



VILNIAUS UNIVERSITETAS

FILOSOFIJOS FAKULTETAS

PSICHOLOGIJOS INSTITUTAS

Jogilė Rizgelytė

**ĮVAIRIUS STRESORIUS PATYRUSIŲ ASMENŲ ADAPTACIJOS
SUTRIKIMO KAITA PER VIENERIUS METUS**

Bakalauro darbas

Psichologijos studijų programa

Darbo vadovas: doc. dr. EVALDAS KAZLAUSKAS

Konsultantė: dr. PAULINA ŽELVIENĖ

Vilnius, 2018

TURINYS

SANTRAUKA	3
SUMMARY	4
PRATARMĖ	5
1. ĮVADAS	6
1.1. Specifiškai su stresu susiję sutrikimai	6
1.2. Adaptacijos sutrikimo sampratos raida	7
1.3. Adaptacijos sutrikimo atnaujinimai	9
1.4. Adaptacijos sutrikimo problematika	11
1.4.1. Longitudinių tyrimų stoka	12
2. TYRIMO METODIKA	14
2.1. Tyrimo dalyviai.....	14
2.2. Tyrimo instrumentai	16
2.3. Tyrimo eiga.....	17
2.4. Duomenų analizės metodai	19
3. REZULTATAI	20
3.1. Stresorių pasiskirstymas klinikinėje imtyje	20
3.2. Adaptacijos sutrikimo kaita per vienerius metus.....	21
3.3. Papildomo stresoriaus ryšys su adaptacijos sutrikimu.....	23
3.4. ADN-8 skalės, subskalių, stresorių tarpusavio ryšiai.....	24
3.5. Specifiniai kintamieji susiję su adaptacijos sutrikimu	26
4. REZULTATŲ APTARIMAS	30
4.1. Stresorių pasiskirstymas klinikinėje imtyje	30
4.2. Adaptacijos sutrikimo kaita per vienerius metus.....	31
4.3. Papildomo stresoriaus per metus ir adaptacijos sutrikimo simptomų tarpusavio ryšiai	33
4.4. Specifiniai kintamieji susiję su adaptacijos sutrikimu	34
4.5. Tyrimo ribotumai ir siūlymai ateities tyrimams	37
IŠVADOS	38
LITERATŪRA	39

SANTRAUKA

Įvairius stresorius patyrusių asmenų adaptacijos sutrikimo kaita per vienerius metus

Jogilė Rizgelytė

Vilniaus universitetas

Vilnius, 2018 (43 p.)

Adaptacijos sutrikimo rizika, pasibaigus stresą keliančiam gyvenimo įvykiui ar jo pasekmėms, sumažėja po 6-ių mėnesių, pagal šiuo metu atnaujinamą Tarptautinės ligų klasifikacijos 11-ąją versiją (TLK-11). Šio tyrimo tikslas buvo paanalizuoti įvairius stresorius patyrusių asmenų adaptacijos sutrikimo kaitą per vienerius metus, remiantis TLK-11 adaptacijos sutrikimo kriterijais. Dviejų etapų longitudinaliame tyrime dalyvavo 55 asmenys patenkantys į adaptacijos sutrikimo padidintos rizikos grupę, atrinkti iš ambulatorinės psichikos sveikatos centrų visoje Lietuvoje. Tiriamųjų amžius svyravo nuo 18 iki 60 metų ($M = 37,13$), iš kurių didžioji dalis buvo moterys (90,1 proc.). Stresinių patirčių įvertinimui ir adaptacijos sutrikimo simptomų kaitai matuoti buvo naudota Adaptacijos sutrikimo naujo modulio skalės trumpoji versija (ADNM-8). Gauti tyrimo rezultatai parodė, kad praėjus vieneriems metams po pirminio matavimo, 38 proc. tyrimo dalyvių vis dar turėjo stipriai išreikštus adaptacijos sutrikimo simptomus. Papildomi per metus patirti stresoriai buvo reikšmingai susiję su padidinta adaptacijos sutrikimo rizika. Ateities longitudinaliams tyrimams būtų naudinga analizuoti specifinių stresorių ir adaptacijos sutrikimo simptomų sąsajas.

Raktiniai žodžiai: adaptacijos sutrikimas, longitudinalinis tyrimas, TLK-11, stresoriai.

SUMMARY

Changes in Adjustment Disorder Symptoms after Exposure of Various Stressors in One Year

Jogilė Rizgelytė

Vilnius University

Vilnius, 2018 (43 pp.)

Adjustment disorder symptoms resolve 6 months after the precipitating life event and its consequences are terminated, according to the International Classification of Diseases 11th version beta draft (ICD-11). The present study investigates changes in adjustment disorder symptoms after exposure to various stressors in one year as defined in the ICD-11 adjustment disorder symptoms profile. In a two-stage longitudinal study a total of 55 participants who were at high risk of developing adjustment disorder were recruited and assessed at outpatient mental health centers across Lithuania. The participants were aged 18 to 60 years ($M = 37.13$), of which the majority were women (90.1%). Stressful experiences and the course of adjustment disorder symptoms were assessed with the short version self-report Adjustment Disorder – New Module scale (ADNM-8). The study results revealed that one year after the baseline assessment 38% of individuals retained high-risk symptoms of adjustment disorder. Additional stressful life events had a significant effect on adjustment disorder symptom severity. For future longitudinal studies it might be beneficial to investigate how specific stressors are linked to symptom expression.

Key words: adjustment disorder, longitudinal study, ICD-11, stressors.

PRATARMĖ

Stresas yra neatsiejama žmogaus gyvenimo dalis, kurio didesnes ar mažesnes pasekmes patiria kiekvienas. Medicinoje streso konstruktas jau Hipokrato laikais buvo pripažintas reikšmingu, asmeniui ypatingai svarbiame, ligos ir sveikatos kontekste. Tačiau tik nuo 1930-ųjų metų, pradėti sisteminiai streso tyrinėjimai moksliniuose tyrimuose. Iki šių dienų yra bandoma sukurti kuo plačiau naudojamą, pritaikytą skirtingiems kultūriniais kontekstams bei patologijai, psichikos sveikatos specialistus vienijančią diagnostinę sistemą, leisiančią atpažinti stiprias streso reakcijas, reikšmingai sutrikdančias žmogaus psichosocialinį funkcionavimą ir reikalingą pagalbą, kuri turi būti suteikta laiku.

2018-aisiais metais turėtų būti išleistas Tarptautinės ligų klasifikacijos atnaujinamas 11-as leidimas (TLK-11). Revizuojamoje TLK-11 versijoje didelis dėmesys skiriamas diagnostinių kategorijų validavimui bei kriterijų tikslinimui, tam, kad būtų artėjama prie standartinės diagnostinės sistemos pagrindo organizavimo, kuris šiuo metu turi nemažai trūkumų. Didžioji dalis specialistų pasaulyje naudoja TLK-10 klasifikacinę sistemą, nepaisant to, kad, jų nuomone, tam tikroms sutrikimų kategorijoms šią klasifikaciją sudėtinga naudoti, be to, ji sunkiai pritaikoma kasdienėje praktikoje (Reed, 2010).

Vienas iš dažnai kritikuojamų, tačiau ir dažniausiai diagnozuojamų, yra adaptacijos sutrikimas. Tyrimų duomenimis apie 1-2 proc. bendros populiacijos žmonių turi adaptacijos sutrikimą, o specifinėse grupėse procentai didėja. Paradoksalu, kad vienas iš dažniausiai diagnozuojamų, yra ir vienas iš mažiausiai tyrinėtų sutrikimų. Naujų tyrimų banga prasidėjo kartu su atnaujinama TLK-11 klasifikacija. Atnaujinti kriterijai specifiškiau apibūdina įvairių stresinių gyvenimo įvykių sukeltas neadaptyvias žmogaus reakcijas, tačiau dar trūksta empiriškai patvirtintų žinių apie tai, kaip kinta šios reakcijos laike. Tad longitudinalių tyrimų trūkumas ir šiais metais keičiami adaptacijos sutrikimo diagnostiniai kriterijai TLK-11 versijoje, buvo vienos iš pagrindinių priežasčių, dėl kurių atliktas šis bakalauro darbo tyrimas.

1. ĮVADAS

1.1. Specifiškai su stresu susiję sutrikimai

Pasaulio Sveikatos Organizacija (PSO) subūrė mokslininkų darbo grupę, kuri nagrinėja su stresu susijusius sutrikimus atnaujinamai Tarptautinės ligų klasifikacijos 11-ajai versijai (TLK-11), ir kuri turėtų pakeisti 1992 m. išleistą TLK-10. Specialistų grupė atlieka dabartinėje nomenklatūroje (TLK-10) su stresu susijusių sutrikimų klasifikacijos įvertinimą ir tobulinimą (Maercker et al., 2013). Atnaujinamoje elektroninėje TLK-11 beta versijoje (angl. *ICD-11 Beta Draft*), kuri dar nėra patvirtinta PSO, yra išskirtas naujas, vienas iš daugiausiai dėmesio bei diskusijų sulaukusių poskyrių „Specifiškai su stresu susiję sutrikimai“ (angl. *disorders specifically associated with stress*). Dešimtajame TLK leidime (TLK-10) su stresu susiję sutrikimai buvo grupuojami kartu su neuroziniais ir somatoforminiais, tad atskiro stresinių sutrikimų skyriaus patvirtinimas TLK-11 suteikia daugiau specifiškumo bei galimybę, esant poreikiui, tiksliau juos diferencijuoti, kas turėtų palengvinti klinikinę praktiką (First et al., 2015; WHO, 2018).

Atnaujinamoje TLK-11 specifiškai su stresu susijusių sutrikimų grupę sudaro: potrauminio streso sindromas (PTSS), kompleksinis potrauminio streso sindromas (KPTSS) (angl. *complex PTSD*), užsitęsusio gedulo sutrikimas (angl. *prolonged grief disorder*), adaptacijos sutrikimas, reaktyvaus prisirišimo sutrikimas (angl. *reactive attachment disorder*), neslopinamo socialinio įsitraukimo sutrikimas (angl. *disinhibited social engagement disorder*) bei kiti patikslinti bei nepatikslinti sutrikimai susiję su stresu (WHO, 2018). Šią sutrikimų grupę iš kitų išskiria stresinio įvykio patyrimas, kuris yra stresinių sutrikimų privalomas diagnostinis kriterijus. Tuo tarpu kitų sutrikimų raidoje, stresiniai įvykiai gali būti rizikos faktoriai ar katalizatoriai (pvz.: depresijos, generalizuoto nerimo sutrikimams), tačiau specifiškai su stresu susijusių sutrikimų grupę atskiria būtent tai, kad tai vienintelės diagnozės, kurios įtraukia stresorių. Šis dabartinės TLK-10 klasifikacijos patobulinimas, specialistų darbo grupės teigimu, galėtų palengvinti praktikuojančių psichikos sveikatos specialistų darbą (Maercker et al., 2013).

Atlikus didžiausią tarptautinio masto psichiatrų apklausą, kurioje dalyvavo beveik penki tūkstančiai klinikinę praktiką atliekančių specialistų, paaiškėjo, kad tarp dažniausiai diagnozuojamų buvo naujai išskirtos, specifiškai su stresu susijusių sutrikimų grupės, potrauminio streso ir adaptacijos sutrikimai. Tyrimo dalyviai buvo prašomi įvardinti ir jiems neaiškiausias bei stokojančias specifiškumo diagnozes, viena jų, vėlgi, buvo iš specifiškai su stresu susijusių sutrikimų grupės - adaptacijos sutrikimas. Paradoksalu, kad vienas dažniausiai diagnozuojamų sutrikimų, psichiatrų nuomone, buvo laikomas sudėtingu naudoti ir mažai tinkamu kasdienėje praktikoje, remiantis TLK-10 diagnostiniais kriterijais (Reed et al., 2011). Rezultatai atskleidė, kad adaptacijos sutrikimo

diagnozė yra viena dažniausių, tačiau tuo pačiu metu tai ir vienus neaiškiausių kriterijų turintis sutrikimas, todėl šiuo metu ši diagnozė sulaukė ypatingo mokslininkų susidomėjimo.

Apibendrinant, atnaujinamoje TLK išskiriamas naujas specifiskai su stresu susijusių sutrikimų skyrius yra svarbus žingsnis geresniam šios grupės sutrikimų supratimui ir diagnostikai. Išskirtinio tyrėjų dėmesio sulaukė adaptacijos sutrikimas, nes tarp specifiskai su stresu susijusių sutrikimų jis yra vienas dažniausiai diagnozuojamų bei sunkiausiai diferencijuojamų.

1.2. Adaptacijos sutrikimo sampratos raida

Adaptacijos sutrikimas ilgą laiką buvo ignoruojamas mokslinės bendruomenės lyginant su kitais specifiskai su stresu susijusiais sutrikimais. Iki 2001-ųjų metų buvo išleista mažiau nei 30 publikacijų (Casey, Dowrick, & Wilkinson, 2001), tačiau dabar, sparčiai daugėjant empirinių tyrimų, adaptacijos sutrikimas yra laikomas diagnoze, kurios „laikas jau atėjo“ (Bachem & Casey, 2017). Adaptacijos sutrikimo diagnozės prototipai pirmosiose klasifikacinėse sistemose pasirodė jau nuo 1952 m., jie buvo vystomi, tikslinami ir keičiami iki dabar. Tiek Amerikos psichologų asociacijos (APA) Diagnostiniame ir statistiniame psichikos sutrikimų vadove (DSM), tiek Pasaulio sveikatos organizacijos TLK klasifikacijoje ši diagnozė kito: buvo keičiami pavadinimai, diagnostiniai kriterijai, keitėsi ir sutrikimo diagnostinės kategorijos suvokimas. Iki adaptacijos sutrikimo (su dabartiniu pavadinimu) įtraukimo į TLK-10 (1992 m.) ir DSM-III (1980 m.), šis sutrikimas buvo vadinamas „laikinu situaciniu sutrikdymu“ (angl. *transient situational disturbance*), taikomu žmonėms, turintiems laikinų prisitaikymo prie stresinės gyvenimo situacijos sunkumų (APA, 1980; Casey & Jabbar, 2013). Ankstesni adaptacijos sutrikimo klasifikacijos istorijoje vartoti terminai buvo nepatikslinga reakcija į nerimą (angl. *anxiety reaction*), reaktyvi depresija (angl. *reactive depression*), psichogeninė depresija (angl. *psychogenic depression*), laikino situacinio sutrikdymo terminas TLK-9 keitėsi į adaptacinę reakciją (angl. *adjustment reaction*), o galiausiai TLK-10 redakcijoje į adaptacijos sutrikimą (Casey, 2018; Zelviene & Kazlauskas, 2018). Iki dabartinės terminologijos, keitėsi ne tik adaptacijos sutrikimo pavadinimas, bet ir jo apibrėžimas.

