

LATVIJAS UNIVERSITĀTE

MARIKA BĒRTULE

**BĒRNĪBAS VARDARBĪBAS PIEREDZE, DISOCIĀCIJAS UN DEPRESIJAS
SIMPTOMI SAISTĪBĀ AR SUICIDALITĀTI UN SUICĪDA MĒĢINĀJUMIEM**

Promocijas darbs psiholoģijas doktora grāda iegūšanai psiholoģijas zinātņu nozarē
klīniskās psiholoģijas apakšnozarē

Darba zinātniskā vadītāja:

S. Sebre, Ph.D.

Zinātniskais konsultants:

A. Koļesovs, Dr.psych.

Rīga 2021

Pateicības

Pirmkārt, vēlos izteikt vislielāko pateicību manai zinātniskajai vadītājai, profesorei Sandrai Beatricei Sebrei par iedvesmu un pamudinājumu šo darbu izstrādāt, kā arī par viņas prasīgumu, stingrību un nepiekāpību darba izstrādes gaitā. Īpaša pateicība jums par milzīgo pacietību, ko tas no jums prasīja! Man bija patīss gods izmantot šo iespēju un mācīties no jums.

Paldies arī asociētajam profesoram A. Koļesovam par ieguldījumu SEM analīzē, palīdzot lauzties cauri statistikas aprēķinu brikšņiem, kā arī par atbalstu un iedrošinājumu.

Sirsnīgi pateicos promocijas darba recenzentiem. Īpašs paldies profesorei M. Raščevskai par rūpīgo un detalizēto analīzi, kas man palīdzēja noturēties uz statistiskās analīzes šaurās takas! Pateicos asociētajai profesorei I. Bitei un profesorei B. Martinsonei, kā arī pārējiem komisijas locekļiem par vērtīgajām idejām un negaidītiem jautājumiem, kas lika domāt krietni plašāk.

Liels paldies visiem doktorantūras pasniedzējiem, kas palīdzēja šajā ceļā. Paldies par iedvesmu, iedrošinājumu un spēju sniegt pārliecību, ka viss izdosies.

Paldies manai draudzenei un korektorei I. Eris ne tikai par pašreizējā korektūras darbu, bet arī par atbalstu un labo humora izjūtu, kas man lieti noderēja rakstu darbos.

Paldies visiem kursabiedriem par prieku, ar kādu mēs dalījāmies viens par otra sasniegumiem, par idejām, atbalstu, humoru un noteikti – par normalizēšanu īpaši grūtajos brīžos.

Īpaša pateicība maniem vecākiem par mīlestību, bezgalīgo ticību man un maniem spēkiem, par iedrošinājumu mācīties, vienmēr turpināt attīstīties, un, protams, par labajiem gēniem un spēju attīstīšanu jau no agras bērnības. Jūsu vārdi: “Mācies vai nemācies, bet laiks paiet tāpat.” ir bijuši kā bākuguns manā pašattīstības ceļā.

Paldies arī visiem draugiem, kuri gan nopietni, gan nenopietni, katrs savā unikālajā veidā atbalstīja mani šajā ceļā. Paldies arī par “ultimātu”, ka vismaz piecus gadus pēc doktora grāda iegūšanas man ir aizliegts mācīties vēl kādā augstākās izglītības iestādē, kas parāda jūsu rūpes par manu nervu sistēmu.

Un pateicība arī rudajam runcim Jūlijam Cēzaram, sauktam arī vienkārši par Jūli, par to, ka viņš ar apskaužamu regularitāti pārtrauca manus disociatīvos procesus un izvilka mani no promocijas darba rakstīšanas dzīlēm, atgādinot par fiziskām un emocionālām pamatvajadzībām.

Un, visbeidzot, es vēlos pateikties Dievam par visu iepriekš minēto.

