

Odeta Geleželytė



KOMPLEKSNIS POTRAUMINIS STRESAS

samprata ir psichotraumatologinis įvertinimas

METODINĖ PRIEMONĖ



Odeta Geleželytė

KOMPLEKSINIS POTRAUMINIS STRESAS:

samprata ir psichotraumatologinis įvertinimas

METODINĖ PRIEMONĖ



VILNIAUS
UNIVERSITETO
LEIDYKLA

2022

Apsvarstė ir rekomendavo išleisti
Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto taryba
(2022 m. gegužės 18 d., protokolas Nr. 250000-TP-5)

Recenzentai:

doc. dr. Rytis Pakrošnis (Vytauto Didžiojo universitetas)
dr. Gita Argustaitė-Zailskienė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas)

Bibliografinė informacija pateikiama Lietuvos integralios bibliotekų
informacinės sistemos (LIBIS) portale *ibiblioteka.lt*

Šis leidinys yra atvirosios prieigos elektroninė knyga. Knygos tekstas yra pasiekiamas neatlygintinai. Vartotojams suteikiama teisė knygos tekstą naudoti bet koku būdu komerciniams ir/ar nekomerciniams tikslams (išsisaugoti, kopijuoti, įrašyti, platinti, viešai skelbti, kurti išvestinius kūrinius, pateikti nuorodą ir kt.). Naudojant knygos tekstą ar jo dalį privaloma nurodyti autorių. Knygos teksto naudojimo teisės suteikiamos neišimtinė Kūrybinių bendrijų Priskyrimo licencija (Creative Commons Attribution 4.0 License, CC BY 4.0).

ISBN 978-609-07-0748-7 (skaitmeninis PDF)

© Odeta Geleželytė, 2022

© Vilniaus universitetas, 2022

TURINYS

Įvadas / 4

- 1. Kompleksinio potrauminio streso sutrikimo
diagnozės radimosi istorija / 6**
- 2. TLK-11 potrauminio streso ir kompleksinio potrauminio
streso sutrikimo diagnostiniai kriterijai / 8**
- 3. Trauminių patirčių įvairovė ir KPTSS / 13**
- 4. Trauminių patirčių, PTSS ir KPTSS paplitimas / 17**
- 5. KPTSS įvertinimo būdai / 19**
 - 5.1. Tarptautinis traumos klausimynas / 20**
 - 5.2. Tarptautinis traumos interviu / 21**
- 6. KPTSS diferencinė diagnostika / 23**
- 7. KPTSS gretutinumai su kitais psichikos sveikatos
sutrikimais / 26**
- 8. KPTSS ir savižudybės rizika / 28**
- 9. Bendrieji psichotraumatologinio įvertinimo principai / 30**

Apibendrinimas / 33

Apie autorę / 34

Literatūra / 35

Įvadas

Itin sukrečiančios ir grėsmingos patirtys žmonių gyvenime nėra retos. Tyrimai rodo, kad daugiau nei du trečdaliai populiacijos per gyvenimą patiria bent vieną trauminį įvykį. Nors įvairūs veiksniai lemia, kad dalis žmonių gali patys susitvarkyti su traumos sukeltais psichologiniais sunkumais, kitiems – psichologinės pasekmės gali būti sudėtingos, itin neigiamai veikiančios kasdienį gyvenimą ir santykius su aplinkiniais.

Daugiau nei prieš 40 metų, apibrėždama potrauminio streso sutrikimą, Amerikos psichiatrų asociacija (1980) oficialiai pripažino destruktivų trauminių įvykių poveikį žmonių psichikos sveikatai. Šis pripažinimas davė pradžią gausiems potrauminio streso reakcijų bei intervencijų tyrinėjimams. Vis dėlto, gausėjant žinių apie potrauminį stresą, tiek klinicistai, tiek mokslininkai matė, kad šios diagnostinės kategorijos dažnai neužtenka, norint apibūdinti kai kurių žmonių savijautą po užsitęsusio ar pasikartojančio traumavimo. Kai kurių klientų nusiskundimų spektras būdavo platesnis ir sudėtingesnis, apimantis ir neigiamą trauminių patirčių poveikį emocijų reguliacijai, santykiui su savimi bei aplinkiniais. Į tai reaguodama, 2018 m. Pasaulio sveikatos organizacija į Tarptautinės ligų klasifikacijos 11-ąją leidimą (TLK-11) įtraukė ir kompleksinio potrauminio streso sutrikimo (KPTSS) diagnozę. KPTSS apibrėžime atsispindi, kad kompleksinis potrauminis stresas reiškiasi tiek potrauminėmis reakcijomis, tokiomis kaip pakartotinis trauminio įvykio išgyvenimas dabartyje, vengimas ir padidėjęs grėsmės jausmas, tiek asmenybės organizacijos sunkumais – emocijų reguliacijos, identiteto ir santykių problemomis. Šis oficialus bendras sutarimas, ką laikome kompleksiniu potrauminiu stresu, leidžia geriau atpažinti su kompleksinėmis traumavimo pasekmėmis susijusius psichologinius sunkumus ir parinkti tikslingesnes bei efektyvesnes intervencijos priemones. Pastaruoju metu šioje srityje intensyviai vykdomi moksliniai tyrimai.

Šiame leidinyje, remiantis naujausių mokslinių tyrimų rezultatais, pateikiamos apibendrintos išvalgos apie kompleksinio potrauminio streso sutrikimo diagnozės radimosi istoriją, raišką, įvertinimo ypatumus bei rizikos ir apsauginius veiksnius. Šios žinios gali būti naudingos studentams, kuriems aktualios klinikinės psichologijos temos, ir specialistams, dirbantiems su psichologines traumas patyrusiais žmonėmis klinikinėje praktikoje.

1. Kompleksinio potrauminio streso sutrikimo diagnozės radimosi istorija

Potrauminio streso sutrikimas (PTSS) buvo oficialiai pripažintas 1980 m. įtraukus jį į trečiojo leidimo Psichikos sutrikimų diagnostinį ir statistinį vadovą (angl. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*) (American Psychiatric Association, 1980). Į Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos (angl. *International Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD*), sutrumpintai TLK, 10-ąją versiją potrauminio streso sutrikimo diagnozė buvo įtraukta 1992 m. (World Health Organization, 1992). Šis oficialus potrauminio streso sutrikimo pripažinimas paskatino ieškoti, kaip atpažinti ir tiksliai įvertinti PTSS bei pasiūlyti efektyvius pagalbos būdus potrauminio streso simptomus patiriantiems žmonėms (Cloitre, 2020).

Nors potrauminio streso sutrikimo apibrėžimas padėjo geriau suprasti, kokios įtakos itin sunkios gyvenimo patirtys gali turėti žmogaus psichologinei sveikatai, klinikinėje praktikoje buvo pastebima, kad kai kurių žmonių reakcijos į ypač sudėtingas traumines patirtis yra kur kas kompleksiškesnės nei nurodoma PTSS apibrėžime (Cloitre, 2020). 1992 m. J. Herman, rašydama apie žmones, patyrusius ilgalaikį ir daugkartinį traumavimą, siūlė šią sudėtingesnių simptomų visumą pavadinti kompleksiniu potrauminiu stresu, kuris reiškiasi emocijų reguliacijos ir santykių problemomis, sąmonės suvokimo, prasmės sistemų, savęs ir smurtautojo suvokimo pokyčiais. Anot Herman, kompleksinių traumavimo pasekmių nepripažinimas lemia, kad nukentėjusiems nuo ilgalaikio ar pakartotinio traumavimo nėra suteikiama tinkama pagalba.

Buvo keletas bandymų šias sudėtingesnes traumines reakcijas aprašyti ir ankstesniuose ligų klasifikacijų leidimuose. Į TLK-10 buvo įtraukta ilgalaikio asmenybės pakitimo po katastrofiškų išgyvenimų diagnozė (angl. *Enduring personality change after catastrophic experience, EPCACE*), kuri buvo apibrė-

žiama kaip pasireiškianti priešišku ar nepatikliu požiūriu į pasaulį, socialine atskirtimi, tuštumo ar beviltiškumo jausmu, susvetimėjimu ir nuolatiniu buvimo „ant ribos“ pojūčiu lyg nuolat būtų patiriama grėsmė. Šių asmenybės pakeitimų galėjo atsirasti po tokių patirčių kaip buvimas koncentracijos stovyklose, kankinimo, katastrofų, užsitęsusio pagrobimo, terorizmo patirties (WHO, 1990). DSM-IV taip pat buvo aprašyta nepatikslintų stipraus streso sutrikimų kategorija (angl. *Disorders of extreme stress not otherwise specified*, DESNOS) (American Psychiatric Association, 1994), kuriai buvo būdingos afektų ir impulsų reguliacijos, dėmesio ir sąmonės (amnezijos, disociacijos, depersonalizacijos), savasties, santykių su kitais, somatizacijos ir prasmės sistemos (neviltis, ankstesnių bazinių įsitikinimų praradimas) pokyčių problemos. Abi šios kategorijos buvo kritikuojamos dėl klinikinio naudingumo trūkumo ir nesulaukė aiškaus empirinio patvirtinimo (Brewin, 2019; Maercker, 2021).

Remiantis atliktų mokslinių tyrimų duomenimis, į 2018 m. paskelbtą atnaujintą TLK-11 versiją įtraukta nemažai su stresu susijusių sutrikimų diagnostikos pokyčių. Atnaujinant klasifikaciją buvo keliamas tikslas, kad ši nauja diagnostinės sistemos versija būtų kuo naudingesnė praktikoje: kategorijos neturėtų būti per sudėtingos, sunkiai suprantamos ar kliniškai nereikšmingos, o diagnozavimas turėtų padėti klinikistui parinkti specifinius ir veiksmingiausias intervencijos būdus konkrečioms kliento sunkumams spręsti (Bisson et al., 2020). Naujojoje TLK-11 versijoje buvo suformuotas naujas „Specifiškai su stresu susijusių sutrikimų“ skyrius, į kurį greta potrauminio streso sutrikimo įtraukta ir nauja kompleksinio potrauminio streso sutrikimo (KPTSS) diagnozė (WHO, 2018). Šis oficialus diagnozės pripažinimas svarbus, nes įgalina geriau atpažinti su kompleksinėmis traumavimo pasekmėmis susijusius psichologinius sunkumus ir parinkti tikslingesnes bei efektyvesnes intervencijos priemones. Iki tol buvo itin sunku plėtoti tyrimus šioje srityje, nes nebuvo bendro visuotinio sutarimo, ką laikome kompleksiniu potrauminio streso sutrikimu (Karatzias & Cloitre, 2019).