Pastarųjų dešimtmečių tyrimų rezultatai buvo itin svarbūs adaptacijos sutrikimo teoriniam pagrindimui. Vieni iš pirmųjų adaptacijos sutrikimo konstrukto tyrinėtojų buvo Šveicarijos mokslininkai, kurie bendradarbiaudami su kitų šalių mokslininkais, tarp jų ir Lietuvos Psichotraumatologijos centro tyrėjais, sistemingai plėtė žinias apie adaptacijos sutrikimą. Tyrimų rezultatai keitė ilgai nusistovėjusį požiūrį į adaptacijos sutrikimo diagnozę ir suteikė jai naujos perspektyvos. Adaptacijos sutrikimas psichikos sveikatos specialistų gretose ilgai vadintas „universalioji korta“, nes kriterijų platumas suteikia galimybę praktikams diagnozuoti šį sutrikimą, kai paciento simptomai iki galo neatitinka kitų psichikos sutrikimų (Baumeister, Maercker, & Casey,

2009). Dėl adaptacijos sutrikimo kriterijų platumo ir panašumo su kitais, tai vienas iš dažniausiai diagnozuojamų pasaulyje sutrikimų. Reed ir kitų mokslininkų atliktame tyrime (2011) paaiškėjo, kad adaptacijos sutrikimo diagnozę psichiatrai naudoja bent kartą per savaitę savo klinikinėje praktikoje ir daugiau nei 50 proc. tyrime dalyvavusių psichiatrų diagnozuoja adaptacijos sutrikimą greta kitų dažniausiai diagnozuojamų sutrikimų: depresinio epizodo, šizofrenijos, bipolinio afektinio ir generalizuoto nerimo sutrikimo. Psichiatrų nuomone, adaptacijos sutrikimo diagnozė buvo priskirta prie žemo naudojimo paprastumo ir tinkamumo kasdieninėje praktikoje remiantis TLK-10 diagnostiniais kriterijais.

Dabar galiojančioje ir naudojamose Lietuvoje TLK-10, adaptacijos sutrikimas yra apibrėžiamas kaip: „*subjektyvus distreso ir emocijų sutrikimo būseną, paprastai sukelianti socialinės veiklos ir įgūdžių sutrikimus ir pasireiškianti prisitaikymo prie stresogeniškų gyvenimo pokyčių ar įvykių laikotarpiu.*“ Kritikuojamas apibrėžimas stokoja specifiško įvardijimo, kaip pasireiškia adaptacijos sutrikimas: „*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.*“ Šis apibūdinimas per platus. Dar viena apibrėžimo problema yra jo komorbidiškumas su kitais sutrikimais: „*Kartu gali būti elgesio sutrikimų, ypač paaugliams. Dominuojantis požymis gali būti trumpalaikė ar užsitęsusi depresinė reakcija arba kiti emocijų ir elgesio sutrikimai.*“ (Carta et al., 2009; PSO, 2010). Todėl buvo svarbu aiškiau apibrėžti adaptacijos sutrikimo kriterijus, konstrukto specifiskumą, kad ši diagnozė nebebūtų priskiriama tiems atvejams, kai psichikos sveikatos specialistui išvardinti simptomai neatitinka jokio kito sutrikimo (Maercker, Einsle, & Köllner, 2007; Baumeister Maercker, & Casey, 2009), arba skiriant laikiną diagnozę, kol tolimesnė psichikos sutrikimo vystymosi raida nėra aiški (Strain & Friedman, 2011).

A. Maercker ir kiti mokslininkai įžvelgę spragų adaptacijos sutrikimo apibrėžime TLK-10 redakcijoje, pasiūlė naują empiriškai pagrįstą teorinį sutrikimo modelį (Maercker, Einsle, & Köllner, 2007). TLK-10 adaptacijos sutrikimo apibrėžime yra minimas stresoriaus patyrimas, kaip būtina sąlyga šio sutrikimo etiologijai. Jis tapo atspirties tašku tyrėjams, kurie teigė, jog adaptacijos sutrikimas yra sukeliamas identifikuojamo stresinio įvykio. Jie kėlė teorines prielaidas, kad adaptacijos sutrikimas gali būti charakterizuojamas trauminio streso reakcijomis – invazija (angl. *intrusion*), vengimu ir prisitaikymo sunkumais (angl. *failure to adapt*). Tuomet buvo siūloma, kad konkretaus stresoriaus patirtis ir šie trys simptomai, yra pagrindinės adaptacijos sutrikimo charakteristikos.

Kadangi adaptacijos sutrikimas yra priskirtas prie atsako į stresą sindromų (angl. *stress response*), reikėjo paaiškinti, kodėl kai kurie žmonės, kurie susiduria su traumuojančiu įvykiu, patiria psichologinius sunkumus ir kodėl tai tęsiasi. Tam buvo pasitelktos potrauminį stresą aiškinančios teorijos, nes pagrindinis adaptacijos sutrikimo skirtumas nuo PTSS yra reikšmingo stresoriaus

intensyvumas. Skyrybų, vaikų auginimo sunkumų, ligos, negalios, finansinių problemų, konfliktų su kolegomis, persikraustymo, išėjimo į pensiją ar kultūrinio sukrėtimo patirtis labiau siejama su galimu adaptacijos sutrikimo sukėlimu negu PTSS, nors veikia panašūs streso reguliaciniai mechanizmai (Kazlauskas, Gegieckaite, Hyland, Zelviene, & Cloitre, 2018). Kitas pasiūlytas adaptacijos sutrikimo simptomas buvo invazijos, kurios pasireiškia nevalingais, vis sugrįžtančiais prisiminimais apie stresinį įvykį, kylančiais arba spontaniškai, arba iš aplinkos stimulų. Vengimo simptomas reiškėsi per automatiškai bandomas išstumti iš sąmonės mintis ir jausmus susijusius su įvykiu, o prisitaikymo sunkumų simptomas pasireiškė per elgsenos ir asmenybės pokyčius, kai stresorius nėra sėkmingai apdorojamas psichikoje. Pokyčiai reiškėsi per anksčiau mėgtų veiklų atsisakymą, sumažėjusį pasitikėjimą savimi, sunkumus bandant susikoncentruoti bei kasdienių veiklų sutrikdymą (Maercker, Einsle, & Köllner, 2007). Visgi šveicarų pasiūlytai naujai adaptacijos sutrikimo sampratai, kurios pagrindas buvo potrauminio streso simptomai, tuo metu dar trūko empirinio pagrindimo ir ji buvo toliau keičiamas augant susidomėjimui adaptacijos sutrikimu ir gausėjant tyrimams (Ben-Ezra et al., 2018), prie ko reikšmingai prisidėjo įsteigta PSO darbo grupė TLK-11 klasifikacijai atnaujinti.

Apibendrinant, akademinės bendruomenės susidomėjimas adaptacijos sutrikimu atsirado tik prieš kiek daugiau nei dešimtmetį. Kartu pradėti empiriniai tyrimai, kurie keitė sutrikimo sampratą: nuo laikino situacinio sutrikdymo sąvokos, universalios diagnozės pavadinimo iki naujo adaptacijos sutrikimo teorinio pagrindo, grįsto PTSS reakcijomis.

1.3. Adaptacijos sutrikimo atnaujinimai

PSO TLK-10 klasifikacija sulaukė svarios specialistų kritikos dėl adaptacijos sutrikimo klinikinio pritaikomumo ir kriterijų suprantamumo, todėl subūrė mokslininkus prisidėti prie adaptacijos sutrikimo kriterijų bei konstrukto atnaujinimo. Praktika pagrįstas atnaujinimo poreikis sutelkė Šveicarijos, Lietuvos, Izraelio bei Vokietijos mokslininkus atlikti tyrimus ir jų gauti rezultatai atspindės atnaujinamoje TLK-11 versijoje, kuri turėtų būti priimta 2018-ais metais (Kazlauskas et al., 2017). Atnaujinamoje TLK-11 versijoje yra adaptacijos sutrikimo kriterijų pasikeitimų - sutrikimas apibrėžiamas specifiškiau. Jis apibūdinamas kaip neadaptvyvi reakcija į psichosocialinį ar kitus stresorius (pvz.: skyrybos, konfliktai namie ar darbe, liga ar negalia), pasireiškianti per 1 mėnesį nuo patirto stresoriaus ar stresorių. Pagrindinės apibendrintos adaptacijos sutrikimo charakteristikos: (1) simptomai pasireiškia po stresoriaus; (2) simptomai turi prasidėti ne vėliau, kaip po vieno mėnesio po stresoriaus; (3) simptomai išnyksta per 6 mėn. po stresoriaus pabaigos; (4) jei stresorius nesibaigia, simptomai gali tęstis ilgiau; (5) esant kitam psichikos sutrikimui, ši diagnozė negali būti skiriama; (6) ramybės neduoda įkyrios mintys pasireiškiančios perdėtu susirūpinimu, pasikartojančių minčių apie stresorių, nuolatinio mąstymu (angl. *rumination*); (7) iškyla prisitaikymo sunkumai (angl. *failure to*

adapt), kurie sutrikdo kasdienį žmogaus funkcionavimą – miego sutrikdymas, koncentravimosi sunkumai (Casey & Jabbar, 2013; WHO, 2018).

Ne vienas tyrimas pagrindė, kad visgi adaptacijos sutrikimą geriausiai apibūdina po reikšmingo stresoriaus išskylantys du pagrindiniai adaptacijos sutrikimo simptomai: įkyrios mintys ir prisitaikymo sunkumai (Zelviene et al., 2017; Kazlauskas et al., 2018; Ben-Ezra et al., 2018). Atnaujinamoje TLK versijoje, kaip ir TLK-10, stresinis įvykis vis dar yra esminis elementas sutrikimo pradžia, tačiau nauja versija yra papildyta konkrečiais laiko tarpais, kada po stresoriaus turėtų pasireikšti simptomai ir po kiek laiko, pasibaigus stresoriui, simptomų raiška silpnėja (Maercker et al., 2013). DSM ir TLK adaptacijos sutrikimo samprata ilgą laiką buvo panaši (Bachem et al., 2016), tačiau dabartinėje DSM-5 versijoje adaptacijos sutrikimo aprašas turi esminių skirtumų lyginant su siūlymais TLK-11. Adaptacijos sutrikimo apibūdinimas DSM-5 yra bendresnio pobūdžio, be aiškiai aprašytų simptomų, kadangi atnaujinant DSM-IV klasifikaciją adaptacijos sutrikimo aprašas nebuvo tikslinamas dėl tyrimų trūkumo. Klasifikacijų skirtumai išryškėja ir simptomų pradžios laikotarpiuose patyrus reikšmingą stresorių - DSM-5 išskiria trejų mėnesių laiko intervalą, kai TLK-11 simptomai turi prasidėti ne vėliau, kaip po vieno mėnesio. Adaptacijos sutrikimas DSM-5 yra konkretinamas subtipais, kurie sieja adaptacijos sutrikimą su nerimo, depresiniais ar elgesio sutrikimais. Taip pat adaptacijos sutrikimas yra siejamas ir su padidinta savižudybės rizika, apie ką nėra kalbama TLK-11 beta versijoje (Strain & Friedman, 2011; O'Donnell et al., 2016; Kazlauskas et al., 2017; Zelviene & Kazlauskas, 2018). Visgi, Lietuvoje sveikatos sistemoje dirbantys specialistai naudoja Europoje bei kitose valstybėse plačiausiai naudojamą, TLK klasifikaciją (Reed et al., 2011), todėl mums yra itin aktualūs TLK-11 atnaujinimai.

Apibendrinant, TLK-11 pasiūlymuose, kuriuos planuoja patvirtinti PSO, adaptacijos sutrikimo apibrėžimas ir kriterijai yra atnaujinti ir sukonkretinti remiantis naujausiais tyrimais. Išskirti du pagrindiniai simptomai, įkyrių minčių ir prisitaikymo sunkumų, kurie pasireiškia po reikšmingo stresoriaus.

1.4. Adaptacijos sutrikimo problematika

Empirinių tyrimų dėka adaptacijos sutrikimas apibrėžtas daug specifiškiau, tačiau yra keliamos kelios šio konstrukto apibrėžimo problemos. TLK-11 rašoma, kad adaptacijos sutrikimo diagnozei yra būtinas įvardinamo psychosocialinio stresoriaus arba kelių stresorių buvimas. Pati stresoriaus sąvoka yra gana plati. Mokslininkai tyrinėjantys adaptacijos sutrikimo konstruklą šiuo metu išskiria dvi pagrindines stresorių grupes: lėtinius ir ūmius (Lorenz, Bachem, & Maercker, 2016; Zelviene et al., 2017; Lorenz et al., 2018). Tačiau įvairiose studijose išskiriamas bendras stresorių skaičius varijuoja - nuo 10-ies stresorių sąrašo pateikiamo tiriamiesiems, iki 17-os (Kazlauskas et al., 2017). Tad nelabai aišku, kokie ir kiek stresorių tinkamiausiai matuoja būtent adaptacijos sutrikimo simptomus. Senesniuose šaltiniuose kalbama apie skirtingo tipo stresorius, kur „ūmus“, priešingai nei lėtinis, apibūdinamas, kaip turintis aiškesnę pradžią bei inicijuojantis specifiskas įveikimo strategijas, kurios yra laikinos. Jau anuomet keltas klausimas ar šie du skirtingo tipo stresoriai turi nepriklausomą poveikį psichologinei gerovei ir kiek jie yra tarpusavyje susiję (Eckenrode, 1984). Ne vieno tyrimo rezultatai kalba apie kasdinių stresorių poveikį imuninei, endokrinei sistemoms, sąsajas su kitais psichikos sutrikimais (Segerstrom & Miller, 2004; Bale, 2006; Harris, 2015), tačiau adaptacijos sutrikimo kontekste stresorių specifiskumas nėra tyrinėtas.

Bene daugiausiai diskusijų keliantis klausimas yra normalios streso reakcijos patologizavimas. Vienas iš sunkumų diagnozuojant adaptacijos sutrikimą yra atskyrimas, kur baigiasi adaptyvi reakciją į stresą. Manoma, kad turėtų būti aiški atskirtis tarp normalaus emocinio atsako ir patologinio (Bachem & Casey, 2017). Adaptacijos sutrikimas yra laikomas neperskiriamu nuo normalaus prisitaikymo proceso, tačiau „normalaus“ skiriasi pagal kančios intensyvumą ir dėl to kylantį pablogėjimą (Maercker et al., 2013). Geresniam adaptacijos sutrikimo supratimui, lietuviai tyrėjai pateikė gripo analogiją - gripas yra diagnozuojamas pagal tam tikrus simptomus, kurie pasireiškia žmogaus kūne šiam susirgus ir didžioji dalis sergančiųjų pasveiksta, tačiau kitiems būna rimtų komplikacijų (Zelviene & Kazlauskas, 2018). Pasitelkiant šią analogiją, galima bandyti aiškinti, kodėl adaptacijos sutrikimas nėra patologizuojanti atsako į stresą diagnozė. Žmonės nuolat susiduria su įvairiausiais stresoriais, kurie sukelia didesnių ar mažesnių sunkumų, tačiau yra žmonių, kurie patiria reikšmingų adaptacijos sutrikdymų ir jiems reikalinga pagalba. Adaptacijos sutrikimo diagnozavimas esant kliniškai reikšmingiems simptomams, gali pasitarnauti žmonių su didesniais adaptacijos sutrikdymais diferencijavimui ir specifinės pagalbos teikimui.

