip pat tarpkultūriniai tyrimai prisidėtų prie aiškesnio diagnozės apibrėžimo ir naudingesnio jos panaudojimo klinikinėje praktikoje. Tyrime dalyvavo suaugę asmenys, todėl gautų rezultatų negalime apibendrinti vaikų ir paauglių populiacijai. Reikalingi tiek Lietuvoje, tiek ir kitose šalyse vaikų ir paauglių stresinės/trauminės patirties ir stresinių sutrikimų tyrimai, paremti TLK-11 pasiūlymais.

Disertacijos tyrime naudota duomenų rinkimo procedūra bei pasirinktas adaptacijos sutrikimo klausimynas taip pat turi ribotumų. Atliekant apklausą

tyrimo dalyvių buvo prašoma užpildyti pateiktą klausimynų paketą pačiam pažymint atsakymus. Tik kilus kokiems nors neaiškumams, šalia esantis tyrėjas galėdavo atsakyti į kilusius klausimus. Gali būti, kad struktūruotas interviu galėtų padėti geriau atskleisti adaptacijos sutrikimo simptomus, jų trukmę bei stiprumą. Juolab, kad viename iš ankstesnių tyrimų buvo pastebėta neatitikimų tarp savarankiškai užpildytų depresijos skalės rezultatų ir specialisto atlikto įvertinimo naudojant klinikinio interviu metodą (Enns, Larsen, & Cox, 2000). Tačiau kol kas dauguma šiuo metu naudojamų struktūruotų diagnostinių interviu neturi adaptacijos sutrikimo kategorijos (Casey, 2014). Ateities tyrimams labai pasitarnautų validus, struktūruotas diagnostinis interviu, sudarytas pagal naujausią adaptacijos sutrikimo simptomų profilį.

Disertacijos tyrimui naudotoje adaptacijos sutrikimo skalėje (ADNM-20) (Einsle et al., 2010) pateikiamas ne dviejų, o trijų faktorių adaptacijos sutrikimo modelis, kurį sudaro trys pagrindiniai invazijos, vengimo ir prisitaikymo sunkumų simptomai ir juos atitinkančios subskalės, taip pat pateikiamos papildomų simptomų depresijos, impulsyvumo ir nerimo subskalės (Maercker et al., 2007). ADNM-20 skalė kritikuojama, kad nėra iki galo aišku, kaip atrodys adaptacijos sutrikimo simptomų profilis išleidus TLK-11 (Casey, 2014), naujausiems siūlymams pagrįsti trūksta tyrimų ir esama skalės struktūra tik iš dalies atspindi naujoves. Antras ribotumas, susijęs su skale, jog ji kol kas buvo naudota tik keliuose tos pačios mokslininkų grupės tyrimuose (Bachem, Perkonigg, Stein, & Maercker, 2016; Lorenz et al., 2016; Maercker et al., 2008, 2012), todėl kitų autorių studijos iš kitų šalių, naudojant skalę prisidėtų prie jos validizavimo. Kita vertus, naudotas instrumentas kol kas yra kūrimo stadijoje, iki šiol atliktų tyrimų duomenimis skalė pasižymi geromis psichometrinėmis charakteristikomis (Lorenz et al., 2016). Klausimynas iki šiol yra vienintelis instrumentas, galintis matuoti adaptacijos sutrikimo simptomus remiantis struktūros siūlymais, skirtais TLK-11 (Bachem et al., 2016). Klausimyne pateiktos trijų faktorių modelį atspindinčios subskalės, leido atlikti palyginamąją analizę su naujausiu dviejų faktorių modeliu. Skalė disertacijos tyrimui taip pat buvo pasirinkta, nes tai yra

vienintelis šiuo metu prieinamas instrumentas remiantis TLK-11 siūlymais adaptacijos sutrikimui tirti.