SATURS

| | |
|---|----|
| Pateicības | 2 |
| Ievads..... | 5 |
| 1. Teorētiskā daļa..... | 15 |
| 1.1. Suicīds | 15 |
| 1.1.1. Suicīda teorētiskie modeļi..... | 16 |
| 1.1.2. Suicīda mēģinājuma riska faktori | 18 |
| 1.1.2.1. Demogrāfiskie un sociālie riska faktori | 19 |
| 1.1.2.2. Psihiskie un neiroloģiskie traucējumi | 20 |
| 1.1.2.3. Ģenētiskie un neirobioloģiskie faktori | 22 |
| 1.2. Bērnības vardarbības pieredze..... | 23 |
| 1.3. Depresija..... | 30 |
| 1.3.1. Depresijas diagnoze pēc SSK un DSM | 31 |
| 1.3.2. Depresijas teorētiskie modeļi..... | 32 |
| 1.3.3. Jaunākie depresijas pētījumu virzieni..... | 35 |
| 1.4. Disociācija un disociatīvie traucējumi..... | 37 |
| 1.4.1. Disociācijas pētījumu attīstības vēsture un definīcija..... | 37 |
| 1.4.2. Disociācijas traucējumu iedalījums slimību klasifikācijas sistēmās | 39 |
| 1.4.3. Disociācijas teorētiskie modeļi | 42 |
| 1.4.3.1. Disociācija kā adaptīvs vai dezadaptīvs mehānisms | 43 |
| 1.4.3.2. Disociācija kā iezīme vai apziņas stāvoklis | 44 |
| 1.4.4. Disociācijas neirobioloģiskie aspekti un komorbīditāte ar citiem traucējumiem..... | 45 |
| 1.5. Pētījuma mainīgo savstarpējās saistības | 49 |
| 1.6. Kopsavilkums | 51 |
| 2. Metodes daļa..... | 55 |
| 2.1. Pētījuma dalībnieki | 55 |
| 2.2. Mērījumi | 56 |
| 2.3. Procedūra | 59 |
| 2.4. Datu apstrāde un analīze..... | 60 |
| 3. Rezultāti..... | 61 |
| 3.1. Epidemioloģijas Pētījumu Centra Depresijas skalas, EPCD-R, adaptācija..... | 61 |
| 3.2. Aprakstošā statistika, iekšējās saskaņotības un normālā sadalījuma pārbaude | 63 |
| 3.3. Pamatpētījuma rezultāti | 64 |
| 3.3.1. Pētījuma mainīgo atšķirības starp respondentu grupām | 64 |

| | |
|--|-----|
| 3.3.2.Korelāciju analīze starp pētījuma mainīgajiem | 65 |
| 3.3.3.Suicidalitātes prognozēšana | 67 |
| 3.3.4.Suicīda mēģinājumu prognozēšana | 69 |
| 3.3.5.Klāsteru analīzes rezultāti | 71 |
| 4. Iztirzājums | 72 |
| 4.1.Pamatpētījuma rezultātu iztirzājums | 72 |
| 4.2.Pētījumā adaptēto un izveidoto metožu ticamība un validitāte | 79 |
| 4.3.Praktiskais pielietojums | 80 |
| 4.4.Pētījuma ierobežojumi un turpmākās pētniecības virzieni | 81 |
| 4.5.Galvenie secinājumi | 82 |
| Nobeigums..... | 83 |
| Izmantotās literatūras un avotu saraksts | 85 |
| Summary..... | 107 |
| Pielikumi..... | 108 |
| 1. pielikums. Epidemioloģijas Pētījumu Centra Depresijas skala, EPCD-R | 108 |
| 2.pielikums. Pētījuma mainīgo normalitātes sadalījums | 109 |