2. TLK-11 potrauminio streso ir kompleksinio potrauminio streso sutrikimo diagnostiniai kriterijai

TLK-11 potrauminio streso sutrikimas. Remiantis TLK-11 diagnostiniais kriterijais (WHO, 2022), potrauminio streso sutrikimas (PTSS) gali pasireikšti asmeniui patyrus ypač grėsmingą, gąsdinantį ar siaubą keliantį įvykį arba įvykius. Potrauminio streso sutrikimui būdingi simptomai iš visų trijų simptomų grupių: 1) pasikartojantis trauminio įvykio (ar įvykių) išgyvenimas dabartyje; 2) su trauminėmis patirtimis susijusių užuominų vengimas; 3) nuolatinis padidėjusios grėsmės jausmas. Toliau trumpai aptarsime, kaip šie simptomai gali pasireikšti ir kas jiems būdinga:

- **Pasikartojantis trauminės patirties išgyvenimas dabartyje** gali pasireikšti ryškiais įkyriais prisiminimais, prisiminimų blyksniais (angl. *flashbacks*) arba košmarais. Asmuo ne tiesiog prisimena ar nuolat permąsto trauminę patirtį, o jaučiasi taip lyg vėl ją išgyventų „čia ir dabar“. Pasikartojančių sapnų turinys arba afektas turėtų būti susijęs su trauminėmis patirtimis (Roberts et al., 2019). Tyrimais patikta, kad būtent pakartotinis įvykio išgyvenimas „čia ir dabar“ arba su trauminėmis patirtimis susiję košmarai dažnai yra išskirtiniai PTSS bruožai, o tiesiog įkyrūs prisiminimai neretai gali būti būdingi ir kitiems sutrikimams, pavyzdžiui, depresijai ar obsesiniam kompulsiniam sutrikimui (Bisson et al., 2020). Šie ryškūs pasikartojantys išgyvenimai gali būti patiriami intervale nuo silpnų (trumpalaikio jausmo, kad įvykis vėl kartojasi dabartyje, tačiau kontaktas su aplinka išlaikomas) iki stiprių (visiškai prarandamas aplinkos suvokimas) (Brewin, 2019). Nurodoma, kad pasikartojantis traumos išgyvenimas gali apimti ir kelis skirtingus jutimo modalumus ir paprastai sukelia stiprias emocijas, ypač baimę ar siaubą, ir stiprias fiziologines

reakcijas. Pakartotinis trauminių patirčių išgyvenimas dabartyje gali pasireikšti ir apimančiomis intensyviomis trauminiu įvykiu metu išgyventomis emocijomis, kai asmuo susiduria su traumines patirtis primenančiomis užuominomis (First et al., 2015). Be įprastai PTSS lydinės baimės ir siaubo, neretai dar apima pyktis, gėda, liūdesys, jaučiami pažeminimas ir kaltė (Bisson et al., 2020). Jei dėl tam tikrų priežasčių klientas įvykiu negali prisiminti (pavyzdžiui, įvykiui įvykus vaikystėje arba stipriai apsvaigus nuo alkoholio), gali būti vertinamas kliento emocinis reaktyvumas į vidines ar išorines užuominas, susijusias su trauminės patirties ypatumais (Brewin, 2019; Roberts et al., 2019).

- **Vengimo simptomai** apima intensyvų su trauminėmis patirtimis susijusių minčių, jausmų ar prisiminimų vengimą arba aktyvias pastangas bandant jų išvengti. Taip pat gali būti vengiama žmonių, vietų, situacijų ar veiklų, kurios primintų traumines patirtis. Kai šie simptomai itin išreikšti, žmogus gali imtis aktyvių veiksmų keisdamas savo aplinką ar veiklas, kad tik išvengtų traumą primenančių stimulų, pavyzdžiui, gali persikraustyti į kitą gyvenamąją vietą ar pakeisti darbą (First et al., 2015).
- **Nuolatinis padidėjęsios grėsmės jausmas** gali pasireikšti didesniu budrumu arba stipriomis išgąščio reakcijomis į įvairius stimulus, pavyzdžiui, netikėtus garsus. Asmuo nuolat saugosi, baiminasi galimo pavojaus tam tikrose situacijose ar kasdienybėje apskritai. Kai šie simptomai stipriai išreikšti, žmogus gali perdėtai rūpintis savo ar kitų saugumu, turėti tam tikrų saugumo ritualų (pavyzdžiui, nesėdėti nugara į duris, kad nuolat galėtų matyti, kas įeina į patalpą) (First et al., 2015).

Kad būtų galima patvirtinti PTSS diagnozę, minėti simptomai turėtų reikšmingai sutrikdyti asmens funkcionavimą asmeninėje, šeimos, socialinėje, mokymosi, profesinėje ar kitoje svarbioje srityje. Jei žmogui ir vyksta daugmaž palaikyti kasdienį funkcionavimą, tai jam kainuoja itin

daug pastangų. Taip pat šie simptomai turėtų būti pastebimi bent keletą savaičių. TLK-11 nurodoma, kad įprastai potrauminio streso sutrikimo simptomai pasireiškia per tris mėnesius nuo trauminės patirties. Vis dėlto PTSS simptomų pasireiškimo trajektorija gali būti įvairi. Simptomai gali išryškėti bet kada, net ir praėjus keletui metų po trauminių įvykių. Kai kuriems žmonėms simptomai gali pradėti reikštis ir gyvenime susidūrus su trauminės patirtis primenančiomis užuominomis. Kitų gyvenimo stresorių poveikis taip pat gali išryškinti arba pabloginti PTSS simptomus.

Kompleksinio potrauminio streso sutrikimas (KPTSS) gali pasireikšti išgyvenus ypač grėsmingas, gąsdinančias ar keliančias siaubą patirtis. TLK-11 nurodoma, kad KPTSS dažniausiai sukelia ilgalaikiai ar pasikartojantys įvykiai, iš kurių ištrūkti yra sunku ar neįmanoma. Kompleksinio potrauminio streso sutrikimo patvirtinimui pirmiausia reikalingas visų PTSS diagnostinių kriterijų patvirtinimas. Taip pat turi būti patvirtinti šie stipriai ir pastoviai besireiškiantys sutrikusios asmenybės organizacijos (AOS) simptomai (angl. *Disturbance in self-organization*, DSO):

- **Emocijų reguliacijos sunkumai**, galintys pasireikšti tiek sustiprėjusiomis emocinėmis reakcijomis bei sunkumais stengiantis nusiaraminti, tiek emocine nejautra ir disociacija reaguojant į nedidelius stresorius.
- **Su trauminėmis patirtimis susiję įsitikinimai, kad asmuo yra sužlugdytas, nugalėtas, nevertingas.** Kliniškai reikšmingi neigiamo savęs vaizdo simptomai turėtų būti pastovūs, pasireikšti bent didžiąją laiko dalį ir daugelyje kliento gyvenimo sričių. Šiuos simptomus dažnai lydi stiprūs ir pastovūs gėdos bei kaltės jausmai (Bisson et al., 2020).
- **Sunkumai palaikant santykius arba jaučiantis emociškai artimam su kitais žmonėmis.** Sutrikusių santykių simptomai turėtų atspindėti kliento patiriamus sunkumus palaikant santykius ir jaučiant artumą su kitais. Pavyzdžiui, žmogus nesijaučia artimas su ki-

tais žmonėmis, vengia santykių, nutraukia santykius kilus sunkumų ar konfliktų arba apskritai nuvertina santykių reikšmę gyvenime (Bisson et al., 2020). Kintantys, nepastovūs santykiai (ne pastovus atitolimas ir vengimas) gali būti susiję ne su AOS simptomais, o su ribinės asmenybės bruožais (Roberts et al., 2019).

TLK-11 diagnostinėse rekomendacijose nurodoma, kad kartais kompleksinio potrauminio streso atveju, priešingai nei esant tik potrauminiam stresui, išgąščio reakcijoms gali būti būdingesnis susilpnėjimas, o ne sustiprėjimas (WHO, 2022).

AOS reakcijos ar pokyčiai turėtų būti susiję su kliento trauminėmis patirtimis (Roberts et al., 2019). Norint nustatyti KPTSS diagnozę, minėti simptomai turėtų reikšmingai trikdyti žmogaus funkcionavimą asmeninėje, šeimos, socialinėje, profesinėje ar kitoje svarbioje srityje. Vertinant potrauminį stresą svarbu nepamiršti ir kultūrinių ypatumų – skirtingose kultūrose simptomams gali būti priskiriamos nevienodos reikšmės. Taigi pabrėžiama, kad itin svarbi vertinimo dalis yra funkcionavimo sutrikimo vertinimas, t. y. labai svarbu atsižvelgti, kiek simptomai trukdo žmogui kasdiniame gyvenime, ir įvertinti jų visumą, o ne tiesiog traktuoti pavienius simptomus kaip patologinius (WHO, 2022). Taip pat svarbu paminėti, kad asmeniui gali būti diagnozuojamas PTSS arba KPTSS, bet ne abu sutrikimai kartu. Jei žmogui nustatoma KPTSS diagnozė, PTSS jau neturėtų būti diagnozuojamas. Apibendrinti PTSS ir KPTSS diagnostiniai kriterijai pateikti lentelėje.

Ne tik teorinės prielaidos, bet ir moksliniai tyrimai rodo, kad PTSS ir KPTSS yra skirtingi sutrikimai. Atskiri PTSS ir KPTSS simptomų profiliai buvo patvirtinti ne viename populiacinių ir klinikinių imčių tyrime (Brewin et al., 2017; Redican et al., 2021, 2022). Lietuvoje atliktame tyrime, kuriame dalyvavo 280 psichikos sveikatos sunkumų turinčių žmonių, taip pat išsiskyrė trys tyrimo dalyvių grupės: 42,6 % buvo būdingi išreikšti PTSS simptomai, 24,9 % – sustiprėję visi KPTSS simptomai, o 32,5 % – nei PTSS, nei AOS simptomai nebuvo aiškiau išreikšti (Kazlauskas et al., 2018).