Tyrimas buvo atliktas psichotraumatologijos kontekste, todėl mes pasirinkome tyrinėti traumines patirtis ir potrauminio streso reakcijas greta adaptacijos sutrikimo. Tai įgalino mus žvelgti į adaptacijos sutrikimą kaip vieną iš stresinių sutrikimų diagnostinių kategorijų ir ieškoti sąsajų tarp potrauminio streso ir adaptacijos sutrikimo, tačiau dėl tyrimo metodologinių ribotumų mes neįtraukėme į tyrimą kitų sutrikimų įvertinimo, pavyzdžiui, asmenybės sutrikimų, depresijos, nerimo sutrikimų, kurie gali sietis su adaptacijos sutrikimu. Ateities tyrimuose svarbu būtų tyrinėti adaptacijos sutrikimo sąsajas su kitais sutrikimais, taip pat asmenybės sutrikimais arba asmenybės savybėmis, pavyzdžiui, neurotiškumu. Taip pat nors ir siekėme išskirti adaptacijos sutrikimo rizikos grupę ir išsiaiškinti, kas įgalina prognozuoti šios grupės asmenis, reikėtų tolesnių tyrimų klinikinių adaptacijos sutrikimo kriterijų nustatymui ir diferenciacijai nuo normalių reakcijų į stresą, kur ypač pasitarnautų longitudinaliniai tyrimai.

Nežiūrint aukščiau aptartų ribotumų, atlikto tyrimo gautų duomenų analizė leido įvertinti ne tik stresinių patirčių ypatumus Lietuvos bendrojoje populiacijoje, bet ir atlikti adaptacijos sutrikimo struktūros modelių analizę, kuri leido patvirtinti dviejų faktorių modelį.

4.5. Apibendrinimas

Empiriškai ir teoriškai pagrįstas adaptacijos sutrikimo konstruktas su aiškiais klinikiniais diagnostiniais kriterijais įgalintų sukurti psichologinio įvertinimo instrumentus, padėtų nustatyti adaptacijos sutrikimą ir identifikuoti asmenis, kuriems dėl stresinės patirties reiktų psichikos sveikatos specialistų pagalbos. Aiškesni kriterijai įgalintų diferencijuoti adaptacijos sutrikimą nuo kitų sutrikimų, taip pat padėtų specialistams atskirti sutrikimo lygio reakcijas nuo normalių reakcijų į stresorius. Disertacijos tyrimas prisideda prie naujausio adaptacijos sutrikimo apibrėžimo validumo empirinių tyrimų, pagrindžia

dviejų pagrindinių simptomų grupių adaptacijos sutrikimo struktūrą bei svariai prisideda prie šių tyrimų plėtros.

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

5. IŠVADOS

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

3. Nustatyti šie TLK-11 siūlomo adaptacijos sutrikimo rizikos veiksniai Lietuvos populiacijoje:

- a. didesnis patirtų stresorių kiekis, ypač tuomet, kai šie stresoriai yra ilgalaikiai ir susiję su fizinės sveikatos sutrikimais;
- b. trauminė patirtis su adaptacijos sutrikimu nėra susijusi tiesiogiai: asmenys, patiriantys trauminius įvykius patiria daugiau stresorių ir tai prisideda prie adaptacijos sutrikimo rizikos, taip pat ne tiek trauminė patirtis, kiek su šia patirtimi susiję potrauminio streso simptomai, ypač invaziniai potrauminio streso požymiai, yra reikšmingi adaptacijos sutrikimo rizikos veiksniai;
- c. demografiniai veiksniai: moteriška lytis, žemesnis išsilavinimas.

LITERATŪRA

- Ayuso-Mateos, J. L., Vázquez-Barquero, J. L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O. S., Casey, P., Wilkinson, G., ... GROUP, O. (2001). Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *The British Journal of Psychiatry*, 179(4), 308–316.
<http://doi.org/10.1192/bjp.179.4.308>
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-II*. Washington, DC: American Psychiatric Publications.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*, (DSM-III). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed. revised) (DSM-III-R)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.) (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bachem, R., & Maercker, A. (2016). Self-help interventions for adjustment disorder problems: A randomized waiting-list controlled study in a sample of burglary victims. *Cognitive Behaviour Therapy*, 6073, 1–17.
<http://doi.org/10.1080/16506073.2016.1191083>
- Bachem, R., Perkonigg, A., Stein, D. J., & Maercker, A. (2016). Measuring the ICD-11 adjustment disorder concept: Validity and sensitivity to change of