Ievads

Suicīds ir globāla problēma visā pasaulē. Pasaules Veselības organizācija norāda, ka 2019. gadā vidējais suicīda skaits pasaulē bija 9,0 gadījumi uz 100 000 iedzīvotājiem, savukārt Eiropas Savienībā tie bija 10,5 suicīda gadījumi uz 100 000 iedzīvotājiem (World Health Organization, 2021). Latvijā šajā pašā periodā ar 18,56 suicīda gadījumiem uz 100 000 iedzīvotājiem šis skaitlis gandrīz divas reizes pārsniedza Eiropas Savienības vidējo rādītāju (Eurostat, 2021). Salīdzinot suicīda gadījuma skaitu Latvijā ar rādītājiem citās Eiropas valstīs, Latvija 2016. gadā bija otrajā vietā, bet 2017. gadā – trešajā vietā ar vienu no augstākajiem suicīda rādītājiem visā Eiropas Savienībā. Pretstatā tam, piemēram, Grieķijā, kas suicīda gadījumu skaita ziņā stabili ieņem pēdējo vietu Eiropas Savienībā, suicīda rādītājs 2016. gadā bija 4,29 gadījumi uz 100 000 iedzīvotājiem (Eurostat, 2021).

Jau 2014. gadā PVO izvirzīja mērķi līdz 2020. gadam samazināt suicīda rādītāju par 10%. Diemžēl uz 2017. gadu, par kuru ir pieejami jaunākie statistikas dati, šis mērķis Latvijā nav sasniegts. Saskaņā ar pieejamajiem datiem Latvijā suicīda rādītājs 2017. gadā ir pazeminājies līdz 18,20 (SPKC, 2021). Salīdzinot ar 2011. gadu, kad Latvijā bija konstatēti 21,23 suicīda gadījumi uz 100 000 iedzīvotājiem, to var uzskatīt par pozitīvu dinamiku. Tomēr šis skaitlis vēl aizvien ir pārmērīgi liels, it īpaši ņemot vērā ciešanas, kuras nāve suicīda rezultātā rada mirušo tuviniekiem.

Šajā promocijas darbā tika izvirzīts mērķis pētīt suicīda mēģinājumus un suicidalitāti saistībā ar bērnības vardarbības pieredzi, disociāciju un depresijas simptomiem. Suicīds tiek definēts kā brīvprātīga un tīša darbība nolūkā atņemt sev dzīvību. Suicidalitāte (kas zinātniskajā literatūrā angļu valodā tiek apzīmēta kā “suicide ideation”) ietver suicidālas domas, idejas, fantāzijas, un vēlmi nomirt. Zinātniskajā literatūrā suicidālās domas tiek pretstatītas suicidālai uzvedībai, kas ietver suicīda plānu, un letālu vai neletālu suicīda mēģinājumu.

Neskatoties uz lielo pētījumu skaitu pēdējo 50 gadu laikā, kuru mērķis ir bijis izprast un prognozēt suicīda domas un uzvedību, pārbaudīt dažādus teorētiskus modeļus un riska faktoros, nesena metaanalīze norāda, ka atsevišķu riska faktoru prognostiskā spēja vēl aizvien ir vāja (Franklin et al., 2017). Tādēļ ir nepieciešams pētījumos turpināt un paplašināti aptvert suicīda riska faktoru loku. Metaanalīzes autori norāda, ka ir nepieciešams pētījumos ietvert arī dažādu suicīda riska faktoru savstarpējās saistības un kopējo ietekmi.

Līdzšinējos pētījumos suicīda etioloģija aizvien biežāk tiek aplūkota kā daudzdimensiju konstrukts, uzmanību pievēršot tās kompleksajai dabai. Pētījumos tiek iekļauta ģenētika, neirobioloģija un psihiskie traucējumi, kā arī vides faktori. Depresija kā viens no biežāk sastopamajiem psihiskiem traucējumiem, jau ilgstoši tiek uzskatīta par būtisku suicīda riska

faktoru. Savukārt dažādie riska faktori depresijas un suicīda mēģinājumu gadījumā vismaz daļēji pārklājas, piemēram, dzimums, vecums, personisks vai finansiāls zaudējums (Assari, 2018).