Lentelė. TLK-11 potrauminio streso sutrikimo ir kompleksinio potrauminio streso sutrikimo diagnostiniai kriterijai

Kriterijus / simptomų grupė	Simptomai	TLK-11. Potrauminio streso sutrikimas ¹	TLK-11. Kompleksinio potrauminio streso sutrikimas ²
Identifikuotas potencialiai traumuojantis įvykis ar įvykiai		☑	☑
Potrauminio streso sutrikimo (PTSS) simptomai	1. Pasikartojantis trauminės patirties išgyvenimas dabartyje	☑	☑
	2. Su traumine patirtimi susijusių stimulų vengimas	☑	☑
	3. Nuolatinis padidėjusios grėsmės jausmas	☑	☑
	PTSS simptomų sukeltas funkcionavimo sutrikimas	☑	☑
Sutrikusios asmenybės organizacijos (AOS) simptomai	4. Sutrikusi emocijų reguliacija		☑
	5. Neigiamas savęs vaizdas		☑
	6. Tarpasmeninių santykių sunkumai		☑
	AOS simptomų sukeltas funkcionavimo sutrikimas		☑

Pastabos:

1. PTSS, remiantis TLK-11, gali būti diagnozuojamas nuo trauminės patirties praėjus ne mažiau kaip kelioms savaitėms.
2. AOS simptomų reiškimosi trukmė TLK-11 nėra nurodoma, tačiau rekomendacijos dėl AOS simptomų gali būti pateikiamos psichologinės diagnostikos priemonėse (pavyzdžiui, Tarptautiniame traumos interviu (ITI)).

3. Trauminių patirčių įvairovė ir KPTSS

Nuo pat oficialaus pripažinimo potrauminio streso sutrikimas buvo neatsiejamas nuo sąlyčio su traumine patirtimi. Trauminės patirties kriterijaus, kaip būtino PTSS diagnostinio veiksnio, įtraukimas į klasifikacijas leido suprasti, kad potrauminis stresas atsiranda būtent dėl sukreciančių įvykių poveikio žmogaus psichologinei savijautai ir jis negali vystytis atsietai nuo konkrečių patirčių. Vis dėlto samprata, kas yra laikoma traumuojančia patirtimi, istoriškai kito ir mokslininkai iki šiol apie tai neturi vienodos nuomonės (Hyland et al., 2021). DSM-5 nurodoma, kad potencialiai traumuojančios patirtys yra tos, kurios yra susijusios su mirtimi, grėsme gyvybei, rimtu sužeidimu ar seksualine prievarta. Žmogus gali būti trauminį įvykį patyręs pats, buvęs jo liudininku, sužinojęs apie trauminį įvykį, nutikusį artimajam, ar susidūręs su pasibjaurėjimą keliančiomis trauminiu įvykiu detalėmis (pavyzdžiui, policijos pareigūnai, nuolat susiduriantys su vaikų prievartos situacijomis) (American Psychiatric Association, 2013). Šiame apibrėžime gana konkrečiai nurodoma, kokie įvykiai gali būti laikomi potencialiai traumuojančiais.

Norint nustatyti potrauminio ar kompleksinio potrauminio streso sutrikimą remiantis TLK-11, taip pat svarbu identifikuoti potencialiai traumuojančią patirtį. Tik TLK-11 apibrėžimuose pateikiamos gairės, o ne griežti nurodymai, kokie įvykiai gali sukelti potrauminio streso sutrikimą. Prie PTSS apibrėžimo minima, kad PTSS gali atsirasti asmeniui patyrus ypač grėsmingą, gąsdinantį ar keliantį siaubą įvykį arba įvykių. Tokių įvykių pavyzdžiai būtų gamtinių nelaimių, karo, rimtų nelaimingų atsitikimų, kankinimo, seksualinės prievartos, terorizmo, užpuolimo ar staigaus gyvybei pavojingo sveikatos sutrikimo (pavyzdžiui, miokardo infarkto) patirtys. Taip pat nurodoma, kad žmogus gali būti buvęs kitų asmenų sužeidimo ar mirties, kai šios patirtys buvo staigios, netikėtos ar

smurtinės, liudininku. Taip pat žmogus gali būti sužinojęs apie staigią, netikėtą ar smurtinę artimojo mirtį. Prie KPTSS apibūdinimo dar prideda- ma, kad jį dažniausiai gali sukelti ilgalaikiai ar pasikartojantys įvykiai, iš kurių ištrūkti yra sunku ar neįmanoma (pavyzdžiui, kankinimai, vergija, genocidas, užsitęsęs fizinis smurtas artimoje aplinkoje, pasikartojanti seksualinė ar fizinė prievarta vaikystėje) (WHO, 2022). Iš šių apibūdinimų galime matyti, kad potencialiai traumuojančios patirtys suprantamos kaip kur kas intensyvesnės ir grėsmingesnės nei kasdieniai stresoriai.

Vis dėlto TLK-11 svarbiau yra ne griežtas trauminės patirties apibrė- žimas, o reakcija į patirtį, t. y. konkrečių kliniškai reikšmingų simptomų visuma. Taip klinicistas turi daugiau erdvės įvertinti, ar patirtis klientui subjektyviai atrodė itin stipriai grėsminga ar gąsdinanti (Brewin et al., 2019). Hyland ir kolegų (2021) tyrime atsiskleidė, kad tokios patirtys kaip pasikartojančios patyčios ar atstūmimo jausmas ir nepriežiūra vaikystėje taip pat gali būti KPTSS rizikos veiksniai. Svarstoma, jog potencialiai trau- muojuojančio įvykio sampratos praplėtimas gali būti vertingas, kad neliktų nepastebėti tie žmonės, kurie kenčia nuo potrauminio streso, tačiau kurių patirtys neatitinka siauro trauminio įvykio kriterijaus apibrėžimo. Vis dėl- to verta pabrėžti, kad potencialiai traumuojančiais įvykiais ir toliau turėtų būti laikomos išskirtinės grėsmingos patirtys, sukeliančios itin stiprią bai- mę ar siaubą (Hyland et al., 2021).

Kaip minėta, kompleksinio potrauminio streso pasekmės yra labiau siejamos su užsitęsusiu ir pasikartojančiu traumavimu, tačiau tai nėra būtina diagnostinė KPTSS sąlyga. Tai svarbus KPTSS rizikos veiksnys, tačiau kompleksinis potrauminis stresas gali atsirasti ir po vienkartinio trauminio įvykio (Cloitre, 2020; Maercker et al., 2013). Tyrimai rodo, kad kompleksinio potrauminio streso rizikos veiksnys gali būti tarpasmeninio tipo trauminiai įvykiai (Cloitre et al., 2018), tai yra patirtys, kai kančia yra sukeliama kitų žmonių, turinčių psichologinę ir fizinę kontrolę nuken- tėjusiojo atžvilgiu (Palic et al., 2016). Nepalankios vaikystės patirtys taip pat priskiriamos prie kompleksinio potrauminio streso rizikos veiksnių (Karatzias et al., 2020). Visgi tyrimų rezultatai nėra vienodi ir greičiausiai

atspindi, kad pati trauminė patirtis nėra vienintelis svarbus kompleksinių potrauminių reakcijų susidarymo veiksnys, reikšmingi gali būti ir įgimti bei aplinkos veiksniai. Pažeidžiamumo veiksniai gali sąlygoti KPTSS vystymąsi ir po vieno trauminio įvykio arba apsauginiai veiksniai gali lemti atsparumą neigiamam ilgalaikio ar pasikartojančio traumavimo poveikiui (Cloitre, 2020). Pavyzdžiui, Kvedaraitės, Geležėlytės, Karatzias ir kolegų (2021) tyrime atsiskleidė, kad tokie socialiniai veiksniai kaip savo trauminių patirčių atskleidimas ir artimiausių šeimos narių ar draugų parama yra susiję su mažesne KPTSS vystymosi rizika.

4. Trauminių patirčių, PTSS ir KPTSS paplitimas

Įvairiais tyrimais patvirtinama, kad žmonės gyvenime gana dažnai susiduria su trauminėmis patirtimis. Nors atrodytų, kad tai išskirtinai grėsmingi patyrimai, daug žmonių nurodo gyvenime patyrę bent vieną trauminį įvykį. Tyrime, kuriame buvo analizuojami beveik 60 000 dalyvių iš įvairių šalių duomenys, 70,4 % asmenų nurodė gyvenime patyrę bent vieną trauminį įvykį (Kessler et al., 2017). Lietuvoje atliktų tyrimų rezultatuose atsispindintis trauminių patirčių paplitimas panašus: 70–75 % tyrimo dalyvių nurodo gyvenime patyrę trauminių įvykių (Kazlauskas & Zelviene, 2016). Dar viename Lietuvoje atliktame populiacinės imties tyrime apskaičiuota, kad dalyviai vidutiniškai nurodė patyrę po beveik keturis skirtingus trauminius įvykius (Skerytė-Kazlauskienė et al., 2015). Kitame Lietuvos klinikinės imties tyrime dalyviai vidutiniškai nurodė gyvenime susidūrę su beveik šešiomis skirtingomis trauminėmis patirtimis (Kvedaraite, Gelezelyte, Karatzias et al., 2021). Taigi potencialiai traumuojančios patirtys žmonių gyvenime yra gana dažnos, o klinikinėje praktikoje yra nemaža tikimybė susidurti su klientais, kurie patyrė daug ir įvairių trauminių patirčių.

Skirtingose šalyse atliktuose tyrimuose paaiškėjo, kad TLK-11 potrauminio streso sutrikimo rizikos paplitimas bendrosios populiacijos imtyse svyruoja nuo 1,5 % iki 9,0 %, o kompleksinio potrauminio streso – nuo 0,5 % iki 7,7 % (Ben-Ezra et al., 2018; Cloitre et al., 2019; Hyland et al., 2021; Maercker et al., 2018). Lietuvoje atliktame bendrosios populiacijos tyrime aptikta, jog PTSS rizikos paplitimas buvo 5,8 %, o KPTSS – 1,8 % (Kvedaraite, Gelezelyte, Kairyte et al., 2021). Kitame klinikinės imties tyrime gauta, kad PTSS rizikos paplitimas buvo 13,9 %, o KPTSS – 10,0 % (Kvedaraite, Gelezelyte, Karatzias et al., 2021). Tyrimuose matyti, kad klinikinėse imtyse kompleksinio potrauminio streso paplitimas neretai gali

būti net didesnis nei potrauminio streso (Hyland et al., 2017; Vallières et al., 2018). Taigi psichikos sveikatos specialistams klinikinėje praktikoje gali neretai tekti dirbti su žmonėmis, patiriančiais kompleksinio potrauminio streso simptomų.