- the Adjustment Disorder - New Module questionnaire in a clinical intervention study. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 1–9. <http://doi.org/10.1002/mpr.1545>
- Bartlett, M. S. (1954). A note on the multiplying factors for various X² approximations. *Journal of the Royal Statistical Society*, 16(2), 296–298. <http://doi.org/10.2307/2984057>
- Baumeister, H., & Kufner, K. (2009). It is time to adjust the adjustment disorder category. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(4), 409–412. <http://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32832cae5e>
- Baumeister, H., Maercker, A., & Casey, P. (2009). Adjustment disorder with depressed mood. *Psychopathology*, 42(3), 139–147.
- Bley, S., Einsle, F., Maercker, A., Weidner, K., & Joraschky, P. (2008). Evaluation of a new concept for diagnosing adjustment disorders in a psychosomatic setting. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 58(12), 446–453. <http://doi.org/10.1055/s-2007-986294>
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103(4), 670–86. <http://doi.org/10.1037//0033-295X.103.4.670>
- Briggs, S. R., & Cheek, J. M. (1986). The role of factor analysis in the development and evaluation of personality scales. *Journal of Personality*, 54(1), 106–148. <http://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1986.tb00391.x>
- 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, 24–29. <http://doi.org/10.3109/02813432.2013.873604>
- Casey, P., Maracy, M., Kelly, B. D., Lehtinen, V., Ayuso-Mateos, J. L.,

- Dalgard, O. S., & Dowrick, C. (2006). Can adjustment disorder and depressive episode be distinguished? Results from ODIN. *Journal of Affective Disorders*, 92(2), 291–297.
- Casey, P. (2014). Adjustment disorder: New developments. *Current Psychiatry Reports*, 16(6), 1–8. <http://doi.org/10.1007/s11920-014-0451-2>
- Casey, P., & Bailey, S. (2011). Adjustment disorders: the state of the art. *World Psychiatry*, 10(1), 11–18. <http://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00003.x>
- Casey, P., Dowrick, C., & Wilkinson, G. (2001). Adjustment disorders. Fault line in the psychiatric glossary. *British Journal of Psychiatry*, 179, 479–481. <http://doi.org/10.1192/bjp.179.6.479>
- Casey, P. R., & Doherty, A. (2012). Adjustment disorder: implications for ICD-11 and DSM-5. *British Journal of Psychiatry*, 201(2), 90–92. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.110494>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (Vol. 2). <http://doi.org/10.1234/12345678>
- Darves-Bornoz, J.-M., Jordi, A., de Girolamo, G., de Graaf, R., Haro, J.-M., Kovess-Masfety, V., ... Gasquet, I. (2008). Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *Journal of Traumatic Stress*, 21(5), 455–462. <http://doi.org/DOI 10.1002/jts>.
- Daugirdaite, V., Van Den Akker, O., & Purewal, S. (2015). Posttraumatic stress and posttraumatic stress disorder after termination of pregnancy and reproductive loss: A systematic review. *Journal of Pregnancy*, 2015. <http://doi.org/10.1155/2015/646345>
- Despland, J. N., Monod, L., & Ferrero, F. (1995). Clinical relevance of

adjustment disorder in DSM-III-R and DSM-IV. *Comprehensive Psychiatry*, 36(6), 454–460.

DeVellis, R. F. (2012). *Scale Development : Theory and Applications*. Sage Publications.

Dobricki, M., Komproe, I. H., De Jong, J. T. V. M., & Maercker, A. (2010). Adjustment disorders after severe life-events in four postconflict settings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(1), 39–46.
<http://doi.org/10.1007/s00127-009-0039-z>

Domanskaitė-Gota, V., Elklit, A., & Christiansen, D. M. (2009). Victimization and PTSD in a Lithuanian national youth probability sample. *Nordic Psychology*, 61(3), 66–81. <http://doi.org/10.1027/1901-2276.61.3.66>

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

Einsle, F., Köllner, V., Dannemann, S., & Maercker, A. (2010). Development and validation of a self-report for the assessment of adjustment disorders. *Psychology, Health & Medicine*, 15(5), 584–595.
<http://doi.org/10.1080/13548506.2010.487107>

Enns, M. W., Larsen, D. K., & Cox, B. J. (2000). Discrepancies between self and observer ratings of depression: The relationship to demographic, clinical and personality variables. *Journal of Affective Disorders*, 60(1), 33–41. [http://doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00156-1](http://doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00156-1)