1.4.1. Longitudinių tyrimų stoka

Pasak O'Donnell ir kitų mokslininkų (2016), jei adaptacijos sutrikimas kilo iš normalios reakcijos į stresą, tuomet būtų tikėtina, kad simptomai laikui bėgant sloptų. TLK-11 beta versijoje yra teigiama, kad pasibaigus stresoriaus veikimui (po 6 mėn.) vyksta spontaninis pasveikimas. Tą patį teigia ir DSM-V kriterijai adaptacijos sutrikimui, tačiau šiuo metu nėra atlikta daug longitudinalio pobūdžio tyrimų, kurie suteiktų daugiau žinių apie adaptacijos sutrikimo kaitą laike. Tai dar viena probleminė adaptacijos sutrikimo apibrėžimo sritis. Vienas iš nedaugelio atliktų longitudinalių tyrimų DSM adaptacijos sutrikimo kontekste atskleidė, kad adaptacijos sutrikimo diagnozė gali išlikti pastovi laike (O'Donnell et al., 2016). Kita studija, naudojusi TLK kriterijus ir tyrusi specifinę, darbo netekusių žmonių, imtį parodė, kad yra svarbus adaptacijos sutrikimo simptomų rizikos grupių išskyrimas, nes aukštus adaptacijos sutrikimo simptomus patyrusiems asmenims po laiko intervalo ne tik nepagerėjo, bet dar ir šiek tiek pablogėjo (Lorenz, Perkonigg, & Maercker, 2018a). Apipilėsimos aukų tyrimas atskleidė, kad simptomai laikui bėgant silpnėja reikšmingiau, jei yra gaunama pagalba (Bachem & Maercker, 2016). Tyrimai rodo, kad adaptacijos sutrikimo simptomų slopinimui galimai užtektų savarankiškai atliekamų pagalbos sau intervencijų be specialisto pagalbos (Eimontas et al., 2018). Longitudiniai tyrimai taip pat galėtų prisidėti papildant žinias apie adaptacijos sutrikimo riziką ir apsauginius veiksnius. Nors ir nėra daug tyrimų, kurie matuotų adaptacijos sutrikimo simptomų kaitą skirtinguose laiko intervaluose, tačiau iš dabartinių tyrimų rezultatų matoma, kad didelei daliai žmonių gerėja, bet išlieka spraga, kodėl daliai žmonių negerėja ar net pablogėja. Tyrimai rodo, kad iš vienos pusės, adaptacijos sutrikimo prigimtis gali būti trumpalaikio pobūdžio, nes simptomai paprastai rodo teigiamą sutrikimo eigą (Bachem & Maercker, 2016), tačiau iš kitos pusės, sunkių psichikos sveikatos sutrikdymų tikimybė yra padidėjusi (Lorenz, Perkonigg, & Maercker, 2018a). Todėl yra svarbu tirti adaptacijos sutrikimo simptomų kaitą laike.

Apibendrinant, atnaujinami adaptacijos sutrikimo kriterijai Tarptautinės ligų klasifikacijos 11-oje redakcijoje turėtų būti patvirtinti Pasaulio sveikatos organizacijos 2018-aisiais metais, todėl yra itin didelis adaptacijos sutrikimo tyrimų poreikis, ypač longitudinalių tyrimų. Ateities tyrimai galėtų orientuotis į dabartinės adaptacijos sutrikimo sampratos kritikuojamas vietas: stresorių specifiškumą bei jų poveikio tyrinėjimą, rizikos grupių išskyrimą, o tai padėtų nepatologizuoti stresinių reakcijų ir atsižvelgti į longitudinalių tyrimų svarbą tyrinėjant visus šiuos klausimus.

Šio bakalauro darbo tyrimo tikslas buvo paanalizuoti įvairius stresorius patyrusių asmenų adaptacijos sutrikimo kaitą per vienerius metus.

Darbo tikslui pasiekti buvo iškelti šie uždaviniai:

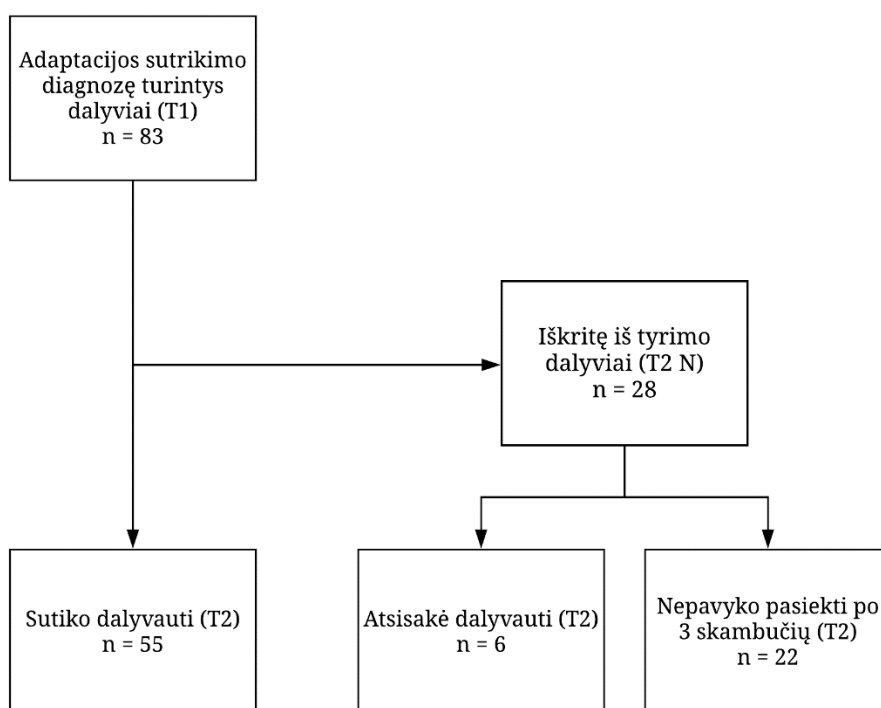
1. Nustatyti, su kokiais stresiniais įvykiais susiduria adaptacijos sutrikimo rizikos grupėje esantys asmenys.
2. Atlikti analizę, kaip kinta adaptacijos sutrikimo rizikos grupėje esančių asmenų adaptacijos sutrikimo simptomai po vienerių metų.
3. Atlikti analizę, su kokiais kintamaisiais adaptacijos sutrikimas yra reikšmingai susijęs tarp adaptacijos sutrikimo rizikos grupėje esančių asmenų.

2. TYRIMO METODIKA

2.1. Tyrimo dalyviai

Bakalauro darbo tyrimas yra platesnio doc. E. Kazlausko vadovaujamos traumų psichologijos tyrimų grupės mokslinio tyrimo dalis. Šiame darbe analizuojami longitudinalinio tyrimo duomenys, atlikto dviem etapais (2017 m. vasario – kovo mėn. ir 2018 m. vasario - kovo mėn.), kuriuose dalyvavo TLK-11 adaptacijos sutrikimo diagnostinius kriterijus atitinkantys tyrimo dalyviai (1 pav.). Longitudinalinio tyrimo dalyviai buvo atrinkti pagal tris kriterijus: (1) atitikimas TLK-11 adaptacijos sutrikimo diagnostiniams kriterijams T1 metu, (2) kontaktų pateikimas T1 metu (mobiliojo telefono numerio) bei (3) anketos pildymo data (T1 matavimas buvo atliktas prieš 12 mėnesių).

Pirmojo matavimo (T1) metu tyrime sutiko dalyvauti 83 respondentai, kurių amžius buvo nuo 18 iki 66 m. ($M = 37,15$, $SD = 12,55$). Didžioji dalis tiriamųjų buvo moterys (84,3 proc.) bei asmenys turintys aukštąjį išsilavinimą (48,2 proc.). 63,9 proc. tyrimo dalyvių buvo dirbantys, 75,9 proc. buvo iš miesto ir sudarė daugumą. Iš 83-jų tiriamųjų, 37 (44,6 proc.) lankėsi pas psichologą ar psichiatrą.



1 pav. Tyrimo dalyviai T1 ir T2 etapuose.

Praėjus vieneriems metams po T1 etapo, buvo siekiama susisiekti su visais T1 dalyviais kurie atitiko įtraukimo į studiją kriterijus. Iš 83-jų T1 etapo dalyvių esančių adaptacijos sutrikimo padidintos rizikos grupėje, antrajame matavime T2 sutiko dalyvauti 55 respondentai: 5 vyrai (9,1 proc.) ir 50 moterų (90,1 proc.). Demografiniai tiriamųjų duomenys pateikti pirmoje lentelėje (1 lentelė). Tyrimą tęsusių dalyvių (T2) amžius nuo 18 iki 60 metų ($M = 37,13$, $SD = 11,84$). Miestuose

gyveno 81,8 proc., kiti – kaimo vietovėse. Aukštąjį išsimokslinimą iš 55-ių buvo įgiję 30 (54,5 proc.) tiriamų asmenų. Pas psichologą ar psichiatrą lankėsi 23 (41,8 proc.) apklaustųjų.

Antrajame etape T2 iš tyrimo iškrito 28 dalyviai, kurių amžius nuo 18 iki 66 metų ($M = 37,19$, $SD = 14,13$). Šių dalyvių demografiniai duomenys pateikti pirmoje lentelėje (1 lentelė). Iš visų iškritusių dalyvių, nepavyko pasiekti 22-jų dalyvių, o 6 atsisakė dalyvauti T2 tyrime (1 pav.).

T1 etapo duomenys buvo gauti iš 2017-ais metais atlikto tyrimo, kurį vykdė Vilniaus universiteto mokslininkų grupė, vadovaujama doc. dr. Evaldo Kazlausko, įgyvendinant Lietuvos mokslo tarybos finansuotą mokslinių tyrimų projektą „Psychosocialinių veiksnių mediaciniai efektai stresinių ir trauminių patirčių psichologiniams padariniams socialinės psichotraumatologijos kontekste“ (SOCHI) (sut. Nr. MIP-006/2015).

1 lentelė. *Demografiniai tyrimo dalyvių duomenys ($N = 83$)*

<i>Demografinės charakteristikos</i>	T1 ($N = 83$)		T2 ($n = 55$)		T2 N ($n = 28$)	
	<i>n</i>	<i>proc.</i>	<i>n</i>	<i>proc.</i>	<i>n</i>	<i>proc.</i>
Lytis						
Vyrai	13	15,7	5	9,1	8	28,6
Moterys	70	84,3	50	90,9	20	71,4
Išsilavinimas						
Vidurinis/žemesnis	28	33,8	16	29,1	12	42,9
Aukštesnysis	9	10,8	5	9,1	4	14,3
Aukštasis	40	48,2	30	54,5	10	35,7
Studentas	6	7,2	4	7,3	2	7,1
Darbinė padėtis						
Dirba	53	63,9	40	72,7	13	46,4
Nedirba, ieško darbo	20	24,1	9	16,4	11	39,3
Nedirba, neieško darbo	10	12	6	10,9	4	14,3
Gyvenamoji vietovė*						
Miestas	63	75,9	45	81,8	18	64,3
Kaimas	20	24,1	10	18,2	10	35,7

Pastaba. T1 = pirmojo tyrimo etapo tyrimo dalyviai, T2 = antrojo tyrimo etapo dalyviai, T2 N = T2 etape nedalyvavę tyrimo dalyviai;

*Subjektyvus tyrimo dalyvių savo gyvenamosios vietos vertinimas.

2.2. Tyrimo instrumentai

Pirmojo matavimo (T1) metu dalyviams buvo pateikta informacija žodžiu ir raštu apie atliekamą tyrimą bei dalyvavimo tyrime informuoto sutikimo forma (Kazlauskas et al., 2018). Tyrimo dalyvių buvo prašoma atsakyti į klausimus apie demografinę informaciją: lytis, amžius, išsilavinimas, darbinė veikla, gyvenamoji vietovė (miestas ar kaimas), bei pažymėti ar lankosi pas psichologą/psichiatrą. Tam, kad tiriamieji būtų pasiekti po laiko intervalo, prašomas asmeninis telefono numeris. Tuomet pildomi su psichologine savijauta susiję klausimai. Longitudinio tyrimo T2 etape tiriamasis buvo prašomas dar kartą pildyti skalės antrą dalį bei atsakyti į papildomą klausimą apie patirtus stresorius praėjusių metų bėgyje.

T1 ir T2 matavimų metu buvo naudojama Adaptacijos sutrikimo naujo modelio trumpoji skalė (ADNM-8) (angl. *Brief Adjustment Disorder - New Module scale*) (Kazlauskas, Gegieckaite, Eimontas, et al., 2018). Sutrumpinta (ADNM-8) skalė yra ADNM-20 (Einsle et al., 2010) klausimyno, Lietuvos populiacijoje revizuota ir validuota versija. Lietuviškoji ADNM-8 skalė parengta pagal Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) rekomendacijas atnaujinamai Tarptautinės ligų klasifikacijos 11-ajai versijai (TLK-11) (WHO, 2018). Trumpąją ADNM-8 versiją sudaro dvi dalys: 17-os stresorių sąrašas ir 8 adaptacijos sutrikimo simptomus apibūdinantys teiginiai. Pirmoje dalyje išvardinti stresoriai yra dviejų rūšių: 7 ūmūs (pvz.: rimta avarija, artimojo mirtis, skyrybos) bei 9 lėtiniai (pvz.: konfliktai darbe, finansiniai sunkumai, konfliktai šeimoje). Stresorių sąrašė buvo galima pasirinkti: „Kita stresą sukėlusį gyvenimo situacija“. Žymimi stresoriai, su kuriais susidurta per pastaruosius du metus ir dėl kurių tiriamasis patyrė sunkumų paskutinių 6-ių mėnesių laiko tarpe. Antrą ADNM-8 skalės dalį sudaro 8 teiginiai sudarantys dvi subskales: (1) Įkyrių minčių (angl. *preoccupations*) ir (2) Prisitaikymo sunkumų (angl. *failure to adapt*). Kiekvienas teiginys yra vertinamas 4 balų skalėje, kur „niekada“ yra lygu 1, „retai“ = 2, „kartais“ = 3, „dažnai“ = 4. Bendras įvertis yra ADNM-8 skalėje pažymėtų atsakymų suma, o subskalių įverčiai apskaičiuojami sudėjus subskalei priklausančių teiginių balus. Slenkstinis įvertis adaptacijos sutrikimo padidintai rizikai, arba kitaip, stipriai išreikštiems simptomams, yra 23 balai ir daugiau (Zelviene et al., 2017). Trumpoji ADNM-8 skalė pasirinkta tikslingai, kadangi taip pat patikimai matuoja adaptacijos sutrikimo konstrukta (bendra Cronbacho $\alpha = 0,83$; (1) Įkyrių minčių subskalės Cronbacho $\alpha = 0,85$; (2) Prisitaikymo sunkumų subskalės Cronbacho $\alpha = 0,71$) (Kazlauskas, Gegieckaite, Eimontas, et al., 2018) kaip ir ilgesnioji versija (bendra Cronbacho $\alpha = 0,94$; 1-os subskalės Cronbacho $\alpha = 0,88$; 2-os subskalės Cronbacho $\alpha = 0,80$) (Lorenz, Bachem, & Maercker, 2016). T2 matavimo metu taip pat gautas aukštas ADNM-8 skalės bei jos subskalių vidinis suderinamumas, atitinkamai Cronbacho $\alpha = 0,85$, Įkyrių minčių subskalės Cronbacho $\alpha = 0,8$ bei Prisitaikymo sunkumų subskalės Cronbacho $\alpha = 0,7$.