Vis dėlto realiai Lietuvos sveikatos sistemoje diagnozuojamų TLK-10 potrauminio streso sutrikimo atvejų dažnis yra labai mažas. Remiantis 2018–2020 m. nacionalinio sveikatos registro duomenimis, PTSS buvo nustatytas 0,01–0,02 % populiacijos (Kazlauskas et al., 2021). Panašios tendencijos buvo matyti ir atlikus 2014–2015 m. duomenų analizę (Kazlauskas et al., 2017). Šie procentai yra daug mažesni nei gaunama moksliniuose tyrimuose. Pasaulyje PTSS yra vienas iš dažniausiai diagnozuojamų psichikos sutrikimų (Maercker et al., 2013), taigi tikėtina, kad Lietuvos sveikatos sistemoje potrauminio streso sutrikimas yra sunkiau atpažįstamas. Kadangi šio leidinio rengimo metu Lietuvoje vis dar galioja TLK-10-AM versija, kompleksinio potrauminio streso sutrikimo diagnostinių duomenų kol kas neturime. Svarbu, kad iki diagnostinių naujovių įgyvendinimo Lietuvos sveikatos sistema būtų tinkamai pasiruošusi atpažinti TLK-11 potrauminio streso ir kompleksinio potrauminio streso simptomus.

5. KPTSS įvertinimo būdai

Psichotraumatologinis įvertinimas svarbus siekiant geriau suprasti klientų potrauminės reakcijos ir parinkti tinkamiausius intervencijos metodus (Briere & Scott, 2006). Apibendrintai galėtume sakyti, kad psichotraumatologinė pagalba susideda iš trijų svarbių užduočių: 1) įvertinimo, 2) terapinio plano ir jo įgyvendinimo, 3) tęstinės pagalbos (angl. *follow-up*). Psichotraumatologinis įvertinimas apima PTSS ir KPTSS simptomų, taip pat kitų susijusių biopsichosocialinių simptomų (pavyzdžiui, suicidiškumo, priklausomybių, miego ypatumų) įvertinimą. Taip pat vertinamos dabartinės gyvenimo aplinkybės, kliento vidiniai ir išoriniai išteklių bei stiprybės (Cloitre et al., 2020).

Kadangi kompleksinio potrauminio streso diagnozė į TLK-11 klasifikaciją buvo įtraukta tik 2018 m., šiuo metu intensyviai vykdomi įvairūs kompleksinio potrauminio streso atpažinimo tyrimai. Apibendrintai galėtume išskirti dviejų tipų KPTSS simptomų įvertinimo priemonės – tai savistatos klausimynai ir struktūruoti ar pusiau struktūruoti diagnostiniai interviu. Plačiausiai tyrimuose ir praktikoje naudojamas savistatos įrankis, skirtas preliminariam TLK-11 PTSS ir KPTSS simptomų įvertinimui, yra Tarptautinis traumos klausimynas (angl. *International Trauma Questionnaire* (Cloitre et al., 2018), ITQ). Paskelbta ir dar keletas alternatyvių savistatos priemonių, pavyzdžiui, Kompleksinės traumos klausimynas (*Complex Trauma Inventory* (Litvin, Kaminski, & Riggs, 2017), CTI) ir vokiška kompleksinio PTSS apžvalginė priemonė (*German-language Screening for Complex PTSD* (Dorr, Sack & Bengel, 2018), SkPTBS). Tačiau jie dar negausiai tyrinėti moksliniuose tyrimuose.

Vis dėlto savistatos klausimynus dažniausiai sudaro keletas paprastai suformuluotų klausimų, kuriuos asmuo turi įvertinti pats. Tai leidžia nesunkiai ir greitai įvertinti galimą sutrikimo simptomų pasireiškimo bei paplitimo riziką, tačiau savistatos metodai nėra pakankami svarbių dia-

gnostinių sprendimų priėmimui. Potrauminio streso įvertinimo „auksiniu standartu“ yra laikomas interviu (Siqueland et al., 2017). Interviu metu kvalifikuotas ir diferencinę diagnostiką išmanantis specialistas atlieka giluminį ir įvairiapusišką simptomų įvertinimą, kuris leidžia priimti svarbius diagnostinius sprendimus. Šiuo metu daugiausia empiriškai tyrinėta klinikinė kompleksinio potrauminio streso diagnostinė priemonė yra Tarptautinis traumos interviu (angl. *International Trauma Interview*, ITI). Neseniai buvo pasiūlytas kitas pusiau struktūruotas kompleksinio potrauminio streso simptomų įvertinimo interviu – COPISAC (*Complex PTSD Item Set additional to the CAPS*; Lechner-Meichsner & Steil, 2021). Tai KPTSS klausimų rinkinys, naudojamas kartu su Klinikine DSM-5 PTSS skale (angl. *Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5*, CAPS-5), norint papildomai įvertinti sutrikusios asmenybės organizacijos simptomus. Vis dėlto šis interviu iki šiol dar nėra empiriškai tyrinėtas bei įvertintas, tad šiuo metu nėra galimybių plačiau apžvelgti jo tinkamumą ir praktinę naudą.

Tolesniuose skyriuose trumpai aptarsime šiuo metu daugiausia mokslinio pagrindimo sulaukusias KPTSS įvertinimo priemones: Tarptautinį traumos klausimyną ir Tarptautinį traumos interviu.

5.1. Tarptautinis traumos klausimynas

Naujausią Tarptautinio traumos klausimyno (ITQ) (Cloitre et al., 2018) versiją sudaro 1) labiausiai paveikusios trauminės patirties identifikavimas, 2) iš viso 12 klausimų skirtingų PTSS ir KPTSS simptomų poveikio įvertinimui ir 3) klausimai, skirti įvertinti simptomų poveikį asmens funkcionavimui. ITQ yra trumpas ir lengvai administruojamas, pasižymintis geromis psichometrinėmis charakteristikomis, todėl jis itin plačiai naudojamas tyrimuose (Redican et al., 2021). Tyrimai taip pat atskleidžia geras lietuviškos ITQ versijos psichometrines savybes (Kvedaraite, Gelezelyte, Kairyte et al., 2021; Kvedaraite, Gelezelyte, Karatzias et al., 2021). ITQ yra išverstas į daugelį pasaulio kalbų ir laisvai prieinamas tinklalapyje www.traumameasuresglobal.com.

Tokiuose apžvalginiuose (angl. *screening*) klausimynuose kaip ITQ paprastai pateikiamos vertinimo gairės ar ribos, koks įvertintų teiginių suminis įvertis jau rodytų tiriamų sunkumų riziką. ITQ taip pat pateikiami nurodymai, kaip galima įvertinti, kad kliento pateikti atsakymai jau žymi PTSS arba KPTSS riziką (Cloitre et al., 2018). Nors ITQ nėra tinkamas klinikinių diagnostinių sprendimų priėmimui, klinikinėje praktikoje jis gali būti naudojamas siekiant greitai apžvelgti kliento TLK-11 PTSS ir KPTSS simptomų riziką. Vallières ir kolegų (2018) tyrime psichoterapeutai pastebėjo, kad ITQ gali būti naudingas klinikinėje praktikoje, nes klausimyno naudojimas gali paskatinti klientą pradėti kalbėtis apie sunkias gyvenimo patirtis ir išreikšti su tuo susijusius jausmus.

5.2. Tarptautinis traumos interviu

Šiuo metu daugiausia empiriškai tyrinėta klinikinė kompleksinio potrauminio streso diagnostinė priemonė yra Tarptautinis traumos interviu (angl. *International Trauma Interview*, ITI). Iki šiol atlikti tyrimai atskleidė geras ITI interviu psichometrines savybes Švedijos (Bondjers et al., 2019) ir Lietuvos (Gelezelyte, Roberts et al., 2022) traumas patyrusių asmenų imtyse. Tikimasi, kad jau greitai pasirodys ITI tyrimų rezultatai iš kitų šalių. ITI sudaro trys pagrindinės dalys: trauminės patirties identifikavimas, PTSS simptomų įvertinimas ir AOS (sutrikusios asmenybės organizacijos) simptomų įvertinimas.

Vertinant kliento trauminės patirtis rekomenduojama naudotis trauminių patirčių vertinimo klausimynu, pavyzdžiui, Gyvenimo įvykių sąrašu (angl. *Life Events Checklist* (Weathers et al., 2013), LEC), ar kita mokslu grįsta struktūruota priemone. Tokie sąrašai leidžia apžvelgti įvairias potencialiai traumuojančias patirtis, kurias galbūt teko patirti klientui. Trauminės patirtys, kurios vertinamos kaip labiausiai paveikusios klientą, išsamiau aptariamos interviu pradžioje. Trauminių patirčių aptarimui nėra skiriama daug laiko. Svarbiausia, kad specialistas geriau suprastų kliento trauminių patirčių kontekstą ir galėtų įvertinti, ar patirti įvykiai

yra potencialiai traumuojantys. Toliau atliekamas detalus potrauminio streso simptomų intensyvumo ir patiriamo dažnumo įvertinimas, paskui vertinamas šių simptomų poveikis asmens funkcionavimui socialinėje ir darbinėje ar kitoje svarbioje gyvenimo srityje. Aptarus PTSS simptomus, toliau vertinamas sutrikusios asmenybės organizacijos (AOS) simptomų stiprumas ir pastovumas. Vėliau taip pat įvertinamas AOS simptomų poveikis asmens funkcionavimui. Atlikus įvertinimą, priimami diagnostiniai sprendimai. Remdamasis atliktu įvertinimu, specialistas gali aiškiai matyti, kiek stipriai išreikšti yra kliento PTSS arba KPTSS simptomai, ir pagal tai vertinti intervencijų poreikį.

ITI vadove pateikiama išsami informacija, kaip atlikti interviu ir įvertinti kliento patiriamus simptomus. Interviu nurodymuose taip pat pateikiamos konkrečios formuluotės, kaip klientui pristatyti tolesnę interviu eigą, kas užtikrina, kad įvertinimo procedūros bus pristatomos tinkamai bei aiškiai. Tai padeda sustiprinti kliento saugumo ir kontrolės jausmą. Šie jausmai itin svarbūs padedant klientui atsiskleisti psichotraumatologinio įvertinimo metu. ITI interviu vidutiniškai trunka apie 30–90 min., tai priklauso nuo patiriamų simptomų įvairovės bei sudėtingumo. Pagal šiuo metu nustatytus reikalavimus, ITI klinikinėje praktikoje ar tyrimuose gali taikyti tik specializuotus mokymus baigęs specialistas.