Evans, S. C., Reed, G. M., Roberts, M. C., Esparza, P., Watts, A. D., Correia, J. M., ... Saxena, S. (2013). Psychologists' perspectives on the diagnostic classification of mental disorders: results from the WHO-IUPsyS Global Survey. *International Journal of Psychology : Journal International de Psychologie*, 48(3), 177–93.
<http://doi.org/10.1080/00207594.2013.804189>

- Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, O. B. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20(2), 155–176.
- Frans, Ö., Rimmö, P., Åberg, L., & Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(4), 291–290.
<http://doi.org/doi:10.1111/j.1600-0447.2004.00463.x>
- Gailienė, D. (2008). *Ką jie mums padarė: Lietuvos gyvenimas traumų psichologijos žvilgsniu*. Vilnius: Tyto alba.
- Gailiene, D., & Kazlauskas, E. (2005). Fifty years on: The long-term psychological effects of Soviet repression in Lithuania. In D. Gailienė (Ed.), *The psychology of extreme traumatisations* (pp. 67–107). Vilnius: Akreta.
- Glaesmer, H., Rompell, M., Brähler, E., Hinz, A., & Maercker, A. (2015). Adjustment disorder as proposed for ICD-11: Dimensionality and symptom differentiation. *Psychiatry Research*, 229(3), 940–948.
<http://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.010>
- Gradus, J. L., Qin, P., Lincoln, A. K., Miller, M., Lawler, E., Sørensen, H. T., & Lash, T. L. (2012). Sexual victimization and completed suicide among Danish female adults. *Violence against Women*, 18(5), 552–61.
<http://doi.org/10.1177/1077801212453141>
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes (2nd ed.)*. Northvale, New Jersey: Nathan Aronson.
- Horowitz, M. J. (1997). *Stress response syndromes: PTSD, grief, and adjustment disorders (3rd ed.)*. Northvale: Aronson.
- Jones, R., Yates, W. R., Williams, S., Zhou, M., & Hardman, L. (1999). Outcome for adjustment disorder with depressed mood: Comparison with

- other mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 55(1), 55–61.
- Kaiser, H. F. (1970). A second generation little jiffy. *Psychometrika*, 35(4), 401–415.
- Kazlauskas, E., & Gailienė, D. (2005). Išgyvenusiųjų politinės represijos potrauminės simptomatikos ir trauminės patirties, demografinių, somatinių veiksnių bei vidinės darnos sąsajos. *Psichologija*, 32, 46–59.
- Kazlauskas, E., Gailiene, D., Domanskaite-Gota, V., & Trofimova, J. (2006). Psychometric properties of the Lithuanian version of the Impact of Event Scale - Revised (IES-R) (in Lithuanian). *Psichologija*, 33, 22–30.
- Kazlauskas, E., & Zelviene, P. (2015). A History of Political Violence in the Family as a Resilience Factor. *Resiliency: Enhancing Coping with Crisis and Terrorism*, 119, 141–148. <http://doi.org/10.3233/978-1-61499-490-9-141>
- Kazlauskas, E., & Zelviene, P. (2016). Trauma research in the Baltic countries: From political oppression to recovery. *European Journal of Psychotraumatology*, 7, 29259. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v7.29295>
- Kazlauskas, E., Zelviene, P., & Eimontas, J. (2017). “No posttraumatic stress disorder in Lithuania”: National health care fails to identify PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 30, 99–102. <http://doi.org/10.1002/jts.22152>
- Kazlauskas, E., & Želvienė, P. (2013). Psichologinės gerovės sąsajos su patirtais stresoriais, subjektyviai vertinama sveikata ir sociodemografiniais veiksniais. *Visuomenės Sveikata*, 4(63), 96–103.
- Keeley, J. W., Reed, G. M., Roberts, M. C., Evans, S. C., Robles, R., Matsumoto, C., ... Maercker, A. (2016). Disorders specifically associated with stress: A case-controlled field study for ICD-11 mental and behavioural disorders. *International Journal of Clinical and Health*