2.3. Tyrimo eiga

Tyrimas buvo atliktas dviem etapais. Pirmajame longitudinalinio tyrimo **T1 etape** tiriamieji buvo surinkti iš psichikos sveikatos centrų, ambulatorinės psichikos sveikatos klinikų ir ligoninių, privačios klinikinių psichologų praktikos ir priklausomybės reabilitacijos centrų visoje Lietuvoje, 2017-ųjų metų vasario – kovo mėnesiais (Kazlauskas et al., 2018). Gavus pasirašytus dalyvių sutikimus dalyvauti tyrime, respondentai savarankiškai pildė anketas, gautas iš 20-ies bendradarbiaujančių klinikinių psichologų bei 3-jų supervizuojamų klinikinės psichologijos magistro studentų. Tiriamiesiems buvo pateiktas 17-os stresorių sąrašas, kuriame buvo žymimi stresą sukėlę pastarųjų metų įvykiai, šis sąrašas pildytas tik pirmajame tyrimo etape. Toliau buvo pildoma 8-ių teiginių ADN-8 skalė, kurioje vertinamos reakcijos į žymėtus stresorius per paskutines septynias dienas. Galiausiai pildyta sociodemografinė informacija bei kontaktinis telefonas.

T2 etape, 2018-aisiais metais, dalyvavo prieš metus ADN-8 T1 klausimyną užpildę ir savo asmeninio mobiliojo telefono numerį T1 pateikę respondentai, atitinkantys TLK-11 adaptacijos sutrikimo diagnostinius kriterijus. T2 etapo dalyviai skalę pildė žodžiu, struktūruoto telefoninio pokalbio metu. Rengiantis antram tyrimo etapui, kuriame dalyvavo darbo autorė, buvo kuriama aiškiai struktūruota tyrimo procedūra: (1) dokumentas su užkoduotais T1 etape tiriamųjų pateiktais duomenimis bei informacija apie pirmojo etapo tyrėją, (2) telefoninio pokalbio instrukcija, (3) skambučių registro dokumentas T2 duomenų rinkimui.

Pirma, buvo sukurtas dokumentas (1) su žymėtais tiriamųjų stresoriais, ADN-8 skalės įvėrdžiais, sociodemografiniais duomenimis bei kontaktiniu telefono numeriu ir T1 tyrėjo informacija (patikimumo užtikrinimui). Buvo sukurta sistema, kurios pagalba galima efektyviai rasti tiriamojo informaciją, kai jis bando paskambinti tyrėjui po praleisto skambučio. Dokumentas buvo tobulinamas atliekant bandomuosius bei tyrėjų apmokymo skambučius.

Kadangi T2 tyrimo dalyvius numatyta apklausti telefoninio pokalbio metu, buvo siekiama sukurti kuo sklandesnę apklausos procedūrą. Buvo sukurta telefoninio pokalbio instrukcija (2), kurioje išdėstyta informacija apie tęstinį tyrimą, pokalbio trukmę bei prašomas sutikimas dalyvauti tęstiniame tyrime. Tiriamajam davus sutikimą dalyvauti, jam buvo primenami prieš metus žymėti stresoriai ir prašoma juos įvertinti dabartinėje laiko perspektyvoje (per paskutines 7 dienas) 8-ių teiginių ADN-8 skalėje, kurią sužymi tyrėjas pokalbio metu. Po skalės užpildymo užduodamas kontrolinis klausimas ar tiriamasis patyrė papildomų jam reikšmingų stresorių per praėjusius metus, į kurį tyrimo dalyvis atsako „Taip“ arba „Ne“. Tiriamajam atsisakius dalyvauti tyrime, prašoma įvardinti priežastį, kuri taip pat buvo koduojama. Pokalbio instrukcija kurta konsultuojantis su darbo vadovu bei konsultante, kurie apmokė bei supervizavo po bandomųjų pokalbių.

Rengiantis tyrimui buvo sukurtas T2 duomenų kodavimui skirtas dokumentas su skambučių registru (3), kuriame fiksuojamas kiekvienas skambutis su data, tiriamojo atsaku, pastabomis. Buvo numatyta kiekvienam tiriamajam skambinti po tris kartus, skirtingu laiku, jei neatsiliepiama iš karto. Tyrimo apklausos procedūroje buvo numatyti skirtingi galimi pokalbio baigties atvejai: atsakymo iš karto, prašymo paskambinti dar kartą kitu metu, atsisakymo dalyvauti, signalo nebuvimo, užimtumo, skambučio atmetimo.

Kadangi buvo susisiekiama su adaptacijos sutrikimo padidintos rizikos grupėje esančiais asmenimis, pasiruošta suteikti informaciją apie psichologinės pagalbos galimybes. Paruošus aplinką skambučių registravimui: užtikrinta tylą ir pokalbių konfidencialumas, gautas laidinis telefonas su praleistų skambučių fiksavimo funkcija ir kompiuteris su reikiama duomenų failais bei sutikimas naudotis Filosofijos fakulteto patalpa. Tyrimo apklausa truko du mėnesius. Duomenų rinkimas T2 tyrimui buvo baigtas 2018-ųjų metų kovo pabaigoje, kai buvo susisiekiama su visais tiriamaisiais bent po 3 kartus, jei nepavyko pasiekti pirmais dviem skambučiais. Nepasiektiems tyrimo dalyviams buvo skambinta skirtingomis dienomis, skirtingu paros metu (ryte, dieną, vakare), kiekvienam po tris kartus, tačiau nepavykus susisiekti, tyrimas buvo sustabdytas pagal iš anksto numatytą tyrimo procedūrą. Tik 6 tiriamieji atsisakė dalyvauti tyrime dėl laiko bei noro stokos arba neįvardintų priežasčių. Toliau vyko surinktų popierinių anketų kodavimas į (3) duomenų failą.

Tyrime naudojami T2 etapo duomenys buvo surinkti darbo autorės.

2.4. Duomenų analizės metodai

Siekiant įvertinti adaptacijos sutrikimo kaitą per vienerius metus, buvo naudotas IBM SPSS Statistics 25 programinis paketas, kuriuo apskaičiuoti: duomenų aprašomoji statistika (vidurkiai, standartiniai nuokrypiai, procentai), patikimumas vidinio suderinamumo būdu (Cronbacho α koeficientai ADN-8 skalei bei subskalėms). Prieš atliekant duomenų analizę, buvo patikrintas skalių bei subskalių normalumas dėl tolimesnio kriterijų pasirinkimo. Šiame tyrime gautas normalus ADN-8 T1 ($p = 0,200$) ir ADN-8 T2 ($p = 0,200$) skalių įverčių bei Įkyrių minčių T2 ($p = 0,086$) ir Prisitaikymo sunkumų T2 ($p = 0,200$) subskalių įverčių pasiskirstymas, o Įkyrių minčių T1 ($p = 0,002$) ir Prisitaikymo sunkumų T1 ($p = 0,006$) subskalių įverčiams normalus pasiskirstymas nebuvo gautas. Tyrime naudoti šie kriterijai: Student t-testas (nepriklausomoms ir priklausomoms imtims), Pearson koreliacijos koeficientas, dalinė koreliacija ir Cohen d efekto dydis. Chi kvadrato homogeniškumo kriterijus naudotas tikrinant, kaip siejasi likimas adaptacijos sutrikimo padidintos rizikos grupėje T2 matavime ir per metus patirtas papildomas stresorius. Student t-testas porinėms imtims naudotas ADN-8 T1 ir T2 skalės įverčių palyginimui, o neporinėms imtims ADN-8 T2 skalės įverčio ir per metus patirto papildomo stresoriaus palyginimui bei skirtingų rūšių stresorių ryši su lankymusi pas psichologą ar psichiatrą. Pearson koreliacijos koeficientu ieškota ryšių tarp bendro ir skirtingų rūšių stresorių skaičiaus, ADN-8 skalės bei subskalių įverčių. Dalinė koreliacija naudota ryšių tarp pirmojo ir antrojo matavimų skalių bei subskalių paieškai, kontroliuojant per metus patirtus papildomus stresorius.

3. REZULTATAI

3.1. Stresorių pasiskirstymas klinikinėje imtyje

Pirmiausia buvo siekta išsiaiškinti, koks stresorių pasiskirstymas imtyje bei ar yra skirtumų tarp dalyvavimą longitudinaliniame tyrime tęsusių dalyvių grupės ir iškritusių dalyvių grupės T2 N, į kurią įėjo atsisakę dalyvauti bei nepasiekti po 3-jų skambučių asmenys. Klinikinės imties tiriamųjų patirtų stresorių sąrašas pateiktas 2-oje lentelėje (2 lentelė).

2 lentelė. *Stresorių pasiskirstymas iš T2 iškritusių dalyvių bei sutikusių dalyvauti T2 ir skirtumų tarp grupių palyginimas (N = 83)*

ADNM-8 stresorių sąrašas	T2 N (n = 28)		T2 (n = 55)		Skirtumai tarp grupių	
	n	%	n	%	χ^2	p
Ūmūs stresoriai	30	107,1	49	89,1	0,48	0,488
Skyrybos/išsiskyrimas	4	14,3	9	16,4	0,06	0,805
Artimojo mirtis	7	25,0	12	21,8	0,11	0,744
Prisitaikymas prie išėjimo į pensiją	-	-	2	3,6	1,04	0,547*
Persikraustymas	6	21,4	9	16,4	0,32	0,571
Rimta avarija	3	10,7	3	5,5	0,77	0,400*
Nutrūkusi laisvalaikio veikla	8	28,6	12	21,8	0,46	0,496
Užpuolimas/ nusikaltimas	2	7,1	2	3,6	0,50	0,600*
Lėtiniai stresoriai	79	282,1	165	300,0	0,52	0,473
Konfliktai šeimoje	11	39,3	24	43,6	0,14	0,704
Konfliktai darbe	10	35,7	20	36,4	0,00	0,954
Konfliktai su kaimynais	1	3,6	8	14,5	2,31	0,261*
Artimojo liga/slauga	10	35,7	21	38,2	0,05	0,826
Bedarbystė	7	25,0	10	18,2	0,53	0,467
Per daug/per mažai darbo	9	32,1	21	38,2	0,29	0,588
Sunkumai dėl riboto laiko/terminų spaudimo	9	33,1	17	30,9	0,01	0,909
Finansiniai sunkumai	13	46,4	22	40,0	0,31	0,575
Paties sunki liga	9	32,1	12	21,8	1,05	0,306
Kita stresą sukėlusio gyvenimo situacija	8	28,6	18	32,7	0,15	0,700

Pastaba. * Naudotas Fisher testo koeficiento reikšmingumas, kai stresorių skaičius grupėje < 6.

Tarp iškritusių ir neiškritusių iš T2 dalyvių grupių žymėtų stresorių, statistiškai reikšmingų skirtumų, taikant Chi kvadratą, rasta nebuvo. Dažniausiai žymėti stresoriai – konfliktai šeimoje (43,6 proc.) ir darbe (36,4 proc.), artimojo ligos/slauga (38,2 proc.), per daug arba per mažai darbo (38,2 proc.) bei finansiniai sunkumai (40,0 proc.). Lėtiniai stresoriai tarp tyrimo dalyvių buvo pasirinkti daugiau nei tris kartus dažniau ($n = 165$) nei ūmūs stresoriai ($n = 49$).

3.2. Adaptacijos sutrikimo kaita per vienerius metus

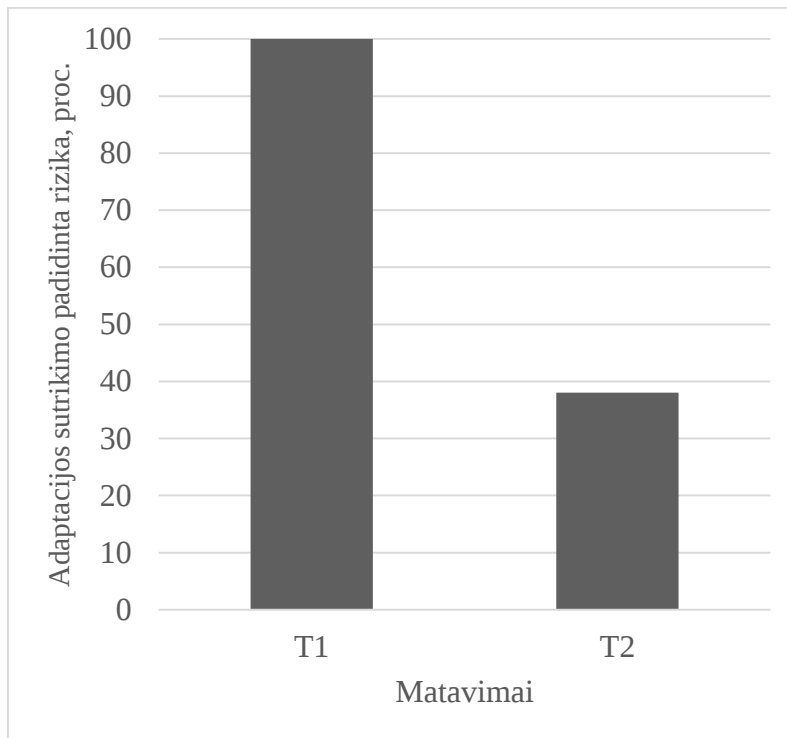
Toliau buvo analizuojama adaptacijos sutrikimo kaita po vienerių metų. Lentelėje (3 lentelė) pateikti ADNM-8 skalės bei Įkyrių minčių ir Prisitaikymo sunkumų subskalių įverčių vidurkių palyginimai, pritaikius porinį Student t-testą. ADNM-8 T1 skalės įvertis ($M = 26,75$, $SD = 2,52$) reikšmingai sumažėjo lyginant su ADNM-8 T2 įverčiu ($M = 20,85$, $SD = 5,67$), kaip ir Įkyrių minčių subskalės T1 įvertis ($M = 13,78$, $SD = 1,55$) lyginant su Įkyrių minčių subskale T2 ($M = 11,25$, $SD = 3,10$) bei Prisitaikymo sunkumų subskalę T1 ($M = 12,96$, $SD = 1,67$) lyginant su Prisitaikymo sunkumų subskale T2 ($M = 9,60$, $SD = 3,05$). Antrojo matavimo įverčiai buvo statistiškai reikšmingai mažesni po vienerių metų ($p < 0,05$). Pirmojo ir antrojo matavimų skirtumo efekto dydžiui pamatuoti naudota Cohen d , kur 0,5 yra vidutinis, o nuo 0,8 didelis efekto dydis (Cohen, 1988). Tarp pirmojo ir antrojo skalės bei subskalių matavimų, efekto dydis siekė didelį ($d \geq 0,8$). Atlikus adaptacijos sutrikimo reakcijų pokyčių analizę, toliau buvo nagrinėjama, kaip keitėsi adaptacijos sutrikimo padidintos rizikos grupėje esančių asmenų skaičius bei su kuo tai buvo susiję.

3 lentelė. ADNM-8 skalės bei subskalių vidurkių palyginimas T1 ir T2 matavimuose ($N = 55$).

	T1 ($n = 55$)	T2 ($n = 55$)			
	$M (SD)$	$M (SD)$	t	df	d
ADNM-8	26,75 (2,52)	20,85 (5,67)	7,40*	54	1
ADNM-ĮM	13,78 (1,55)	11,25 (3,10)	5,86*	54	0,79
ADNM-PS	12,96 (1,67)	9,60 (3,05)	7,20*	54	0,97

Pastaba. M = vidurkis, SD = standartiniai nuokrypiai, d = Cohen d efekto dydis. ADNM-8 = Adaptacijos sutrikimo naujo modulio skalė; ADNM-ĮM = ADNM-8 Įkyrių minčių subskalė; ADNM-PS = ADNM-8 Prisitaikymo sunkumų subskalė.
* $p \leq 0,05$.