Psichotraumatologinis įvertinimas gali būti vertingas neatsižvelgiant į tai, dėl kokios problemos klientas kreipėsi į psichikos sveikatos specialistą. Prieš numatant terapinį planą gali būti naudinga įvertinti kliento trauminių patirčių istoriją bei PTSS ir KPTSS riziką. Žinoma, su kiekvienu klientu atlikti giluminius diagnostinius interviu gali būti perteklinis sprendimas, nes tai užima daug laiko ir ne kiekvienam klientui tai bus aktualu. Tačiau, naudojantis apžvalginėmis priemonėmis, išsamus klinikinis psichotraumatologinis įvertinimas galėtų būti atliekamas tik tų klientų, kurių užpildyti apžvalginiai klausimynai atskleidė tam tikrą kliniškai reikšmingų PTSS ar KPTSS simptomų riziką (Bisson et al., 2020).

6. KPTSS diferencinė diagnostika

Susipažinus su kompleksinio potrauminio streso sutrikimo diagnostiniais kriterijais, gali kilti klausimų dėl KPTSS simptomų panašumo į kitus psichikos sveikatos sunkumus. Toliau trumpai aptarsime pagrindinius kompleksinio potrauminio streso ir kitų psichikos sveikatos sutrikimų panašumus ir skirtumus.

KPTSS ir asmenybės sutrikimai. TLK-11 žymi naujos asmenybės sutrikimų sampratos pokyčius pereinant nuo kategorinio prie dimensinio požiūrio į asmenybės patologiją (Barkauskienė et al., 2021). Asmenybės sutrikimas naujame TLK-11 leidime apibrėžiamas kaip skirtingo sunkumo savasties elementų funkcionavimo sutrikimas ir (arba) tarpasmeninio funkcionavimo sutrikdymas (WHO, 2022). Kompleksinio potrauminio streso ir asmenybės sutrikimų simptomatikos sutapimas gali sukelti nemažai klausimų, nes KPTSS sutrikusios asmenybės organizacijos simptomai yra glaudžiai susiję su savasties bei tarpasmeninio funkcionavimo disfunkcija, būdinga asmenybės sutrikimams (Felding et al., 2021).

Svarbus diferencinės diagnostikos veiksnys čia pirmiausia yra trauminės patirties identifikavimas. Potencialiai traumuojantis patyrimas yra būtinas kompleksinio potrauminio streso vystymosi veiksnys. Nors psichologinės traumos yra vienas iš asmenybės sutrikimo vystymosi rizikos veiksnių, konkrečios trauminės patirties identifikavimas nėra privalomas nustatant asmenybės sutrikimą (Felding et al., 2021). Nustatant kompleksinio potrauminio streso sutrikimą, taip pat turi būti kliniškai reikšmingai išreikšti ir visi potrauminio streso simptomai, glaudžiai susiję su traumiiniu patyrimu. Jei atliekant įvertinimą tokia sąsaja yra mažai tikėtina, tada specialistas turėtų pasvarstyti, kad galbūt aptikti simptomai nėra reakcijos į trauminę patirtį ir kliento problemos yra susijusios su kitais psichikos sveikatos sunkumais. Atliekant diferencinę diagnostiką taip pat gali

būti naudinga atsižvelgti į simptomų radimosi istoriją kliento raidos perspektyvoje bei trukmę. Norint diagnozuoti asmenybės sutrikimą, simptomai turėtų būti ryškūs gana ilgą laiką, pavyzdžiui, dvejus metus ar ilgiau (WHO, 2022).

Kartu pažymima, kad KPTSS savasties ir tarpasmeninio funkcionavimo sutrikimų kriterijai yra specifiskesni nei asmenybės sutrikimo atveju. Pavyzdžiui, kalbant apie ribinio tipo asmenybės ir sutrikusios asmenybės organizacijos simptomų skirtumus, pabrėžiama, kad emocinis labilumas ir kontrolės trūkumas, nestabilus ir fragmentuotas savęs vaizdas, taip pat nestabilūs santykiai yra būdingesni ribiniam asmenybės sutrikimui. O sunkumai stengiantis nusiraminti ar, atvirkščiai, emocinė nejautra, susidūrus su nestipriais stresoriais, pastovus bevertiškumo jausmas ir pastovus atsiribojimas nuo santykių bei artimesnių santykių vengimas yra būdingi kompleksiniam potrauminiam stresui (Ford & Courtois, 2021). Taip pat baimė būti paliktam ir savižala labiau susijusios su emocijų reguliacija ribinio asmenybės sutrikimo atveju, šie simptomai neįeina į KPTSS AOS simptomų apibrėžimą (Bisson et al., 2020).

Kai kurie empiriniai tyrimai taip pat rodo, kad kompleksinio potrauminio streso simptomai gali būti atskiriami nuo ribinio tipo asmenybės sutrikimo simptomų (Cloitre et al., 2014; Knefel et al., 2016), vis dėlto kitų tyrimų rezultatai atskleidžia bent tam tikrą simptomų sutapimą (Saraiya et al., 2021). Frost su kolegomis (2020) aptiko, kad seksualinio pobūdžio trauminius įvykius patyrusių asmenų imtyje beveik 17 % jų buvo būdingi stipriau išreikšti tiek KPTSS, tiek ribinio asmenybės sutrikimo simptomai. Taigi tikėtina, kad KPTSS ir asmenybės sutrikimams bent tam tikras komorbidiškumas yra būdingas. Kadangi tiek asmenybės sutrikimų, tiek kompleksinio potrauminio streso diagnostikos naujovės TLK-11 įvestos neseniai, reikia tolesnių tyrimų, padėsiančių geriau suprasti skirtumus tarp šių diagnostinių kategorijų.

KPTSS ir kiti specifiskai su stresu susiję sutrikimai. Klientų trauminės patirtys gali būti susijusios ir su artimo žmogaus netektimi, pavyzdžiui, artimojo mirtimi dėl savižudybės, žmogžudystės, eismo įvykio

metu. Tokiu atveju gali būti naudinga įvertinti ne tik kliento KPTSS, bet ir **užsitęsusio gedulo sutrikimo** simptomus. Naujojoje TLK-11 versijoje nurodoma, kad užsitęsęs gedulas pasireiškia artimojo ilgėjimusi ar nuolatinio galvojobūviu apie mirusįjį, o tai lydi intensyvus emocinis skausmas. Šios stiprios ir asmens funkcionavimą reikšmingai trikdančios reakcijos turėtų būti būdingos bent šešis mėnesius (WHO, 2022). Ryškiausias skirtumas tarp užsitęsusio gedulo ir potrauminio streso yra susijęs su pakartotiniu trauminės patirties išgyvenimu dabartyje. Užsitęsusio gedulo atveju žmogus gali itin daug galvoti apie artimojo mirtį, o patirdamas potrauminį stresą žmogus išgyvena mirties aplinkybes lyg patirtis vėl kartotųsi „čia ir dabar“.

Adaptacijos sutrikimas apibrėžiamas kaip apsunkinta reakcija į patirtą stresorių ar stresorius. Simptomai pasireiškia nuolatinio galvojobūviu apie stresorių ir sunkumais prisitaikyti prie jo sukeltų pokyčių, kurie trikdo kasdienį funkcionavimą. Simptomai paprastai išryškėja praėjus mėnesiui nuo stresoriaus patyrimo (WHO, 2022). Jau iš apibrėžimo matyti, kad adaptacijos sutrikimas gali būti nustatytas tik identifikavus kliento stresines patirtis. Nors adaptacijos sutrikimas dažnai labiau siejamas ne su trauminiais, o su kasdieniais stresoriais (Zelviene & Kazlauskas, 2018), vis dėlto, jei po potencialiai traumuojančių įvykių klientui nepasireiškia potrauminio streso simptomai, gali būti tikslinga įvertinti adaptacijos sunkumus.

7. KPTSS gretutinumas su kitais psichikos sveikatos sutrikimais

Tyrimuose neretai aptinkama, kad stipriau išreikšti kompleksinio potrauminio streso simptomai yra labiau susiję su aukštesniu depresiškumo lygiu ir prastesne bendra psichologine gerove nei potrauminio streso atveju (Facer-Irwin et al., 2021; Hyland et al., 2020; Karatzias et al., 2017; Redican et al., 2022). Kompleksinis potrauminis stresas taip pat susijęs su didesne priklausomybių nuo psichoaktyvių medžiagų, somatinių simptomų, psichozės epizodų, disociacinių sutrikimų rizika (Bisson et al., 2020; Facer-Irwin et al., 2021; Powers et al., 2017). Toks gretutinumas gali nestebinti, nes sutrikusios asmenybės organizacijos simptomai gali būti būdingi ir kitiems psichikos sveikatos sutrikimams, pavyzdžiui, emocijų reguliacijos sunkumai pasireiškia įvairių nerimo ir nuotaikos sutrikimų atveju, o negatyvus savęs vaizdas yra vienas iš depresijos epizodo požymių (Redican et al., 2022). Taip pat natūralu, kad kompleksinio potrauminio streso sutrikimas, apimantis didesnę įvairovę simptomų, įskaitant ir savasties bei tarpasmeninių santykių problemas, susijęs ir su prastesne psichologine savijauta bei funkcionavimu (Cloitre, 2020).

Taigi tikėtina, kad klientai, kuriems diagnozuotas kompleksinis potrauminis stresas, gali turėti ir kitų gretutinių psichikos sveikatos nusi-skundimų. Kaip minėta, psichotraumatologinis įvertinimas apima ne tik PTSS ir KPTSS simptomų, bet ir kitų susijusių biopsichosocialinių simptomų įvertinimą (Cloitre et al., 2020). Pastebėjus išreikštus gretutinius sunkumus, reikia spręsti, kurių sutrikimų simptomai turėtų būti intervencijos tikslas. Pavyzdžiui, komorbidiškų potrauminio streso ir depresijos atveju dažniausiai intervencijos tikslas būtų PTSS simptomai, o depresiškumas turėtų mažėti, sėkmingai silpnėjant PTSS simptomams. Vis dėlto, jei depresijos simptomai apsunkintų PTSS gydymą arba būtų didelė savijudybės rizika, gali būti svarbu intervenciją pradėti nuo depresijos

simptomų gydymo (National Institute for Health and Care Excellence, 2018). Žinoma, svarbu turėti omenyje, kad potrauminis stresas tėra viena iš galimų reakcijų į traumines patirtis. Žmonės į traumuojančius įvykius gali reaguoti ir nuotaikos, nerimo, priklausomybių ar kitais psichikos sveikatos sunkumais (WHO, 2022).