- Psychology*, 16(2), 109–127. <http://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.09.002>
- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., & Friedman, M. J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 537–547.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*. *Principles and practice of structural equation modeling* (3rd ed., Vol. 156). New York: The Guilford Press. <http://doi.org/10.1038/156278a0>
- Layne, C. M., Beck, C. J., Rimmasch, H., Southwick, J., Moreno, M. A., & Hobfoll, S. (2008). Promoting “resilient” posttraumatic adjustment in childhood and beyond. In D. Brom, R. Pat-Horenczyk, & J. Ford (Eds.), *Treating Traumatized Children: Risk, Resilience, and Recovery* (pp. 13–47). London: Routledge.
- Lietuvos statistikos departamentas. (2011). *Lietuvos gyventojai 2011 metais*. Vilnius: Lietuvos statistikos departamentas.
- Lorenz, L., Bachem, R. C., & Maercker, A. (2016). The Adjustment Disorder–New Module 20 as a screening instrument: Cluster analysis and cut-off values. *The International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 7(4), 775–215.
- Maercker, A., Bachem, R. C., Lorenz, L., Moser, C. T., & Berger, T. (2015). Adjustment Disorders Are Uniquely Suited for eHealth Interventions: Concept and Case Study. *JMIR Mental Health*, 2(2), e15. <http://doi.org/10.2196/mental.4157>
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Van Ommeren, M., Jones, L. M., ... Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12(3), 198–206. <http://doi.org/10.1002/wps.20057>

- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R., Cloitre, M., Reed, G. M., Van Ommeren, M., ... Saxena, S. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *The Lancet*, 381(9878), 1683–1685.
[http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62191-6](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62191-6)
- Maercker, A., Einsle, F., & Köllner, V. (2007). Adjustment disorders as stress response syndromes: A new diagnostic concept and its exploration in a medical sample. *Psychopathology*, 40(3), 135–146.
<http://doi.org/10.1159/000099290>
- Maercker, A., Forstmeier, S., Enzler, A., Krüsi, G., Hörler, E., Maier, C., & Ehler, U. (2008). Adjustment disorders, posttraumatic stress disorder, and depressive disorders in old age: findings from a community survey. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2), 113–120.
<http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.07.002>
- Maercker, A., Forstmeier, S., Pielmaier, L., Spangenberg, L., Brahler, E., & Glaesmer, H. (2012). Adjustment disorders: prevalence in a representative nationwide survey in Germany. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <http://doi.org/10.1007/s00127-012-0493-x>
- Mazulyte, E., Skeryte-Kazlauskienė, M., Eimontas, J., Grigutyte, N., Kazlauskas, E., & Gailiene, D. (2014). Trauma experience, psychological resilience and dispositional optimism: three adult generations in Lithuania. *Psichologija*, 49, 20–33.
- Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, 12(2), 160–174. [http://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70002-X](http://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70002-X)
- Mol, S. S. L., Arntz, A., Metsemakers, J. F. M., Dinant, G. J., Vilters-Van

- Montfort, P. A. P., & Kottnerus, J. A. (2005). Symptoms of post-traumatic stress disorder after non-traumatic events: Evidence from an open population study. *British Journal of Psychiatry*, 186, 494–499.
<http://doi.org/10.1192/bjp.186.6.494>
- O'Donnell, M. L., Alkemade, N., Creamer, M., McFarlane, A. C., Silove, D., Bryant, R. A., ... Forbes, D. (2016). A Longitudinal study of adjustment disorder after trauma exposure. *The American Journal of Psychiatry*.
<http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16010071>
- Ogle, C. M., Rubin, D. C., Berntsen, D., & Siegler, I. C. (2013). The frequency and impact of exposure to potentially traumatic events over the life course. *Clinical Psychological Science*, 1(4), 426–434.
- Pasaulio sveikatos organizacija. (2011). *Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos, dešimtas pataisytas ir papildytas leidimas (TLK-10-AM), Australijos modifikacija. Sisteminis ligų sąrašas*. Vilnius: Vaistų žinios.
- Pasaulio sveikatos Organizacija. (2008). *Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtas pataisytas ir papildytas leidimas Australijos modifikacija (TLK-10-AM) – Sisteminis ligų sąrašas*.
- Pelkonen, M., Marttunen, M., Henriksson, M., & Lönnqvist, J. (2005). Suicidality in adjustment disorder: Clinical characteristics of adolescent outpatients. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14(3), 174–180.
<http://doi.org/10.1007/s00787-005-0457-8>
- Povilaitienė, I., Auškalnytė, A., Grigienė, D., & Skruibis, P. (2015). Living after the clean-up works in Chernobyl—Both a psychological and cultural trauma. In D. Gailiene (Ed.), *Lithuanian faces after transition. Psychological consequences of cultural trauma* (pp. 144–165). Vilnius: Eugrimas.
- Reed, G. M. (2010). Toward ICD-11: Improving the clinical utility of WHO's