Toliau siekta išsiaiškinti, kaip keitėsi adaptacijos sutrikimo simptomai antrajame etape. Padidintą adaptacijos sutrikimo riziką turėjo tie asmenys, kurių ADN-8 bendras įvertinimas T2 buvo ≥ 23 . Adaptacijos sutrikimo padidintą riziką 2017 m. turėjo 55 (100 proc.) tyrimo dalyviai, o po vienerių metų (T2) adaptacijos sutrikimo padidintos rizikos grupėje tebebuvo 21 (38 proc.), 34 (62 proc.) nebesiekė adaptacijos sutrikimo rizikos grupės kriterijaus (2 pav.). Praėjus vienerių metų laiko tarpui, adaptacijos sutrikimo rizikos grupėje liko 38 proc. asmenų.



2 pav. Adaptacijos sutrikimo padidintos rizikos grupės asmenų skaičiaus pokytis per vienerius metus

Antrajame etape, asmenų su stipriai išreikštais adaptacijos sutrikimo simptomais ADN-8 skalės bendras vidurkinis įvertis ($M = 26,62$, $SD = 3,02$) statistiškai reikšmingai viršijo nelaikomų adaptacijos sutrikimo rizikos grupėje asmenų bendrą skalės vidurkinį įvertį ($M = 17,29$, $SD = 3,60$), ($t = 9,90$, $df = 53$, $p < 0,01$).

3.3. Papildomo stresoriaus ryšys su adaptacijos sutrikimu

Nepriklausomų imčių Student t-testas naudotas išsiaiškinti, kokį poveikį tyrimo dalyviams turėjo papildomų stresorių per vienerius metus patyrimas. Nepatyrusių papildomų stresorių ($n = 22$) ADN-8 skalės ($M = 17,81$, $SD = 5,17$) ir Įkyrių minčių ($M = 9,86$, $SD = 3,01$) bei Prisitaikymo sunkumų ($M = 7,95$, $SD = 2,57$) subskalių įvertiniai antrojo etapo (T2) matavime buvo statistiškai reikšmingai mažesni, negu tų, kurie patyrė ($n = 33$) (atitinkamai: $M = 22,88$, $SD = 5,12$; $M = 12,18$, $SD = 2,84$; $M = 10,70$, $SD = 2,87$) (4 lentelė). Kiti rezultatai reikšmingi nebuvo. Pritaikius Chi kvadratą, gauta, kad antrojo matavimo metu padidintą adaptacijos sutrikimo riziką turėjo statistiškai reikšmingai daugiau tų, kurie patyrė papildomų stresorių (51,5 proc.), negu nepatyrusių papildomų stresorių (18,2 proc.) ($\chi^2 = 6,21$, $df = 1$, $p = 0,013$).

4 lentelė. Patyrusių ir nepatyrusių papildomų reikšmingų stresorių per metus (T2) matavime, ADN-8 skalės ir Įkyrių minčių bei Prisitaikymo sunkumų subskalių T1 ir T2, bendro stresorių skaičiaus bei ūmių ir lėtinių stresorių grupių, vidurkių palyginimas ($N = 55$)

	Patyrė ($n = 33$)	Nepatyrė ($n = 22$)	t	df
	$M (SD)$	$M (SD)$		
ADNM-8 T1	26,58 (2,57)	27,00 (2,47)	2,14	53
ADNM-ĮM T1	13,58 (1,64)	14,09 (1,38)	-1,21	53
ADNM-PS T1	13,00 (1,48)	12,91 (1,95)	0,20	53
ADNM-8 T2	22,88 (5,12)	17,81 (5,17)	3,58*	53
ADNM-ĮM T2	12,18 (2,84)	9,86 (3,01)	2,86*	43,33
ADNM-PS T2	10,70 (2,87)	7,95 (2,57)	3,62*	53
ADNM-S	4,33 (2,33)	3,91 (2,37)	0,66	53
ADNM-S ŪS	0,76 (0,87)	1,09 (1,06)	-1,27	53
ADNM-S LS	3,39 (1,78)	2,77 (1,69)	1,29	53

Pastaba. ADN-8 T1 = Adaptacijos sutrikimo naujo modulio skalė pirmajame matavime; ADN-ĮM T1 = ADN-8 Įkyrių minčių subskalė pirmajame matavime; ADN-PS T1 = ADN-8 Prisitaikymo sunkumų subskalė pirmajame matavime; ADN-8 T2 = Adaptacijos sutrikimo naujo modulio skalė antrajame matavime; ADN-ĮM T2 = ADN-8 Įkyrių minčių subskalė antrajame matavime; ADN-PS T2 = ADN-8 Prisitaikymo sunkumų subskalė antrajame matavime.

* $p < 0,05$.

3.4. ADN-8 skalės, subskalės, stresorių tarpusavio ryšiai

Toliau buvo analizuojama T1 ir T2 matavimų, skalių, subskalės ir stresorių grupių ryšys. Šiam uždaviniui įgyvendinti naudota Pearson koreliacija, gauti rezultatai pateikti 5-oje lentelėje. Rastas teigiamas ryšys tarp pirmojo matavimo skalės ir jos subskalės ($r = 0,765$, $r = 0,801$), antrojo matavimo skalės ir jos subskalės ($r = 0,924$, $r = 0,921$) bei bendro stresorių skaičiaus, su ūmių ($r = 0,590$) ir lėtinių ($r = 0,916$) stresorių skaičiumi (5 lentelė). Įkyrių minčių subskalė teigiamai susijusi su Prisitaikymo sunkumų subskale buvo tik antrajame matavime ($r = 0,702$), o pirmojo matavimo Įkyrių minčių subskalė teigiamai susijusi su ūmių stresorių grupe ($r = 0,296$). Su ūmiais stresoriais, pirmojo etapo adaptacijos sutrikimo Įkyrių minčių subskalė turėjo reikšmingai stipresnį ryšį ($r = 0,296$) nei su lėtiniais stresoriais ($r = 0,032$) ar bendru stresorių skaičiumi ($r = 0,159$). Tarp pirmojo ir antrojo matavimo ADN-8 skalės ir subskalės statistiškai reikšmingų ryšių rasta nebuvo.

5 lentelė. ADN-8 skalės ir Įkyrių minčių bei Prisitaikymo sunkumų subskalės T1 ir T2 matavimų, bendro stresorių skaičiaus bei ūmių ir lėtinių stresorių grupių koreliacijos tarpusavyje ($N = 55$)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 ADN-8 T1	-								
2 ADN-ĮM T1	0,765**	-							
3 ADN-PS T1	0,801**	0,227	-						
4 ADN-8 T2	0,130	0,081	0,121	-					
5 ADN-ĮM T2	0,257	0,272	0,213	0,924**	-				
6 ADN-PS T2	-0,021	0,189	0,008	0,921**	0,702**	-			
7 ADN-S	0,114	0,159	0,025	0,107	0,199	0,025	-		
8 ADN-S ŪS	0,227	0,296*	0,067	-0,003	0,053	0,067	0,590**	-	
9 ADN-S LS	0,013	0,032	-0,011	0,123	0,224	-0,011	0,916**	0,241	-

Pastaba. ADN-8 T1 = Adaptacijos sutrikimo naujo modulio skalė pirmajame matavime; ADN-ĮM T1 = ADN-8 Įkyrių minčių subskalė pirmajame matavime; ADN-PS T1 = ADN-8 Prisitaikymo sunkumų subskalė pirmajame matavime; ADN-8 T2 = Adaptacijos sutrikimo naujo modulio skalė antrajame matavime; ADN-ĮM T2 = ADN-8 Įkyrių minčių subskalė antrajame matavime; ADN-PS T2 = ADN-8 Prisitaikymo sunkumų subskalė antrajame matavime; ADN-S = ADN-8 bendras žymėtų stresorių skaičius; ADN-S ŪS = ADN-S ūmių stresorių skaičius; ADN-S LS = ADN-S lėtinių stresorių skaičius.

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

Dalinė koreliacija buvo naudota norit patikrinti ryšius tarp ADN-8 skalių bei jų subskalių T1 ir T2 matavimuose, kontroliuojant pagal patirtus papildomus stresorius. 6-oje lentelėje pateikti gauti rezultatai. Rastas reikšmingas teigiamas ryšys tarp Įkyrių minčių T2 subskalės ir ADN-8 T1 skalės ($r = 0,311$) bei Įkyrių minčių T1 subskalės ($r = 0,272$) (6 lentelė). Pirmojo matavimo ADN-8 skalė teigiamai koreliavo su pirmojo matavimo Įkyrių minčių ($r = 0,764$) bei Prisitaikymo sunkumų ($r = 0,806$) subskalėmis, o antrojo matavimo ADN-8 skalė buvo susijusi stipriais teigiamais ryšiais su antrojo matavimo Įkyrių minčių ($r = 0,913$) ir Prisitaikymo sunkumu ($r = 0,902$) subskalėmis. Antrojo matavimo Įkyrių minčių ir Prisitaikymo sunkumų subskalės statistiškai reikšmingai koreliavo tarpusavyje ($r = 0,646$), pirmojo matavimo metu reikšmingo ryšio tarp subskalių gauta nebuvo.

6 lentelė. ADN-8 skalės ir Įkyrių minčių bei Prisitaikymo sunkumų subskalių T1 ir T2 matavimų dalinės koreliacijos tarpusavyje, kai kontroliuojama pagal patirtus per metus papildomus stresorius ($N = 55$)

	1	2	3	4	5	6
1 ADN-8 T1	-					
2 ADN-ĮM T1	0,764*	-				
3 ADN-PS T1	0,806*	0,234	-			
4 ADN-8 T2	0,186	0,173	0,121	-		
5 ADN-ĮM T2	0,311*	0,272*	0,219	0,913*	-	
6 ADN-PS T2	0,018	0,035	-0,004	0,902*	0,646*	-

Pastaba. ADN-8 T1 = Adaptacijos sutrikimo naujo modulio skalė pirmajame matavime; ADN-ĮM T1 = ADN-8 Įkyrių minčių subskalė pirmajame matavime; ADN-PS T1 = ADN-8 Prisitaikymo sunkumų subskalė pirmajame matavime; ADN-8 T2 = Adaptacijos sutrikimo naujo modulio skalė antrajame matavime; ADN-ĮM T2 = ADN-8 Įkyrių minčių subskalė antrajame matavime; ADN-PS T2 = ADN-8 Prisitaikymo sunkumų subskalė antrajame matavime.

* $p < 0,05$.

3.5. Specifiniai kintamieji susiję su adaptacijos sutrikimu

Kadangi reikšmingų skirtumų tarp iškritusių bei neiškritusių iš tyrimo dalyvių rasta nebuvo, statistinėms analizėms su specifiniais kintamaisiais pasirinkta imtis, kuri sutiko dalyvauti T1 ir T2. Pirma buvo atlikta kiekvieno stresinio įvykio analizė taikant nepriklausomų imčių Student t-testą skirtingoms stresorių grupėms, T1 ir T2 matavimų ADN-8 skalėms bei subskalėms.

Skyrybas patyrę tiriamieji turėjo statistiškai reikšmingai aukštesnius ADN-8 T1 skalės ($M = 28,33$, $SD = 3,00$) ir Prisitaikymo sunkumų subskalės T1 įverčius ($M = 14,00$, $SD = 1,87$) nei nepatyrę skyrybų, kurių ADN-8 skalės T1 ($M = 26,43$, $SD = 2,33$), Prisitaikymo sunkumų subskalės T1 $M = (12,76$, $SD = 1,57)$ įverčiai buvo žemesni (7 lentelė). Taip pat patyrę skyrybas žymėjo statistiškai reikšmingai daugiau ūmių stresorių ($M = 2,11$, $SD = 0,78$) nei nepatyrę skyrybų ($M = 0,65$, $SD = 0,79$). Kiti gauti rezultatai nebuvo statistiškai reikšmingi.

7 lentelė. Patyrusių ir nepatyrusių skyrybas (T1), ADN-8 skalės ir Įkyrių minčių bei Prisitaikymo sunkumų subskalių T1 ir T2, bendro stresorių skaičiaus bei ūmių ir lėtinių stresorių grupių, vidurkių palyginimas ($N = 55$)

	Patyrė ($n = 9$)	Nepatyrė ($n = 46$)		
	$M (SD)$	$M (SD)$	t	df
ADN-8 T1	28,33 (3,00)	26,43 (2,33)	2,14*	53
ADN-ĮM T1	14,33 (1,50)	13,67 (1,55)	1,17	53
ADN-PS T1	14,00 (1,87)	12,76 (1,57)	2,10*	53
ADN-8 T2	21,11 (6,29)	20,80 (5,62)	-0,17	53
ADN-ĮM T2	11,67 (3,57)	11,17 (3,04)	0,43	53
ADN-PS T2	9,44 (3,09)	9,63 (3,07)	0,15	53
ADN-S	5,44 (2,40)	3,91 (2,26)	1,84	53
ADN-S ŪS	2,11 (0,78)	0,65 (0,79)	5,05*	53
ADN-S LS	3,33 (2,06)	3,11 (1,72)	0,35	53

Pastaba. M – vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai. ADN-8 T1 = Adaptacijos sutrikimo naujo modulio skalė pirmajame matavime; ADN-ĮM T1 = ADN-8 Įkyrių minčių subskalė pirmajame matavime; ADN-PS T1 = ADN-8 Prisitaikymo sunkumų subskalė pirmajame matavime; ADN-8 T2 = Adaptacijos sutrikimo naujo modulio skalė antrajame matavime; ADN-ĮM T2 = ADN-8 Įkyrių minčių subskalė antrajame matavime; ADN-PS T2 = ADN-8 Prisitaikymo sunkumų subskalė antrajame matavime; ADN-S = ADN-8 bendras žymėtų stresorių skaičius; ADN-S ŪS = ADN-S ūmių stresorių skaičius; ADN-S LS = ADN-S lėtinių stresorių skaičius.

* $p < 0,05$

Bedarbystę patyrę asmenys pasižymėjo aukštesniais Įkyrių minčių subskalės įverčiais ($M = 13,10$, $SD = 2,88$) antrajame tyrimo etape, negu nepatyrę šio stresoriaus tiriamieji ($M = 10,84$, $SD = 3,03$) (8 lentelė). Bedarbystę patyrę tiriamieji taip pat žymėjo daugiau stresorių ($M = 6,20$, $SD = 1,99$), tiek ūmių ($M = 1,50$, $SD = 1,08$), tiek lėtinių ($M = 4,50$, $SD = 1,27$) nei nepatyrę bedarbystės, kurių bendras stresorių skaičius ($M = 3,71$, $SD = 2,17$), ūmių ($M = 0,76$, $SD = 0,88$) ir lėtinių ($M = 2,84$, $SD = 1,72$) stresorių skaičiai buvo žymėti rečiau.