8. KPTSS ir savižudybės rizika

Potrauminio streso sutrikimas yra laikomas vienu iš suicidinių minčių, bandymų žudytis ir mirčių dėl savižudybės rizikos veiksnių (Bentley et al., 2016; Fox et al., 2021; Kryszinska & Lester, 2010). Tyrimų, kuriuose būtų analizuojamos kompleksinio potrauminio streso ir savižudybės rizikos sąsajos, dar labai trūksta. Manoma, kad savižudybės rizika kompleksinio potrauminio streso atveju gali nebūti tokia didelė kaip, pavyzdžiui, kalbant apie ribinį asmenybės sutrikimą (Cloitre et al., 2014; Hyland et al., 2019). Vis dėlto KPTSS apima ne tik PTSS simptomus, bet ir emocijų reguliacijos, savęs vertinimo bei santykių problemas, keliančias nemažą funkcionavimo kasdienybėje sunkumą. Šiam sutrikimui, kaip jau anksčiau aptarėme, taip pat būdingas neretas gretutinumas su kitomis psichikos sveikatos problemomis. Visi šie veiksniai gali turėti įtakos padidėjusiai suicidinei rizikai. Geležėlytės, Kvedaraitės ir kolegų (2022) atliktame tyrime, kuriame kompleksinio potrauminio streso simptomams įvertinti buvo naudojamas ITI diagnostinis interviu, beveik 73 % tyrimo dalyvių, kuriems buvo nustatytas KPTSS, nurodė ankstesnius bandymus žudytis. Taigi savižudybės rizikos vertinimas ir valdymas gali būti itin svarbus padedant klientams įveikti kompleksinį potrauminį stresą.

Bryan (2016) apibendrina, kokios pagalbos teikimo strategijos rekomenduojama imtis, jei kartu su kliento PTSS simptomais pastebima ir savižudybės rizika. Kadangi specifinės į darbą su trauminėmis patirtimis orientuotos terapijos yra emociškai intensyvios, esant **didelai savižudybės rizikai**, rekomenduojama pirmiausia pagalbą orientuoti į savižudybės rizikos mažinimą. Tokiu atveju pirmiausia svarbu padėti sustiprinti kliento emocijų reguliacijos, kognityvinės įveikos, problemų sprendimo įgūdžius, ir tik sumažėjus savižudybės rizikai keliauti prie metodų, orientuotų į darbą su trauminėmis patirtimis. Klientams, kurių **savižudybės rizika vidutinio stiprumo**, į darbą su trauminėmis patirtimis orientuota pagalba

turėtų būti teikiama kartu su savižudybės rizikos valdymo priemonėmis, pavyzdžiui, sudaromas saugumo planas (Stanley & Brown, 2021). Jei kliento **savižudybės rizika maža**, galima iš karto taikyti terapinius metodus, orientuotus į darbą su trauma. Bet kokių atveju specialistui svarbu nuolat stebėti kliento savižudybės riziką ir jai padidėjus neatidėliotinai skirti dėmesio šios rizikos valdymui. Įvairūs tyrimai rodo, kad tyrimais grįstos psichotraumatologinės PTSS intervencijos turi įtakos ir savižudybės rizikos mažėjimui (Bryan, 2016). Ateities tyrimai padės aiškiau suprasti, kaip darbas su savižudybės rizika galėtų būti integruojamas į KPTSS intervencijos programas.

9. Bendrieji psichotraumatologinio įvertinimo principai

Vertinant kliento trauminės patirtis ir jų poveikį savijautai svarbu atsižvelgti į psichotraumatologinio įvertinimo specifiką. Trauminės patirtys dažnai susijusios su nesaugumo, gėdos, kaltės ir kitais nemaloniais bei itin sunkiais klientui jausmais, tad saugumo ir pagarbaus santykio užtikrinimas turi didelę reikšmę padedant klientui atsiskleisti. Kompleksinio potrauminio streso atveju klientui kalbėti apie trauminės patirtis gali būti dar sunkiau. Pavyzdžiui, Kvedaraitės, Geleželytės, Kairytės ir kolegų (2021) tyrimas atskleidė, kad KPTSS rizikos grupėje esantys tyrimo dalyviai labiausiai nenorėjo kalbėti apie savo trauminės patirtis, palyginti su PTSS ir ne rizikos grupių dalyviais. Taip pat KPTSS grupės tyrimo dalyvių emocinės reakcijos atsiskleidžiant buvo įvertintos kaip intensyviausios. Taigi specialistui pravartu žinoti, į ką svarbu atsižvelgti atliekant psichotraumatologinį įvertinimą ir kaip būtų galima paskatinti klientą atskleisti savo trauminės patirtis ir jų poveikį psichologinei savijautai.

Briere ir Scott (2006) išskiria keletą svarbių psichotraumatologinio įvertinimo principų, kuriuos toliau trumpai aptarsime:

- 1) **Saugumo įvertinimas.** Bet kokioje su trauminėmis patirtimis susijusioje situacijoje pirmiausia svarbu įvertinti dabartinę grėsmę žmogaus sveikatai ir gyvybei. Pirmiausia turėtų būti užtikrinamas fizinis kliento ir aplinkinių saugumas. Taip pat svarbu įvertinti kliento psichologinį stabilumą ir gebėjimą esant dabartinės būsenos kalbėtis apie trauminės patirtis. Jei kliento būseną yra itin nestabili, naudinga pirmiausia ją stabilizuoti, o tik paskui eiti prie trauminių reakcijų įvertinimo.
- 2) **Vertinimo procedūrų paaiškinimas.** Svarbu klientui aiškiai paaiškinti, kaip vyks įvertinimas, įskaitant įvertinimo tikslus bei naudą.

Taip klientui bus lengviau suprasti, kodėl jis turėtų atskleisti savo trauminės patirtis. Atsakymų konfidencialumo užtikrinimas ir pasikatinimas informuoti specialistą, jei klientas pasijustų blogai ar norėtų pokalbį nutraukti, suteiks klientui saugumo ir padidins kontrolės jausmą, paskatins jį jaustis, kad yra gerbiamas.

- 3) **Pasitikėjimu grįsto santykio kūrimas.** Kalbėti apie trauminės patirtis klientui nėra lengva, tad tam, kad jis tai darydamas jaustųsi pakankamai saugiai, svarbu su klientu kurti pasitikėjimu ir bendradarbiavimu grįstą santykį. Klausimai klientui turėtų būti užduodami empatiškai ir nenuvertinančiai. Nors reikia stengtis, kad įvertinimo procesas būtų kuo efektyvesnis, svarbu vengti kliento „tardymo“, gerbti jo tempą, skatinti ir palaikyti kliento atsiskleidimą, pripažinti drąsą kalbėti apie sunkias trauminės patirtis.
- 4) **Intensyvių emocinių reakcijų priėmimas.** Kalbėdamas apie trauminės patirtis klientas gali išgyventi daug sunkių emocijų (baimę, kaltę, gėdą, pyktį, liūdesį ir pan.), taigi pokalbio metu jis gali pradėti verksti, nerimauti, o galbūt ir priešišškai reaguoti į specialistą. Tokiu atveju svarbu išlikti palaikančiam ir priimti tokias kliento reakcijas į sunkias trauminės patirtis.
- 5) **Asmeninės specialisto trauminių patirčių istorijos įtakos atpažinimas.** Svarbu, kad pats specialistas nesijaustų nepatogiai kalbėdamas su klientu apie jo trauminės patirtis. Jei klientas pastebėtų verbalinių ar neverbalinių užuominų, kad pačiam specialistui yra nemalonu ar sunku apie tai kalbėti, tai gali trukdyti klientui visiškai atsiskleisti. Kartu Briere ir Scott (2006) atkreipia dėmesį, kad paties specialisto trauminių patirčių istorija gali turėti įtakos tam, kaip jis reaguoja į klientą ir jo trauminės patirtis. Pavyzdžiui, nenorimų seksualinių patirčių turėjęs specialistas gali vengti kalbėtis apie kliento seksualinę prievartą. Svarbu specialistui reflektuoti savo reakcijas į kliento trauminės patirtis. Tokioje situacijoje taip pat gali būti itin naudingos supervizijos arba grupinės intervizijos. Be to,

asmeninė į darbą su trauminėmis patirtimis orientuota terapija gali padėti specialistui ne tik sumažinti savo su trauminėmis patirtimis susijusius sunkumus, bet ir pagerinti traumas patyrusių klientų savijautos įvertinimo bei terapinį procesą.

Vienas iš esminių potrauminio streso ir kompleksinio potrauminio streso simptomų yra su trauminėmis patirtimis susijusių užuominų vengimas. Klientas gali jausti stiprų norą vengti kalbėti apie su traumine patirtimi susijusius sunkumus, net ir jausdamas, kad pagalba jam yra labai reikalinga ir siekdamas jos. Turint tai omenyje, specialisto profesionali laikysena psichotraumatologinio įvertinimo metu yra itin svarbi. Taip pat gali būti svarbu palaikyti kliento viltį, kad jo reakcijas į trauminės patirtis galima sumažinti naudojant psichotraumatologines intervencijas (Cloitre et al., 2020).

Vis dėlto svarbu nepamiršti, kad buvimas empatiškam situacijose, kai klientai dalijasi savo sunkiomis trauminėmis patirtimis, gali iš specialisto pareikalauti nemažai energijos. Empatiškai žvelgdamas į kliento patirtis specialistas gali patirti nemažai skausmo, baimės, pykčio ar kitų kliento išgyvenamų emocijų. Taigi dažnas intensyvus darbas su psichologinėmis traumomis reikalauja, kad specialistas skirtų sau ypač atidaus dėmesio, pasirūpintų savimi. Figley (2002) išskiria, kad dirbant su psichologinėmis traumomis svarbus ir tam tikros emocinės distancijos nuo kliento patiriamo skausmo išlaikymas. Taip pat reikia rūpintis kokybišku pakankamu poilsiu nuo darbo ir socialine parama.