- International Classification of mental disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(6), 457–464. <http://doi.org/10.1037/a0021701>
- Reed, G. M., Mendonça Correia, J., Esparza, P., Saxena, S., & Maj, M. (2011). The WPA-WHO global survey of psychiatrists' attitudes towards mental disorders classification. *World Psychiatry*, 10(2), 118–31. <http://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00034.x>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is Everything, or is it? *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. <http://doi.org/10.1037/034645>
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13–39. <http://doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0>
- Schnyder, U., & Valach, L. (1997). Suicide attempters in a psychiatric emergency room population. *General Hospital Psychiatry*, 19(2), 119–29.
- Schnurr, P., Vielhauer, M., Weathers, F., & Findler, M. (1999). The brief trauma questionnaire. White River Junction, VT: National Center for PTSD.
- Schock, K., Bo, M., Rosner, R., Wenk-ansohn, M., & Knaevelsrud, C. (2016). Impact of new traumatic or stressful life events on pre-existing PTSD in traumatized refugees: results of a longitudinal study. *European Journal of Psychotraumatology*, 7.
- Semprini, F., Fava, G. A., & Sonino, N. (2010). The spectrum of adjustment disorders: too broad to be clinically helpful. *CNS Spectrums*, 15(6), 382–8.
- Skruibis, P., Eimontas, J., Dovydaityene, M., Mazulyte, E., Zelviene, P., & Kazlauskas, E. (2016). BADI: protocol of a randomized controlled trial

- evaluating internet-based modular program for adjustment disorder. *BMC Psychiatry*, 1–7. <http://doi.org/10.1186/s12888-016-0980-9>
- Stephan, K. E., Bach, D. R., Fletcher, P. C., Flint, J., Frank, M. J., Friston, K. J., ... Breakspear, M. (2016). Charting the landscape of priority problems in psychiatry, part 1: classification and diagnosis. *The Lancet Psychiatry*, 3(1), 77–83. [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00360-0](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00360-0)
- Strain, J. J., & Diefenbacher, A. (2008). The adjustment disorders: the conundrums of the diagnoses. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2), 121–130. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.10.002>
- Strain, J. J., & Friedman, M. J. (2011). Considering adjustment disorders as stress response syndromes for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 818–823. <http://doi.org/10.1002/da.20782>
- Strain, J. J., Smith, G. C., Hammer, J. S., McKenzie, D. P., Blumenfield, M., Muskin, P., ... Schleifer, S. S. (1998). Adjustment disorder: A multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting. *General Hospital Psychiatry*, 20(3), 139–149.
- Svensson, E., Lash, T. L., Resick, P. A., Hansen, J. G., & Gradus, J. L. (2015). Validity of reaction to severe stress and adjustment disorder diagnoses in the Danish Psychiatric Central Research Registry. *Clinical Epidemiology*, 7, 235–242. <http://doi.org/10.2147/CLEP.S80514>
- 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. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.959>
- Vaskeliene, I. (2012). *Long-term psychological effects of political repression in Lithuania to second generation (Summary of doctoral dissertation)*. Vilnius: Vilnius University.

- Wai, B. H., Hong, C., & Heok, K. E. (1999). Suicidal behavior among young people in Singapore. *General Hospital Psychiatry*, 21(2), 128–133.
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale - Revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399–411). New York: Guilford Press.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ... Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655–679.
<http://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>
- World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *Geneva: World Health Organization*.
- Zelviene, P., Kazlauskas, E., Eimontas, J., & Maercker, A. (2017). Adjustment disorder: Empirical study of a new diagnostic concept for ICD-11 in the general population in Lithuania. *European Psychiatry*, 40, 20–25.
<http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.06.009>
- Zimmerman, M., Martinez, J. H., Dalrymple, K., Chelminski, I., & Young, D. (2013). “Subthreshold” depression: Is the distinction between depressive disorder not otherwise specified and adjustment disorder valid? *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(5), 470–476.
<http://doi.org/10.4088/JCP.12m08053>

Mokslinės publikacijos disertacijos tema

Leidiniuose indeksuojamuose *Clarivate Analytics Web of Science* duomenų bazėje

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

Kituose recenzuojamuose leidiniuose

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