8 lentelė. Patyrusių ir nepatyrusių bedarbystės (T1), ADN-8 skalės ir Įkyrių minčių bei Prisitaikymo sunkumų subskalių T1 ir T2, bendro stresorių skaičiaus bei ūmių ir lėtinių stresorių grupių, vidurkių palyginimas ($N = 55$)

	Patyrė ($n = 10$)	Nepatyrė ($n = 45$)	t	df
	$M (SD)$	$M (SD)$		
ADNM-8 T1	27,50 (2,80)	26,58 (2,45)	2,14	53
ADNM-ĮM T1	14,50 (1,51)	13,62 (1,53)	1,65	53
ADNM-PS T1	13,00 (1,83)	12,96 (1,65)	0,08	53
ADNM-8 T2	23,90 (5,51)	20,18 (5,54)	1,92	53
ADNM-ĮM T2	13,10 (2,88)	10,84 (3,03)	2,15*	53
ADNM-PS T2	10,80 (3,05)	9,33 (3,02)	1,39	53
ADNM-S	6,20 (1,99)	3,71 (2,17)	3,33*	53
ADNM-S ŪS	1,50 (1,08)	0,76 (0,88)	2,32*	53
ADNM-S LS	4,50 (1,27)	2,84 (1,72)	2,87*	53

Pastaba. M – vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai. ADN-8 T1 = Adaptacijos sutrikimo naujo modulio skalė pirmajame matavime; ADN-8 ĮM T1 = ADN-8 Įkyrių minčių subskalė pirmajame matavime; ADN-8 PS T1 = ADN-8 Prisitaikymo sunkumų subskalė pirmajame matavime; ADN-8 T2 = Adaptacijos sutrikimo naujo modulio skalė antrajame matavime; ADN-8 ĮM T2 = ADN-8 Įkyrių minčių subskalė antrajame matavime; ADN-8 PS T2 = ADN-8 Prisitaikymo sunkumų subskalė antrajame matavime; ADN-S = ADN-8 bendras žymėtų stresorių skaičius; ADN-S ŪS = ADN-S ūmių stresorių skaičius; ADN-S LS = ADN-S lėtinių stresorių skaičius.

* $p < 0,05$

Toliau buvo analizuojama psichikos sveikatos specialisto ir adaptacijos sutrikimo padidintos rizikos grupėje esančių asmenų, skalių ir subskalių įverčiai bei stresorių skaičius. Pritaikius Chi kvadratą, gauta, kad tarp patyrusių papildomų stresorių, statistiškai reikšmingai daugiau buvo tų, kurie nesilanko pas psichologą ar psichiatrą (71,0 proc.), nei tų kurie lankosi pas psichologą ar psichiatrą (43,5 proc.) ($\chi^2 = 4,13$, $df = 1$, $p = 0,042$). Student t-testas nepriklausomoms imtims parodė, kad pas psichikos sveikatos specialistus lankęsi asmenys žymėjo daugiau ūmių stresorių ($M = 1,20$, $SD = 1,00$) nei nesilankę pas specialistus ($M = 0,60$, $SD = 0,90$) (9 lentelė). Kiti kintamieji reikšmingi nebuvo.

9 lentelė. *Tiriamųjų, kurie lankėsi arba nesilankė pas psichologą/psichiatrą, ADN-8 skalės ir Įkyrių minčių bei Prisitaikymo sunkumų subskalių T1 ir T2, bendro stresorių skaičiaus bei ūmių ir lėtinių stresorių grupių, vidurkių palyginimas (N = 55)*

	Lankė (n = 23)	Nelankė (n = 31)		
	M (SD)	M (SD)	t	df
ADNM-8 T1	26,78 (2,91)	26,71 (2,28)	0,10	52
ADNM-ĮM T1	13,87 (1,63)	13,71 (1,53)	0,37	52
ADNM-PS T1	12,91 (2,00)	13,00 (1,44)	-0,18	52
ADNM-8 T2	20,65 (6,75)	21,00 (4,95)	-0,22	38,59
ADNM-ĮM T2	10,91 (3,65)	11,52 (2,72)	-0,67	38,96
ADNM-PS T2	9,74 (3,53)	9,48 (2,74)	0,30	52
ADNM-S	4,26 (2,30)	4,10 (2,43)	0,25	52
ADNM-S ŪS	1,22 (1,00)	0,65 (0,88)	2,24*	52
ADNM-S LS	3,00 (1,60)	3,26 (1,91)	-0,53	52

Pastaba. M – vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai. ADN-8 T1 = Adaptacijos sutrikimo naujo modulio skalė pirmajame matavime; ADN-ĮM T1 = ADN-8 Įkyrių minčių subskalė pirmajame matavime; ADN-PS T1 = ADN-8 Prisitaikymo sunkumų subskalė pirmajame matavime; ADN-8 T2 = Adaptacijos sutrikimo naujo modulio skalė antrajame matavime; ADN-ĮM T2 = ADN-8 Įkyrių minčių subskalė antrajame matavime; ADN-PS T2 = ADN-8 Prisitaikymo sunkumų subskalė antrajame matavime; ADN-S = ADN-8 bendras žymėtų stresorių skaičius; ADN-S ŪS = ADN-S ūmių stresorių skaičius; ADN-S LS = ADN-S lėtinių stresorių skaičius.

* $p < 0,05$

Galiausiai buvo tikrinamas demografinių rodiklių ryšys su adaptacijos sutrikimu. Taikant nepriklausomų imčių Student t-testą, iš visų demografinių duomenų (lyties, gyvenamosios vietos, amžiaus, darbinės padėties), reikšmingas buvo tik aukštojo išsilavinimo rodiklis. Aukštojo išsilavinimo turėjimas ar siekimas šiame tyrime buvo reikšmingai susijęs su žemesniais pirmojo etapo adaptacijos sutrikimo skalės ($M = 26,18$, $SD = 2,53$), Įkyrių minčių subskalės ($M = 13,44$, $SD = 1,44$) įverčiais bei mažesniu ūmių ($M = 0,62$, $SD = 0,74$) ir bendro stresorių skaičiaus ($M = 3,68$, $SD = 2,18$) įvardijimu negu tarp aukštojo išsilavinimo neturinčių ir nesiekiančių žmonių, kurių ADN-8 T1 ($M = 27,67$, $SD = 2,27$), Įkyrių minčių subskalės T1 įverčiai ($M = 14,33$, $SD = 1,59$), bendras stresorių skaičius ($M = 4,95$, $SD = 2,40$) ir ūmių stresorių grupės skaičius ($M = 1,33$, $SD = 1,11$) buvo statistiškai reikšmingai aukštesni (10 lentelė).

10 lentelė. *Aukštąjį išsilavinimą turinčių (ar siekiančių) bei neturinčių (ir nesiekiančių) tiriamųjų, ADN-8 skalės ir Įkyrių minčių bei Prisitaikymo sunkumų subskalių T1 ir T2, bendro stresorių skaičiaus bei ūmių ir lėtinių stresorių grupių, vidurkių palyginimas ($N = 55$)*

	Aukštasis ($n = 34$)	Neaukštasis ($n = 21$)		
	$M (SD)$	$M (SD)$	t	df
ADNM-8 T1	26,18 (2,53)	27,67 (2,27)	-2,21*	53
ADNM-ĮM T1	13,44 (1,44)	14,33 (1,59)	-2,15*	53
ADNM-PS T1	12,74 (1,59)	13,33 (1,73)	-1,30	53
ADNM-8 T2	21,50 (5,23)	19,81 (6,32)	1,08	53
ADNM-ĮM T2	11,47 (2,81)	10,90 (3,58)	0,65	53
ADNM-PS T2	10,03 (2,92)	8,90 (3,19)	1,34	53
ADNM-S	3,68 (2,18)	4,95 (2,40)	-2,03*	53
ADNM-S ŪS	0,62 (0,74)	1,33 (1,11)	-2,62*	31,03
ADNM-S LS	2,94 (1,72)	3,48 (1,81)	-1,10	53

Pastaba. M – vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai. ADN-8 T1 = Adaptacijos sutrikimo naujo modulio skalė pirmajame matavime; ADN-8 ĮM T1 = ADN-8 Įkyrių minčių subskalė pirmajame matavime; ADN-8 PS T1 = ADN-8 Prisitaikymo sunkumų subskalė pirmajame matavime; ADN-8 T2 = Adaptacijos sutrikimo naujo modulio skalė antrajame matavime; ADN-8 ĮM T2 = ADN-8 Įkyrių minčių subskalė antrajame matavime; ADN-8 PS T2 = ADN-8 Prisitaikymo sunkumų subskalė antrajame matavime; ADN-S = ADN-8 bendras žymėtų stresorių skaičius; ADN-S ŪS = ADN-S ūmių stresorių skaičius; ADN-S LS = ADN-S lėtinių stresorių skaičius.

* $p < 0,05$

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Bakalauro darbo tyrimas atliktas dviem etapais su vienerių metų intervalu, kuriame dalyvavo stipriai išreikštus adaptacijos sutrikimo simptomus turintys bei įvairius stresorius patyrę asmenys. Šis tyrimas yra vienas iš nedaugelio longitudinalinių tyrimų, kurie tikrintų, kaip kinta klinikinės imties adaptacijos sutrikimo diagnozė po laiko intervalo (Kazlauskas et al., 2017). Atlikta analizė, kaip keitėsi adaptacijos sutrikimo simptomai, parodė, kad didesnė dalis tiriamųjų po vienerių metų patyrė PSO atnaujinamoje klasifikacijoje minimą pagerėjimą po 6-ųjų mėnesių (WHO, 2018). Šiame tyrime po vienerių metų adaptacijos sutrikimo reakcijos reikšmingai sumažėjo 62-iems proc. tiriamųjų, o adaptacijos sutrikimo simptomų išreikštumas ženkliai sumažėjo. Panašūs rezultatai buvo gauti ir šiuo metu vieninteliame longitudinaliniame tyrime, kuris rėmėsi atnaujintais TLK-11 kriterijais adaptacijos sutrikimui (Lorenz, Perkonig, & Maercker, 2018a). Visgi, ne visų tiriamųjų adaptacijos sutrikimo sunkumai reikšmingai sumažėjo ir tai siejosi su papildomais stresoriais, su kuriais buvo susidurta vienerių metų bėgyje. Kadangi tiriamųjų imtį sudarė tik padidintos rizikos grupėje esantys asmenys, pirmojo matavimo metu žymėtų stresorių skaičius nebuvo susijęs su stipriau išreikštais adaptacijos sutrikimo simptomais. Šioje imtyje pasirodė, kad svarbūs yra žmogaus kontekstas (jo išsilavinimo lygis) bei stresorių specifiškumas. Toliau bus išsamiau pristatyti šiame tyrime gauti rezultatai, kitų tyrimų kontekste.

4.1. Stresorių pasiskirstymas klinikinėje imtyje

Pirmajame tyrimo etape tiriamieji žymėjo per pastaruosius metus juos ištikusius gyvenimo sunkumus tam, kad paaiškėtų, su kokiais sunkumais daugiausiai susiduria žmonės esantys padidintoje adaptacijos sutrikimo rizikos grupėje. Tarp iškritusių iš tyrimo dalyvių ir tiriamosios grupės žymėtų stresorių reikšmingų skirtumų rasta nebuvo, kitų (demografinių ar skalių bei subskalių vertinimuose) reikšmingų skirtumų taip pat nerasta, tad buvo galima atlikti tolimesnes analizes, kurios patikimai atspindėtų visos šio tyrimo rėmuose esančios klinikinės imties rezultatus. Tarp dažniausiai pasirinktų buvo lėtiniai stresoriai: konfliktai šeimoje (43,6 proc.) ir darbe (36,4 proc.), artimojo liga ar slauga (38,2 proc.), per daug ar per mažai darbo (38,2 proc.) bei finansiniai sunkumai (40,0 proc.). Lietuvos populiacijoje atliktame adaptacijos sutrikimo struktūrą ir rizikos veiksnius nagrinėjusiame tyrime buvo gautas toks dažniausiai žymėtų stresorių pasiskirstymas: konfliktai šeimoje (20,4 proc.), artimojo liga (22,5 proc.), per daug ar per mažai darbo (24,7 proc.) ir finansiniai sunkumai (29,1 proc.) (Želvienė, 2017). Klinikinės tiriamųjų imties stresinės patirtys atspindi ir bendroje Lietuvos populiacijos statistikoje, tik adaptacijos sutrikimo rizikos grupės asmenų imtyje, didesnė dalis susidūrė su minėtais stresoriais. Pažvelgus į Europoje atliktus tyrimus, tarp psichosomatinių ligonių

paties sunki liga (43,0 proc.), finansinės problemos (32,6 proc.), sunkumai dėl riboto laiko (25,6 proc.) ir konfliktai šeimoje (24,4 proc.) buvo dažniausi (Einsle et al., 2010), Šveicarijoje tarp neseniai atleistų iš darbo žmonių dažniausiai žymimų stresorių vėlgi finansiniai sunkumai (34,3 proc.), konfliktai šeimoje (34,3 proc.), konfliktai darbe (20,1 proc.) (Lorenz, Perkonigg, & Maercker, 2018b), o Vokietijos bendroje populiacijoje artimojo mirtis (14,77 proc.), finansiniai sunkumai (10,27 proc.), konfliktai šeimoje (7,21 proc.), per daug ar per mažai darbo (9,91 proc.), artimojo liga ar slauga (6,93 proc.) (Maercker et al., 2012). Tyrimuose varijuojantys dažniausiai patiriami stresoriai pernelyg nesiskyrė, tačiau juos patiriančių žmonių kiekis buvo skirtingas. Bendrą populiacijų tyrimuose yra šiek tiek mažesnė su reikšmingais gyvenimo įvykiais susiduriančių asmenų koncentracija. Žmonės ne tik Lietuvoje, bet ir kitose Europos šalyse, daugiausiai susidūrė su finansinių problemų, šeimos ir darbo konfliktų įvykiais, bet jų mastas buvo skirtingas. Šio bakalauro darbo tyrimo klinikinėje imtyje tie patys stresoriai buvo pasirinkti didesnio kiekio žmonių nei bendroje Lietuvos populiacijoje.

Apibendrinant, buvo patikrintas stresinių patirčių pasiskirstymas tarp adaptacijos sutrikimo rizikos grupėje esančių asmenų ir gauti rezultatai parodė, kad lyginant su bendra Lietuvos populiacija, tiriamieji susidūrė su daugiau stresinių įvykių. Tiek lietuvių, tiek ir kitose populiacijose tarp dažniausiai patiriamų atsidūrė finansinių sunkumų, konfliktų šeimoje ir darbe bei artimojo ligos ar slaugos stresoriai.