Apibendrinimas

Kompleksinio potrauminio streso sutrikimo įtraukimas į TLK-11 klasifikaciją yra reikšmingas žingsnis psichotraumatologijoje, paskatinęs mokslininkus intensyviai ieškoti efektyviausių būdų, kaip padėti žmonėms, patiriantiems sudėtingas psichologinio traumavimo pasekmes. Bet kurios psichologinės pagalbos pirmasis ir labai svarbus etapas yra klinikinis kliento patiriamų sunkumų įvertinimas. Šiuo metu daugiausia tyrinėtos ir empiriškai pagrįstos kompleksinio potrauminio streso vertinimo priemonės yra klinikinis diagnostinis Tarptautinis traumos interviu (ITI) ir savistatos Tarptautinis traumos klausimynas (ITQ). Lietuva yra tarp pirmųjų pasaulyje šalių, paskelbusių apie ITI tinkamumą kompleksinio potrauminio streso įvertinimui.

Psichotraumatologinio įvertinimo tikslas yra geriau suprasti klientų trauminės reakcijos ir pagal tai planuoti intervencijas. Pats diagnozių atskyrimas TLK-11 rodo pastangas psichologinių intervencijų planus kuo labiau pritaikyti individualiems klientų poreikiams. Tikimasi, kad nauja diagnostinė kategorija padės specialistams tiksliau atpažinti skirtingas reakcijas į patirtus trauminius įvykius ir parinkti klientams tinkamiausius intervencijos būdus. Dar turės būti atlikta nemažai tyrimų, kol geriau suprasime KPTSS rizikos ir apsauginius veiksnius, atrasime geriausius intervencijos metodus. Neabejotina, kad ateinantį dešimtmetį bus intensyviai ieškoma atsakymų, ar kompleksinio potrauminio streso atveju pakanka taikyti PTSS intervencijas, ar jos turi būti tobulinamos ir papildomos (Karatzias & Cloitre, 2019). Visos žinios, kurias mokslas jau yra sukaupęs apie PTSS, turėtų padėti šių tikslų siekti sparčiau. Psichotraumatologijos srityje dirbantiems psichikos sveikatos specialistams svarbu nuolat atnaujinti savo žinias bei įgūdžius, kad klientams teikiama pagalba atitiktų naujausias mokslu grįstas tendencijas.

Apie autorę

Dr. Odeta Geleželytė yra klinikinė psichologė, Vilniaus universiteto vyresnioji mokslo darbuotoja, mokslinių tyrimų vadovė. Tyrimus pradėjo vykdyti nuo 2012 m. savižudybių psichologijos srityje. 2019 m. Vilniaus universitete apgynė daktaro disertaciją gedulo po artimojo savižudybės tema. Nuo 2020 m. O. Geleželytė dalyvauja Vilniaus universiteto Psichotraumatologijos centro komandos vykdomuose moksliniuose tyrimuose. 2020–2022 m. O. Geleželytė įgyvendino podoktorantūros stažuotės tyrimo projektą, kuriuo buvo siekiama išanalizuoti Tarptautinio traumos interviu (ITI) tinkamumą kompleksinio potrauminio streso simptomams vertinti. O. Geleželytė buvo tarp pirmųjų specialistų Lietuvoje, apmokytų praktikoje taikyti ITI interviu. Atlikdama tyrimą įgijo vertingos ITI taikymo patirties, interviu vertinimo žinias tobulino supervizuodamasi pas originalios interviu versijos autorius – patyrusius psichotraumatologijos ekspertus iš Kardifo universiteto (Jungtinė Karalystė).

O. Geleželytė itin domisi psichotraumatologija tarptautiniame kontekste, reguliariai stažuojasi kitų šalių universitetuose, aktyviai bendradarbiauja su mokslininkais psichotraumatologais iš kitų šalių. O. Geleželytė yra Europos trauminio streso tyrimų asociacijos (ESTSS), asociacijos EMDR Lietuva, Lietuvos psichologų sąjungos narė. 2022 m. O. Geleželytė išrinkta Lietuvos traumų psichologijos asociacijos prezidente. Kartu O. Geleželytė turi klinikinio darbo su traumas patyrusiais asmenimis patirties, yra sertifikuota nujautrinimo akių judesiais ir perdirbimo terapijos (EMDR) ir trumpalaikės eklektinės potrauminio streso terapijos (BEPP) specialistė. Taip pat nuo 2020 m. O. Geleželytė veda mokymus psichikos sveikatos specialistams, kaip atpažinti ir įvertinti streso reakcijas.

Literatūra

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd edn)*. American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn) (DSM-IV)*. American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edn) (DSM-5)*. Washington, DC: Author.

Barkauskienė, R., Gaudiešiūtė, E. ir Skabeikytė, G. (2021). Asmenybės sutrikimo sampratos kaita pereinant prie TLK-11: žvilgsnis iš klinikinės ir raidos perspektyvų. *Psichologija*, 65, 8–21. <https://doi.org/10.15388/Psichol.2021.36>

Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Hyland, P., Brewin, C. R., Cloitre, M., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Lueger-Schuster, B., & Shevlin, M. (2018). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) as per ICD-11 proposals: A population study in Israel. *Depression and Anxiety*, 35(3), 264–274. <https://doi.org/10.1002/da.22723>

Bentley, K. H., Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Kleiman, E. M., Fox, K. R., & Nock, M. K. (2016). Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 43, 30–46. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.008>

Bisson, J. I., Brewin, C. R., Cloitre, M., & Maercker, A. (2020). *Diagnosis, Assessment, and Screening for PTSD and Complex PTSD in Adults*. In D. L. Forbes, J. I. Bisson, C. M. Monson, & L. Berliner (Eds.), *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (3rd ed)* (pp. 49–68). New York: Guildford Press.

Bondjers, K., Hyland, P., Roberts, N. P., Bisson, J. I., Willebrand, M., & Arnberg, F. K. (2019). Validation of a clinician-administered diagnostic measure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD: The International Trauma Interview in a Swedish sample. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1665617>

Brewin, C. R. (2019). Complex post-traumatic stress disorder: A new diagnosis in ICD-11. *BJPsych Advances*, 26(3), 145–152. <https://doi.org/10.1192/bja.2019.48>

Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., Rousseau, C., Somasundaram, D., Suzuki, Y., Wessely, S., van Ommeren, M., & Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>

Brewin, C. R., Rumball, F., & Happé, F. (2019). Neglected causes of post-traumatic stress disorder. *The BMJ*, 365, 10–11. <https://doi.org/10.1136/bmj.l2372>

Briere, J., & Scott, C. (2006). *Principles of Trauma Therapy: A Guide to Symptoms, Evaluation, and Treatment*. SAGE Publications, Inc.

Bryan, C. J. (2016). Treating PTSD Within the Context of Heightened Suicide Risk. *Current Psychiatry Reports*, 18(8). <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0708-z>

Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536–546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>

Cloitre, M. (2020). ICD-11 complex post-traumatic stress disorder: Simplifying diagnosis in trauma populations. *British Journal of Psychiatry*, 216(3), 129–131. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.43>

Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B., Carlson, E. B., & Bryant, R. A. (2014). Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 5. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25097>

Cloitre, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Roberts, N. P., Karatzias, T., & Shevlin, M. (2019). ICD-11 Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in the United States: A Population-Based Study. *Journal of Traumatic Stress*, 32(6), 833–842. <https://doi.org/10.1002/jts.22454>

Cloitre, M., Karatzias, T., & Ford, J. D. (2020). Treatment of Complex PTSD. In D. Forbes, J. I. Bisson, C. M. Monson, & L. Berliner (Eds.), *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (3rd ed.)* (pp. 365–384). New York: The Guilford Press.

Dorr, F., Sack, M., & Bengel, J. (2018). Validation of the Screening for Complex PTSD (SkPTBS) – Revision. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 68(12), 525–533. doi: 10.1055/s-0043-122942

Facer-Irwin, E., Karatzias, T., Bird, A., Blackwood, N., & MacManus, D.

(2021). PTSD and complex PTSD in sentenced male prisoners in the UK: Prevalence, trauma antecedents, and psychiatric comorbidities. *Psychological Medicine*, 1–11. <https://doi.org/10.1017/S0033291720004936>

Felding, S. U., Mikkelsen, L. B., & Bach, B. (2021). Complex PTSD and personality disorder in ICD-11: When to assign one or two diagnoses? *Australasian Psychiatry*, 1–5. <https://doi.org/10.1177/10398562211014212>

Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>

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>

Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2021). Complex PTSD and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1), 1–21. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00155-9>

Fox, V., Dalman, C., Dal, H., Hollander, A. C., Kirkbride, J. B., & Pitman, A. (2021). Suicide risk in people with post-traumatic stress disorder: A cohort study of 3.1 million people in Sweden. *Journal of Affective Disorders*, 279, 609–616. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.009>

Frost, R., Hyland, P., Shevlin, M., & Murphy, J. (2020). Distinguishing Complex PTSD from Borderline Personality Disorder among individuals with a history of sexual trauma: A latent class analysis. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 4(1), 100080. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2018.08.004>

Gelezelyte, O., Roberts, N., Kvedaraite, M., Bisson, J., Brewin, C., Cloitre, M., Kairyte, A., Karatzias, T., Shevlin, M., & Kazlauskas, E. (2022). Validation of the International Trauma Interview (ITI) for the Clinical Assessment of ICD-11 Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex PTSD (CPTSD) in a Lithuanian Sample. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 1–14. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2037905>

Gelezelyte, O., Kvedaraite, M., Kairyte, A., Roberts, N. P., Bisson, J. I., & Kazlauskas, E. (2022). The mediating role of complex posttraumatic stress and borderline pattern symptoms on the association between sexual abuse and suicide risk. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 9(13), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s40479-022-00183-z>

Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.