4.2. Adaptacijos sutrikimo kaita per vienerius metus

Tyrimai rodo, jog ne visiems kyla stiprių adaptacijos sutrikimo sunkumų patyrus reikšmingų stresorių. Bendroje populiacijoje adaptacijos sutrikimas įvairių studijų duomenimis paplitęs 0,5-2,94 proc. (Ayuso-Mateos et al., 2001; Casey et al., 2006; Maercker et al., 2008; Fernández et al., 2012), o klinikinėje imtyje paplitęs skirtingai, nuo 12 proc. iki 22,6 proc. (Strain et al., 1998; Casey et al., 2006). Longitudinių studijų, nagrinėjančių adaptacijos sutrikimo reakcijų pokyčius remiantis TLK-11 kriterijais beveik nėra. Pasirodo pirmosios mokslinės studijos, nagrinėjančios sutrikimo pokyčius laike (Lorenz, Perkonigg, & Maercker, 2018a). Todėl vienas svarbiausių šio tyrimo klausimų buvo adaptacijos sutrikimo reakcijų pokyčiai laike. Kaip keičiasi žmogaus, su sutrikdyta adaptacija, reakcijos į ištikusį stresorių. Šio tyrimo rezultatai patvirtino, kad po vienerių metų adaptacijos sutrikimo simptomai silpnėja ir žmonės sveiksta. Bendras adaptacijos sutrikimui matuoti skirtos skalės vidurkinis įvertis per 12 mėn. sumažėjo nuo 26,75 ($SD = 2,52$) iki 20,85 ($SD = 5,67$), esant dideliame efekto dydžiui tarp pirmojo ir antrojo matavimų ($d = 1$). Rezultatai rodo, kad vienerių metų laiko tarpas yra reikšmingas adaptacijos sutrikimų simptomų susilpnėjimui. Tai siejasi ir su TLK-11 versijoje minimu pagerėjimu po 6 mėn., kai stresorius yra pasibaigęs. Gauti duomenys taip pat

sutampa ir su ankstesniais Lietuvoje atliktais tyrimais, kur jau po 30 dienų respondentai patyrė mažą ($d = 0,23$) savaiminį pagerėjimą nuo 28,49 ($SD = 2,81$) iki 27,66 ($SD = 3,65$) (Eimontas et al., 2017). Kitas tyrimas parodė vidutinį ($d = 0,52$) laukiančiųjų sąrašė esančios kontrolinės grupės simptomų raiškos sumažėjimą po 4-ių savaičių (Bachem & Maercker, 2016). Šveicarijoje atlikta atvejo analizė parodė, jog mėnesio trukmės savigalba reikšmingai sumažino adaptacijos sutrikimo simptomus nuo 26-ių bendro įverčio, iki 14-os po trijų mėnesių (Maercker et al., 2015). Kadangi 23 balus ir daugiau surinkę asmenys, priskiriami prie aukštos adaptacijos sutrikimo rizikos grupės, kas šiame darbe reiškė ir stipriai išreikštus simptomus (Zelviene et al., 2017), adaptacijos sutrikimo skalės įvertinimo sumažėjimas, simptomų palengvėjimas, dar nebūtinai reiškė, kad asmuo nebėra aukštoje rizikos grupėje. Šiame bakalauro darbo tyrime asmens, su stipriai išreikštais adaptacijos sutrikimo simptomais, bendra simptomų raiška buvo reikšmingai stipresnė už nebelaikomo adaptacijos sutrikimo rizikos grupėje asmens simptomų raišką. Daugiau nei pusė respondentų po antrojo matavimo buvo nebelaikomi adaptacijos sutrikimo rizikos grupėje, kas buvo šiek tiek daugiau nei amerikiečių atliktame tyrime, kuriame adaptacijos sutrikimo būsenos nepastovumas buvo patvirtintas gautais longitudinalinio tyrimo rezultatais - praėjus metams po stresinio įvykio, du trečdaliai tiriamųjų nebeturėjo stipriai išreikštų adaptacijos sutrikimo simptomų (O'Donnell et al., 2016). Visgi, trečdalis tiriamųjų tebeturėjo padidintą adaptacijos sutrikimo riziką, kaip ir šiame tyrime, kur daugiau nei trečdalis tiriamųjų po vienerių metų laikotarpio vis dar patyrė stipriai išreikštus adaptacijos sutrikimo simptomus. Nors Amerikoje atliktame tyrime buvo remtasi DSM-V adaptacijos sutrikimo diagnostiniais kriterijais, gauti rezultatai neprieštaravo ir vieninteliu šiuo metu atliktam longitudinaliniam tyrimui, kuris naudojo TLK-11 kriterijus. Šio tyrimo rezultatai rodė žmonių su silpnai ir vidutiniškai išreikštais adaptacijos sutrikimo simptomais būklės pagerėjimą, tačiau tiriamųjų grupėje su stipriai išreikštais simptomais adaptacijos sutrikimo rizika padidėjo (Lorenz et al., 2018). Todėl ir šio tyrimo, ir neseniai atliktos studijos rezultatai suponuoja, kad TLK-11 siūlomas gerėjimas po 6-ių mėnesių mažesnei daliai žmonių nevyksta net ir praėjus metams.

Apibendrinant, adaptacijos sutrikimo simptomai reikšmingai silpnėjo praėjus vieneriems metams po pirmojo matavimo, tačiau nemaža dalis tiriamųjų, net ir praėjus dvigubai ilgesniam laiko tarpui nei siūlo PSO atnaujinama TLK-11 klasifikacija, vis dar patyrė reikšmingų adaptacijos sutrikdymų.

4.3. Papildomo stresoriaus per metus ir adaptacijos sutrikimo simptomų tarpusavio ryšiai

Toliau buvo analizuota, kokiomis charakteristikomis išsiskyrė asmenys vis dar patiriantys stipriai išreikštus adaptacijos sutrikimo simptomus antrajame matavime. Buvo tikrintos stipriai išreikštų simptomų sąsajos su: demografiniais rodikliais, pirmojo matavimo skalės bei subskalių įverčiais, stresorių bei jų grupių (ūmių ir lėtinių) skaičiumi, tačiau reikšmingų rezultatų gauta nebuvo. Reikšmingas buvo respondentų išsakytas papildomų stresorių (ar stresoriaus) patyrimas. Iš viso 51,5 proc. patyrė papildomų stresorių ir turėjo stipriai išreikštus adaptacijos sutrikimo simptomus, kai tik 18,2 proc. per metus nepatyrė papildomų stresorių ir turėjo stipriai išreikštus adaptacijos sutrikimo simptomus. Nors pirmojo matavimo metu patirtas didesnis stresorių skaičius šiame tyrime nebuvo tiesiogiai susijęs nei su patekimu į adaptacijos sutrikimo rizikos grupę, nei su didesniais adaptacijos sutrikimo sunkumais (kadangi šiame tyrime dalyvavo žmonės, kurie turi padidintą adaptacijos sutrikimo riziką ir tarp jų, žymėtų stresorių skaičius buvo aukštesnis, nei bendroje populiacijoje), tačiau papildomi per metus patirti stresoriai turėjo reikšmingą poveikį adaptacijos sutrikimo simptomų stiprumui. Tai galėtų reikšti, kad papildomi stresoriai, sunkumų turintiems asmenims, sutrikdė savaiminį įkyrių minčių ir prisitaikymo sunkumų lengvėjimą arba galėjo sukelti naujų simptomų pasireiškimą, kurių priežasties tiriamieji nediferencijavo, kai antrojo matavimo metu buvo prašomi įvertinti sunkumus susijusius su pirmajame matavime išsakytais stresoriais. Sukontroliavus papildomą stresorių, antrojo matavimo įkyrių minčių simptomas įgijo reikšmingus teigiamus ryšius su bendrai didesniu adaptacijos sutrikdymu pirmojo matavimo metu ($r = 0,311$) bei pirmojo matavimo įkyrių minčių simptomu ($r = 0,272$). Adaptacijos sutrikimo nuoseklaus tyrinėjimo pradininkai teigia, kad įkyrios mintys yra įprastas reiškinyss streso apdorojimo procese bei centrinis visai grupei sindromų susijusių su stresu, taip pat ir adaptacijos sutrikimui (Maercker, Einsle, & Köllner, 2007). Tad galima teigti, kad šiame tyrime didesnis adaptacijos sutrikimo reakcijų išreikštumas pirmajame etape turėjo reikšmingesnę ryšį su įkyrių minčių simptomu antrojo matavimo metu nei su prisitaikymo sunkumų simptomu. Taip pat galima kelti prielaidą, kad stipriau išreikštas įkyrių minčių simptomas laikui bėgant apsunkina savaiminį gijimą. Tai galėtų rodyti ir atsiradęs stipresnis ryšys tarp prisitaikymo sunkumų ir įkyrių minčių antrajame tyrimo etape ($r = 0,646$), kai pirmajame etape jo nebuvo ($r = 0,234$). Priešingi rezultatai buvo gauti kitame tyrime su lietuvių populiacija, kur adaptacijos sutrikimo simptomai buvo stipriai susiję tarpusavyje ($r = 0,84$) (Zelviene et al., 2017). Gali būti, kad reakcijos į specifinius stresorius, tiriant adaptacijos sutrikimo padidintos rizikos asmenų grupę, galėjo iškreipti duomenis, nes mišrioje (ir esančių padidintoje rizikos grupėje, ir nebesiekiančių slenkstinio įverčio) grupėje antrojo matavimo metu, abu adaptacijos sutrikimo simptomai reikšmingai teigiamai koreliavo tarpusavyje ($r = 0,702$). Įkyrių minčių simptomas, nors ir silpnai, taip pat siejosi ir su ūmiais stresoriais ($r = 0,296$). Vienoje literatūroje (Mahat-Shamir et al.,

2017; Maercker et al., 2012) adaptacijos sutrikimas dažniau yra siejamas su ūmiais gyvenimo įvykiais, o kitoje (Glaesmer et al., 2015), ūmūs stresoriai neturėjo beveik jokių sąsajų su adaptacijos sutrikimo sunkumu, tik keletas lėtinių stresorių siejosi su vidutiniais – sunkiais adaptacijos sutrikimo simptomais. Todėl atrodo vertinga paanalizuoti, kaip du adaptacijos sutrikdymo simptomai – įkyrios mintys ir prisitaikymo sunkumai, siejasi su konkrečiais stresoriais.

Apibendrinant, papildomi per metus patirti stresoriai buvo susiję su stipriau išreikštais adaptacijos sutrikimo simptomais ir padidinta adaptacijos sutrikimo rizika. Įkyrių minčių simptomas šiame tyrime buvo labiau susijęs su adaptacijos sutrikimo reakcijų išreikštumu ir ūmiais stresoriais nei prisitaikymo minčių simptomas.

4.4. Specifiniai kintamieji susiję su adaptacijos sutrikimu

Ir šiame tyrime, ir neseniai apgintame dr. P. Želvienės disertacijos tyrime (2017), žmonės daugiausiai patyrė lėtinių stresorių, nors jų skaičius ir nebuvo susijęs su labiau išreikštais adaptacijos sutrikimo simptomais, bet du stresoriai buvo išskirtinai susiję – skyrybų ir bedarbystės. Su skyrybomis susidūrę tiriamieji turėjo didesnių kasdienio funkcionavimo, prisitaikymo sutrikdymų nei skyrybų nepatyrę asmenys, bet po metų reikšmingų skirtumų nebebuvo. Gauti rezultatai galimi nevienareikšmėms interpretacijoms, nes nėra aišku, kuris veiksnys – skyrybos ar didesni adaptacijos sunkumai, veikia kitą. Porų emocinio reguliavimo strategijų tarpasmeniniuose santykiuose ir adaptacijos sutrikimo sąsajų ieškoję Horn ir Maercker (2016), teigia, kad nuolatinis neigiamo turinio dalijimasis su partneriu, reprezentuoja neadaptyvų atsaką į stresorių būdą, susijusį su adaptacijos sutrikimo, įkyrių minčių ir prisitaikymo sunkumų, simptomais. Neadaptyvus bendravimas su partneriu, gali paveikti santykių kokybę bei galimai baigtis santykių nutraukimu, kaip ir paramos, tarpasmeninio ryšio praradimas gali vesti prie adaptavimosi sunkumų. Socialinis tarpasmeninių santykių kontekstas yra labai svarbus prisitaikant po patirto stipraus stresinio įvykio, kuris gali išprovokuoti adaptacijos sutrikimą. Emociškai palaikančio partnerio neturėjimas, kaip ir prastesnė žmogaus adaptacija yra tarpusavyje susiję, tačiau trūksta žinių gilesniam skyrybų patirties ir adaptacijos sutrikimo ryšio interpretavimui.

Kitas išsiskyręs iš visos stresorių grupės, buvo bedarbystės patyrimas. Bedarbystė siejosi su užsitęsusiu, labiau išreikštu įkyrių minčių simptomu bei didesniu ūmių stresorių skaičiumi. Darbo neturėjimas galimai sutrikdo ne vieną gyvenimo sritį (pvz.: finansinę, santykių šeimoje), ką rodo ir didesnis patirtų stresorių skaičius. Tokie lėtiniai stresoriai kaip finansiniai sunkumai, konfliktai šeimoje, kitų populiacijų tyrimuose siejasi didesne adaptacijos sutrikimo rizika (Glaesmer et al., 2015). Tad bedarbystės pasekmės galimai tik sustiprina pasikartojančių, vis grumuliuojamų minčių srautą, ypač, jei ji užsitęsia. Anksčiau minėto Šveicarijoje Lorenz ir kitų mokslininkų atlikto

tyrimo (2018a) metu buvo tirta specifinė imtis - darbo netekę asmenys. Nors tai ir stipresnės ekonomiškai už Lietuvą šalies kontekstas, tačiau buvo gauti panašūs rezultatai - adaptacijos sutrikimo simptomų raiška antrajame matavime (praėjus 6-iems mėnesiams) sumažėjo esant žemiems arba vidutiniams adaptacijos sutrikimo simptomams, bet esant stipriai išreikštiems simptomams, simptomų raiška padidėjo. Bedarbystė tarp adaptacijos sutrikimo rizikoje esančių asmenų galimai yra ypatingai reikšmingas stresorius užsitęsusiems ir stipriai išreikštiems adaptacijos sutrikimo simptomams. Tokie rezultatai taip pat suponuoja specifinių intervencijų poreikį skirtingo sunkumo simptomams, kadangi esantys padidintos rizikos grupėje po laiko patiria nemažesnius ar net didesnius sunkumus.

Lietuvos populiacijoje atlikto didžiausio adaptacijos sutrikimą nagrinėjančio tyrimo metu buvo išskirta padidintos rizikos grupė pagal demografinius rodiklius. Tai buvo moteriška lytis bei žemesnis išsilavinimo lygis (Želvienė, 2017). Kadangi didžiąją tiriamųjų dalį šiame bakalauro darbe sudarė moterys (90,9 proc.), nebuvo gauta reikšmingų rezultatų išskiriant grupes pagal lytį, tačiau žemesnis įgyto išsilavinimo lygis buvo susijęs su stipriai išreikštais adaptacijos sutrikimo simptomais bei didesniu kiekiu stresorių, ypatingai ūmių. Aukštesnis išsilavinimo lygis siejasi su asmens psichologine gerove ir didesniu finansiniu pasitenkinimu (Huang & Li, 2018), tačiau kitų šalių tyrimų rezultatai parodė, kad išsilavinimo lygis neturėjo reikšmės adaptacijos sutrikimo padidintai rizikai (Maercker et al., 2012; Glaesmer et al., 2015). Šiuo atveju yra svarbus Lietuvos istorinis ir ekonominis kontekstas, nes anksčiau minėti tyrimai atlikti ekonomiškai stipresnėse valstybėse, kur socialinė, sveikatos apsauga, švietimo sistemos yra labiau išvystytos ir žmonės turi didesnes galimybes bei palankesnę aplinką, kad su pasiektu išsilavinimo lygiu turėtų pakankamai aprūpintą ir saugų gyvenimą. Todėl išsilavinimo lygio reikšmingas ryšys su stipriai išreikštais adaptacijos sutrikimo simptomais Lietuvos kontekste yra svarbus rizikos faktorius.

Paskutinis nagrinėtas kintamasis buvo tyrimo dalyvių gaunama psichologinė pagalba ir jos ryšys su adaptacijos sutrikimu. Šiuo metu atliekama vis daugiau adaptacijos sutrikimo konstrukto analizuojančių tyrimų, publikacijų kiekis sparčiai auga, o taip pat daugėja ir specializuotos pagalbos efektyvumo tyrimų. Eimontas su grupe mokslininkų (2017) tyrė adaptacijos sutrikimo nuotolinės intervencijos efektyvumą ir rezultatai parodė galimą savarankiškos internetinės savigalbos intervencijos potencialą. Kitame tyrime buvo lyginamos dvi intervencijas patyrusios grupės – viena su psichoterapeuto palydėjimu, kita be. Rezultatai parodė, kad abi grupės buvo efektyvios, tiek savarankiškai dirbusi grupė ($d = 0,64$), tiek su terapeutu ($d = 0,53$), tačiau be terapeuto dirbusi grupė pasiekė didesnę pagerėjimo efektą (Eimontas et al., 2018). Šiame tyrime buvo tikrintas ryšys tarp lankymosi pas psichikos sveikatos specialistus ir adaptacijos sutrikimo, tačiau besilankančių adaptacijos sutrikimo simptomų raiška nesiskyrė nuo nesilankančių pas specialistus, tik ūmių stresorių daugiau patyrė besilankantys. Tokie rezultatai galimai atspindi klinikinę imtį, kuri patiria daugiau stresorių bei turi didesnius adaptacijos sunkumus nei bendra žmonių populiacija (Želvienė,

2017), todėl ir specialisto pagalba gali būti ne tokia veiksminga, nes nėra specializuota. Tačiau taip pat tai gali būti žmonės, kurie turi kitų sutrikimų ir kuriems reikalingas ilgalaikis gydymas. Visgi palyginus patirtų papildomų stresorių dažnumą tarp besilankančių pas psichologą ar psichiatrą bei nesilankančių reikšmingai daugiau pastarųjų. Tai galėtų suponuoti, kad tiems kam reikėtų gydymo, nėra linkę kreiptis į specialistus. Tokiu atveju, savarankiškas nuotolinės programos pildymas galėtų būti sprendimas adaptacijos sutrikimo prevencijoje, juolab kad yra duomenų, jog specialisto pagalba nebūtinai užtikrina efektyvesnį gijimo procesą (Eimontas et al., 2018). Kitame tyrime taip pat pasiektas reikšmingas simptomų pagerėjimas savarankiškai atliekant specialistų paruoštas užduotis be jų priežiūros (Maercker et al., 2015). Visgi, pagalbos sau teikimas ne visada gali būti efektyvesnis simptomų slopinimo būdas adaptacijos sutrikimo atveju, nes kartais yra reikalingas konkretaus atvejo nuodugnesnis pažinimas ir ilgalaikė specializuota pagalba. Tai parodė šio tyrimo rezultatai, suponuojantys specializuotos pagalbos poreikį žmonėms su stipriau išreikštais adaptacijos sutrikimo simptomais, patenkančiais į padidintos rizikos grupę. Šio tyrimo duomenimis, psichikos sveikatos specialisto lankymas nebuvo susijęs su silpniau išreikštais adaptacijos sutrikimo simptomais, tačiau nėra aišku, kiek laiko truko lankymasis, dėl kokių papildomų sunkumų buvo kreiptasi ir kokio pobūdžio pagalba buvo teikiama, nes adaptacijos sutrikimo atveju galimai reikalinga specializuota pagalba.

Apibendrinant, bedarbystės ir skyrybų stresoriai šiame tyrime buvo ypatingai susiję su didesniais adaptacijos sutrikimo sunkumais ir didesniu kiekiu stresorių, tačiau bedarbystė labiau siejosi su užsitęsusiais adaptacijos sutrikimo simptomais, o skyrybos su daugiau įkyrių minčių po įvykio. Išsilavinimo lygis buvo reikšmingai susijęs su daugiau patiriamų stresorių ir su pradžioje labiau išreikštais adaptacijos sutrikimo sunkumais. Rizikos grupėms teikiant reikiamą specifinę pagalbą, nors šio tyrimo duomenimis psichikos sveikatos specialisto lankymas nebuvo susijęs su mažesne sutrikimo rizika, būtų galima sušvelninti adaptacijos sutrikimo simptomų raišką tiems asmenims, kuriems simptomai užsitęsia ir dėl įvairių priežasčių nevyksta savaiminis pagerėjimas.

4.5. Tyrimo ribotumai ir siūlymai ateities tyrimams

Nepaisant gautų įdomių ir reikšmingų darbo rezultatų, šis bakalauro darbo tyrimas turėjo ribotumų, kuriuos reiktų aptarti taip pat nurodant tolimesnių tyrimų gaires. Atliekant longitudinalinį tyrimą ir ruošiant skambučių procedūrą buvo siekiama ją padaryti kuo lengviau suprantamą tyrimo dalyviui telefoninės apklausos metu, nes buvo siekiama, kad kuo daugiau dalyvių sutiktų dalyvauti antrajame tyrimo etape. Todėl buvo parinktas optimalus laikas telefoniniam skambučiui, kurio metu buvo atliekamas struktūruotas interviu. Ateities tyrimų metu būtų galima įtraukti daugiau svarbių klausimų, kaip kad klausimą apie tai, ar pirmojo matavimo metu žymėti stresoriai dar tęsiasi. Tai būtų buvęs papildomas dėmuo į geresnį adaptacijos sutrikimo dinamikos suvokimą – ar sunkumus toliau patyrė tie žmonės, kuriems stresorius tęsėsi, ar simptomų palengvėjimą patyrė tie, kurių žymėti stresoriai nebeveikė. Tolimesni longitudinaliniai tyrimai galėtų atsižvelgti į šio klausimo įtraukimą, nes ir pačioje TLK-11 minima, kad simptomai gali užsitęsti, jei stresorius dar nėra pasibaigęs (pvz.: bedarbystė). Taip pat gilesniam problemos suvokimui būtų padėjęs klausimas apie gaunamą pagalbą. Ar tiriamieji nieko nedaro, ar savarankiškai užsiima jiems padedančiomis veiklomis (pvz.: sportas, meditacija), ar kreipėsi į specialistus. Nes pirmojo matavimo metu klausimas apie lankymąsi pas specialistus buvo įtrauktas, bet vienerių metų eigoje galėjo atsirasti daugiau asmenų, kurie kreipėsi pagalbos pas specialistus arba tokių, kurie nutraukė pagalbos gavimą. Tai padėtų labiau pažinti sveikimo procesą ir apsauginius veiksnius. Ateities tyrimai galėtų orientuotis į skirtingų konkrečių stresorių ir adaptacijos sutrikimo ryšio pažinimą, kuris padėtų išskirti padidintos rizikos grupes, kad tolimesnėje perspektyvoje būtų suteikiamos galimybės specializuotoms intervencijoms (nuotoliniu ar kontaktiniu būdu) žemos, vidutinės ar aukštos adaptacijos sutrikimo rizikos grupės žmonėms, nes kaip parodė šis tyrimas, po metų laiko 38 proc. tiriamųjų vis dar tebeturėjo didelių adaptacijos sutrikimų.

IŠVADOS

1. Tyrime dalyvavusių adaptacijos sutrikimo rizikos grupės asmenų patiriami stresoriai panašūs į Lietuvos bendros populiacijos stresines patirtis. Dažniausi stresoriai tyrimo imtyje buvo susiję su tarpasmeniniais santykiais, darbu ir finansiniais sunkumais bei su artimojo sveikatos sutrikimais.
2. Adaptacijos sutrikimo rizikos grupės asmenų simptomų kaitos per vienerius metus analizė parodė, kad:
 - a) adaptacijos sutrikimo įkurių minčių ir prisitaikymo sunkumų simptomai, praėjus vieneriems metams po reikšmingo stresoriaus ar stresorių patyrimo, didžiąjai daliai adaptacijos sutrikimo rizikos grupėje esančių asmenų mažėja, tačiau daugiau nei trečdaliui simptomų raiška per metus nesumažėja;
 - b) jei per vienerius metus susiduriama su papildomais reikšmingais stresoriais, didėja tikimybė likti adaptacijos sutrikimo rizikos grupėje.
3. Nustatyti reikšmingi su adaptacijos sutrikimo rizika susiję sociodemografiniai veiksniai:
 - a) žemesnis išsilavinimas susijęs su padidinta adaptacijos sutrikimo rizika;
 - b) skyrybų patyrimas susijęs su daugiau adaptacijos sutrikimui būdingų prisitaikymo sunkumų;
 - c) bedarbystė susijusi su ilgalaikiais adaptacijos sutrikimo įkurių minčių simptomais.

LITERATŪRA

- Ayuso-Mateos, J. L., Vázquez-Barquero, J. L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O. S., Casey, P., ... ODIN Group. (2001). Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 179, 308–316. <http://doi.org/10.1192/bjp.179.4.308>
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*, (DSM-III). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bachem, R., & Casey, P. (2017). Adjustment disorder: A diagnosis whose time has come. *Journal of Affective Disorders*, 227, 243–253. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.10.034>
- 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*, 45(5), 397–413. <https://doi.org/10.1080/16506073.2016.1191083>
- Bachem, R., Perkonig, 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. <https://doi.org/10.1002/mpr.1545>
- Bale, T. L. (2006). Stress sensitivity and the development of affective disorders. *Hormones and Behavior*, 50(4), 529–533. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2006.06.033>
- Baumeister, H., Maercker, A., & Casey, P. (2009). Adjustment Disorder with Depressed Mood A Critique of Its DSM-IV and ICD-10 Conceptualisations and Recommendations for the Future. *Psychopathology*, 42, 139–147. <https://doi.org/10.1159/000207455>
- Ben-Ezra, M., Mahat-Shamir, M., Lorenz, L., Lavenda, O., & Maercker, A. (2018). Screening of adjustment disorder: Scale based on the ICD-11 and the Adjustment Disorder New Module. *Journal of Psychiatric Research*. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.05.011>
- Carta, M. G., Balestrieri, M., Murru, A., & Hardoy, M. C. (2009). Adjustment disorder: Epidemiology, diagnosis and treatment. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 5, 1–15. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-5-15>

- Casey, P., Dowrick, C., & Wilkinson, G. (2001). Adjustment disorders: Fault line in the psychiatric glossary. *British Journal of Psychiatry*, 179(06), 479–481. <https://doi.org/10.1192/bjp.179.6.479>
- 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(2–3), 291–297. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.01.021>
- Casey, P., & Jabbar, F. (2013). Adjustment disorder considered. *Advances in Psychiatric Treatment*, 19(2), 99–107. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.111.010058>
- Casey, P. (2018). *Adjustment Disorders – From Controversy to Clinical Practice* (1st ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Eckenrode, J. (1984). Impact of chronic and acute stressors on daily reports of mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 907–918. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.4.907>
- Eimontas, J., Rimsaite, Z., Gegieckaite, G., Zelviene, P., & Kazlauskas, E. (2017). Internet-Based Self-Help Intervention for ICD-11 Adjustment Disorder: Preliminary Findings. *Psychiatric Quarterly*, 1–10. <https://doi.org/10.1007/s11126-017-9547-2>
- Eimontas, J., Gegieckaite, G., Dovydaitiene, M., Mazulyte, E., Rimsaite, Z., Skruibis, P., ... Kazlauskas, E. (2018). The role of therapist support on effectiveness of an internet-based modular self-help intervention for adjustment disorder: a randomized controlled trial. *Anxiety, Stress and Coping*, 31(2), 146–158. <https://doi.org/10.1080/10615806.2017.1385065>
- Einsle, F., Köllner, V., Dannemann, S., & Maercker, A. (2010). Development and validation of a self-report for the assessment of adjustment disorders. *Psychology, Health and Medicine*, 15(5), 584–595. <https://doi.org/10.1080/13548506.2010.487107>
- Fernández, A., Mendive, J. M., Salvador-Carulla, L., Rubio-Valera, M., Luciano, J. V., Pinto-Meza, A., ... investigators, the D. (2012). Adjustment disorders in primary care: prevalence, recognition and use of services. *British Journal of Psychiatry*, 201(02), 137–142. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096305>

- First, M. B., Reed, G. M., Hyman, S. E., & Saxena, S. (2015). The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders. *World Psychiatry*, 14(1), 82–90. <https://doi.org/10.1002/wps.20189>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.010>
- Harris, Ruth, B., S. (2015). Chronic and acute effects of stress on energy balance: are there appropriate animal models? *American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, 308(4), R250–R265. <https://doi.org/10.1152/ajpregu.00361.2014>
- Horn, A. B., & Maercker, A. (2016). Intra- and interpersonal emotion regulation and adjustment symptoms in couples: The role of co-brooding and co-reappraisal. *BMC Psychology*, 4(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0159-7>
- Huang, F., & Li, H. (2018). Factors influencing integrated wellbeing in older Chinese outpatients with chronic diseases. *Australian Journal of Primary Health*, 24, 189–195. <https://doi.org/https://doi.org/10.1071/PY17026>
- Kazlauskas, E., Zelviene, P., Lorenz, L., Quero, S., & Maercker, A. (2017). A scoping review of ICD-11 adjustment disorder research. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup7), 1421819. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1421819>
- Kazlauskas, E., Gegieckaite, G., Hyland, P., Zelviene, P., & Cloitre, M. (2018a). The structure of ICD-11 PTSD and complex PTSD in Lithuanian mental health services. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1414559>
- Kazlauskas, E., Gegieckaite, G., Eimontas, J., Zelviene, P., & Maercker, A. (2018b). A Brief Measure of the International Classification of Diseases-11 Adjustment Disorder: Investigation of Psychometric Properties in an Adult Help-Seeking Sample. *Psychopathology*, 6–11. <https://doi.org/10.1159/000484415>
- Lorenz, L., Bachem, R., & 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, 215–220.

- Lorenz, L., Hyland, P., Maercker, A., & Ben-Ezra, M. (2018). An empirical assessment of adjustment disorder as proposed for ICD-11 in a general population sample of Israel. *Journal of Anxiety Disorders*, 54, 65-70 <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.01.007>
- Lorenz, L., Perkonig, A., & Maercker, A. (2018a). The Course of Adjustment Disorder Following Involuntary Job Loss and Its Predictors of Latent Change. *Clinical Psychological Science*, 1–11. <https://doi.org/10.1177/2167702618766290>
- Lorenz, L., Perkonig, A., Maercker, A. (2018b). A socio-interpersonal approach to adjustment disorder: the example of involuntary job loss. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1425576>
- 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. <https://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.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Pielmaier, L., Spangenberg, L., Brähler, E., & Glaesmer, H. (2012). Adjustment disorders: prevalence in a representative nationwide survey in Germany. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(11), 1745–1752. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0493-x>
- 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. <https://doi.org/10.1002/wps.20057>
- 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. <https://doi.org/10.2196/mental.4157>
- Mahat-Shamir, M., Ring, L., Hamama-Raz, Y., Ben-Ezra, M., Pitcho-Prelorntzos, S., David, U. Y., ... Lavenda, O. (2017). Do previous experience and geographic proximity matter? Possible predictors for diagnosing Adjustment disorder vs. PTSD. *Psychiatry Research*, 1–0. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.08.085>

- 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. *American Journal of Psychiatry*, 173(12), 1231–1238. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16010071>
- Pasaulio Sveikatos Organizacija (2010). *Tarptautinė statistinė ligų ir susijusių sveikatos problemų klasifikacija, dešimtas papildytas ir pataisytas leidimas (TLK-10)*. Paimta iš <http://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp>
- 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), 457–64. <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: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 10(2), 118–131.
- Segerstrom, S. C., & Miller, G. E. (2004). Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*, 130(4), 601–630. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.601>
- Strain, J. J., & Friedman, M. J. (2011). Considering adjustment disorders as stress response syndromes for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 818–823. <https://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.
- World Health Organization. (2018). *ICD-11 Beta Draft*. Paimta iš <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.06.009>
- Zelviene, P., & Kazlauskas, E. (2018). Adjustment disorder: current perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 375–381. <https://doi.org/10.2147/NDT.S121072>
- Želvienė, P. (2017). *Adaptacijos sutrikimo struktūra ir rizikos veiksniai Lietuvos populiacijoje* (Daktaro disertacija). Vilniaus: Vilniaus universitetas.