Hyland, P., Karatzias, T., Shevlin, M., McElroy, E., Ben-Ezra, M., Cloitre, M., & Brewin, C. R. (2021). Does requiring trauma exposure affect rates of ICD-11 PTSD and complex PTSD? Implications for DSM-5. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 13(2), 133–141. <https://doi.org/10.1037/tra0000908>

Hyland, P., Shevlin, M., Brewin, C. R., Cloitre, M., Downes, A. J., Jumbe, S., Karatzias, T., Bisson, J. I., & Roberts, N. P. (2017). Validation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136(3), 313–322. <https://doi.org/10.1111/acps.12771>

Hyland, Philip, Karatzias, T., Shevlin, M., & Cloitre, M. (2019). Examining the Discriminant Validity of Complex Posttraumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder Symptoms: Results from a United Kingdom Population Sample. *Journal of Traumatic Stress*, 32(6), 855–863. <https://doi.org/10.1002/jts.22444>

Hyland, P., Shevlin, M., Fyvie, C., Cloitre, M., & Karatzias, T. (2020). The relationship between ICD-11 PTSD, complex PTSD and dissociative experiences. *Journal of Trauma and Dissociation*, 21(1), 62–72. <https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1675113>

Hyland, P., Vallières, F., Cloitre, M., Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Olf, M., Murphy, J., & Shevlin, M. (2021). Trauma, PTSD, and complex PTSD in the Republic of Ireland: Prevalence, service use, comorbidity, and risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(4), 649–658. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01912-x>

Karatzias, T., & Cloitre, M. (2019). Treating adults with Complex Posttraumatic Stress Disorder using a modular approach to treatment: Rationale, evidence, and directions for future research. *Journal of Traumatic Stress*, 32(6), 870–876. <https://doi.org/10.1002/jts.22457>

Karatzias, T., Cloitre, M., Maercker, A., Kazlauskas, E., Shevlin, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Roberts, N. P., & Brewin, C. R. (2017). PTSD and complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(7). <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1418103>

Karatzias, T., Shevlin, M., Hyland, P., Fyvie, C., Grandison, G., & Ben-Ezra, M.

(2020). ICD-11 posttraumatic stress disorder, complex PTSD and adjustment disorder: The importance of stressors and traumatic life events. *Anxiety, Stress and Coping*, 0(0), 1–12. <https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1803006>

Kazlauskas, E., Gegieckaite, G., Hyland, P., Zelviene, P., & Cloitre, M. (2018). The structure of ICD-11 PTSD and complex PTSD in Lithuanian mental health services. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1414559>

Kazlauskas, E., Gelezelyte, O., Nomeikaite, A., & Zelviene, P. (2021). Post-traumatic Stress Disorder and Adjustment Disorder in Lithuanian Healthcare in 2018–2020 : A Nation-Wide Cohort Study of the Effects of COVID-19 Pandemic. *Healthcare*, 9, 1422, 1–7. <https://doi.org/10.3390/healthcare9111422>

Kazlauskas, E., & Zelviene, P. (2016). Trauma research in the Baltic countries: From political oppression to recovery. *European Journal of Psychotraumatology*, 7. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.29295>

Kazlauskas, E., Zelviene, P., & Eimontas, J. (2017). “No Posttraumatic Stress Disorder in Lithuania”: National Health Care Fails to Identify PTSD. *Journal of Traumatic Stress*: 30, 99–102. <https://doi.org/10.1002/jts.22152>

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R. V., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J. P., Levinson, D., ..., Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>

Knefel, M., Tran, U. S., & Lueger-Schuster, B. (2016). The association of post-traumatic stress disorder, complex posttraumatic stress disorder, and borderline personality disorder from a network analytical perspective. *Journal of Anxiety Disorders*, 43, 70–78. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.002>

Krysinska, K., & Lester, D. (2010). Post-traumatic stress disorder and suicide risk: A systematic review. *Archives of Suicide Research*, 14(1), 1–23. <https://doi.org/10.1080/13811110903478997>

Kvedaraitė, M., Gelezelyte, O., Kairyte, A., Roberts, N. P., & Kazlauskas, E. (2021). Trauma exposure and factors associated with ICD-11 PTSD and complex PTSD in the Lithuanian general population. *International Journal of Social Psychiatry*, 1–10. <https://doi.org/10.1177/00207640211057720>

Kvedaraitė, M., Gelezelyte, O., Karatzias, T., Roberts, N. P., & Kazlauskas, E.

(2021). Mediating role of avoidance of trauma disclosure and social disapproval in ICD-11 post-traumatic stress disorder and complex post-traumatic stress disorder : Cross-sectional study in a Lithuanian clinical sample. *BJPsych Open*, 7, e217, 1–7. doi: 10.1192/bjo.2021.1055

Lechner-Meichsner, F., & Steil, R. (2021). A clinician rating to diagnose CPTSD according to ICD-11 and to evaluate CPTSD symptom severity: Complex PTSD Item Set additional to the CAPS (COPISAC). *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1891726>

Litvin, J. M., Kaminski, P. L., & Riggs, S. A. (2017). The Complex Trauma Inventory: A Self-Report Measure of Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 30, 602–613. <https://doi.org/10.1002/jts.2223>

Maercker, A. (2021). Development of the new CPTSD diagnosis for ICD-11. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1), 21–24. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00148-8>

Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Van Ommeren, M., Jones, L. M., Humayan, A., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C., Somasundaram, D. J., Souza, R., Suzuki, Y., Weissbecker, I., Wessely, S. C., First, M. B., & Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12(3), 198–206. <https://doi.org/10.1002/wps.20057>

Maercker, A., Hecker, T., Augsburger, M., & Kliem, S. (2018). ICD-11 Prevalence Rates of Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in a German Nationwide Sample. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(4), 270–276. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000790>

National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>

Palic, S., Zerach, G., Shevlin, M., Zeligman, Z., Elklit, A., & Solomon, Z. (2016). Evidence of complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) across populations with prolonged trauma of varying interpersonal intensity and ages of exposure. *Psychiatry Research*, 246, 692–699. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.062>

Powers, A., Fani, N., Carter, S., Cross, D., Cloitre, M., & Bradley, B. (2017). Differential predictors of DSM-5 PTSD and ICD-11 complex PTSD among African American women. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1338914>

Redican, E., Cloitre, M., Hyland, P., McBride, O., Karatzias, T., Murphy, J., & Shevlin, M. (2022). The latent structure of ICD-11 posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD in a general population sample from USA: A factor mixture modelling approach. *Journal of Anxiety Disorders, 85*, 102497. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102497>

Redican, E., Nolan, E., Hyland, P., Cloitre, M., McBride, O., Karatzias, T., Murphy, J., & Shevlin, M. (2021). A systematic literature review of factor analytic and mixture models of ICD-11 PTSD and CPTSD using the International Trauma Questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders, 79*, 102381. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102381>

Roberts, N. P., Cloitre, M., Bisson, J., & Brewin, C. R. (2019). *International Trauma Interview (ITI) for ICD- 11 PTSD and complex PTSD (Test Version 3.2)*.

Saraiya, T. C., Fitzpatrick, S., Zumberg-Smith, K., López-Castro, T., E. Back, S., & A. Hien, D. (2021). Social-Emotional Profiles of PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder Among Racially and Ethnically Diverse Young Adults: A Latent Class Analysis. *Journal of Traumatic Stress, 34*(1), 56–68. <https://doi.org/10.1002/jts.22590>

Siqveland, J., Hussain, A., Lindstrøm, J. C., Ruud, T., & Hauff, E. (2017). Prevalence of posttraumatic stress disorder in persons with chronic pain: A meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry, 8*, 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00164>

Skerytė-Kazlauskienė, M., Mažulytė, E., & Eimontas, J. (2015). Psichologinės savijautos, trauminės patirties ir įveikos įverčiai visose tyrimo dalyvių grupėse. Iš D. Gailienė (sud.), *Gyvenimas po lūžio. Kultūrinių traumų psichologiniai padariniai*. Vilnius: Eugrimas.

Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(2), 256–264. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>

Vallières, F., Ceannt, R., Daccache, F., Abou Daher, R., Sleiman, J., Gilmore, B., Byrne, S., Shevlin, M., Murphy, J., & Hyland, P. (2018). ICD-11 PTSD and complex PTSD amongst Syrian refugees in Lebanon: The factor structure and the clinical utility of the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 138*(6), 547–557. <https://doi.org/10.1111/acps.12973>

Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., & Keane, T. M. (2013). *The life events checklist for DSM-5 (LEC-5)*. Instrument available from the National Center for PTSD. www.ptsd.va.gov

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines (10th revision)*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2018). *WHO releases new International Classification of Diseases (ICD 11)*. [https://www.who.int/news/item/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/news/item/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))

World Health Organization. (2022). *ICD-11: International Classification of Diseases 11th Revision*. Version 02.2022. <https://icd.who.int/en/>

Zelviene, P., & Kazlauskas, E. (2018). Adjustment disorder: Current perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 375–381. <https://doi.org/10.2147/NDT.S121072>

Odeta Geleželytė. Kompleksinis potrauminis stresas: samprata ir psichotraumatologinis įvertinimas. Metodinė priemonė. – Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla, 2022. – 42 p.

ISBN 978-609-07-0748-7

Šioje metodinėje priemonėje, remiantis naujausių mokslinių tyrimų rezultatais, pateikiamos apibendrintos išvalgos apie kompleksinio potrauminio streso sutrikimo diagnozės radimosi istoriją, raišką, įvertinimo ypatumus bei rizikos ir apsauginius veiksnius. Šios žinios gali būti naudingos studentams, kuriems aktualios klinikinės psichologijos temos, ir specialistams, dirbantiems su psichologines traumas patyrusiais žmonėmis klinikinėje praktikoje.

Dailininkė Jurga Tėvelienė
Kalbos redaktorė Gražina Indrišiūnienė
Maketuotoja Nijolė Bukantienė

Išleido Vilniaus universiteto leidykla
Saulėtekio al. 9, LT-10222 Vilnius
info@leidykla.vu.lt, www.leidykla.vu.lt
Knygos internete: www.knygynas.vu.lt
Mokslo periodikos žurnalai: www.zurnalai.vu.lt
1,75 aut. l.



Šioje metodinėje priemonėje, remiantis naujausių mokslinių tyrimų rezultatais, pateikiamos apibendrintos įžvalgos apie kompleksinio potrauminio streso sutrikimo diagnozės radimosi istoriją, raišką, įvertinimo ypatumus bei rizikos ir apsauginius veiksnius. Šios žinios gali būti naudingos studentams, kuriems aktualios klinikinės psichologijos temos, ir specialistams, dirbantiems su psichologines traumas patyrusiais žmonėmis klinikinėje praktikoje.



9 786090 707487

knygynas.vu.lt
zurnalai.vu.lt