Pēdējo gadu laikā aizvien lielāka interese tiek pievērsta depresijas un disociācijas savstarpējo saistību izpētei. Iepriekš atklāts, ka abiem šiem traucējumiem ir raksturīga bērnības vardarbības pieredze, kā arī ir tikusi konstatēta šo traucējumu komorbidāte. Viens no pasaules mēroga vadošajiem psiholoģiskas traumas un disociācijas pētniekiem, psihiatrijas profesors Vedats Sars (Vedat Şar) jau 2013. gadā izvirzīja hipotēzi, ka depresijas pacientu grupā pastāv disociatīvā apakšgrupa (Şar, Akyüz, Öztürk, & Alioğlu, 2013), un šādas depresijas apakšgrupas pastāvēšana ir tikusi apstiprināta tālākos pētījumos. To raksturo augstāks bērnības vardarbības pieredzes rādītājs, augstāks suicīda mēģinājumu skaits, augstāks kognitīvo simptomu un somatizācijas līmenis, kā arī augstāka medikamentozā rezistence (Parlar, Frewen, Oremus, Lanius, & McKinnon, 2016; Sar, Akyüz, Oztürk, & Alioğlu, 2013). Līdzīgas disociācijas apakšgrupas ir konstatētas arī citu traucējumu gadījumos, piemēram, pēctraumas stresa traucējumu un šizofrēnijas gadījumos (Lanius, Brand, Vermetten, Frewen, & Spiegel, 2012; Vogel, Braungardt, Grabe, Schneider, & Klauer, 2013). Metaanalīzē, kurā analizēti pētījumi pacientiem ar dažādām psihiatriskajām saslimšanām un komorbidiem suicīda mēģinājumiem (SM) vai pašievainošanās uzvedību (PU), tika secināts, ka SM un PU grupās ir augstāks disociācijas rādītājs, salīdzinot ar pacientu grupām bez SM vai PU (Calati, Bensassi, & Courtet, 2017).

Vardarbības pieredze līdz ar depresiju, bezcerību, trauksmi un iepriekšējiem suicīda mēģinājumiem un suicidālām domām ir viens no suicīda mēģinājuma un suicidalitātes būtiskākajiem riska faktoriem, kā secināts iepriekš minētajā metaanalīzē par suicīdu (Franklin et al., 2017). Personām ar traumējošu pieredzi bērnībā ir konstatēts augstāks depresijas, disociatīvo un pēctraumas stresa sindroma simptomu līmenis, kur disociācija varētu būt kā mediators starp traumējošu pieredzi un nesuicidālu pašievainošanos (Franzke, Wabnitz, & Catani, 2015). Savukārt fiziskā vardarbība un atstāšana novārtā prognozē gan suicidalitāti, gan suicīda mēģinājumus (McClatchey, Murray, Rowat, & Chouliara, 2017).

Šobrīd pierādījumu kopums rāda, ka patoloģiskas disociācijas veidošanās visbiežāk ir saistīta ar kompleksu traumu – traumu, kas ir atkārtota, starppersonu, nežēlīga un it īpaši tā, kas ir piedzīvota bērnībā pārciestas vardarbības rezultātā. Vardarbības laikā uztvertais apdraudējums personas dzīvībai un veselībai, kā arī nespēja no tās izvairīties, var ietekmēt patoloģijas disociācijas veidošanos (Daniels, Frewen, Theberge, & Lanius, 2015; Krause-Utz, Frost, Winter, & Elzinga, 2017). Tas īpaši attiecināms uz “nodevības traumu”, kur vardarbības avots ir tuvs ģimenes loceklis (Freyd, 1994).

Lai gan traumējošas pieredzes gadījumā īslaicīga disociācija ir palīdzošs, adaptīvs mehānisms, ilglaicīga disociācija traucē traumējošās pieredzes pārstrādei un integrācijai kopējā pieredzē. Tas savukārt ilgākā laika posmā ietekmē personas vispārīgās adaptācijas spējas un paaugstina pēctraumas stresa simptomu, kā arī citu psihisku traucējumu izteiktības līmeni (Lensvelt-Mulders et al., 2008).

Visbiežāk zinātniskajā literatūrā par traumu, disociāciju, depresiju vai suicīdu tiek aplūkotas divu vai trīs mainīgo savstarpējās saistības. Joprojām ir salīdzinoši maz pētījumu, kuros vienlaikus ir aplūkotas saistības starp vairākiem šajā pētījumā iekļautajiem mainīgajiem - bērnības traumu, disociācijas un depresijas simptomiem, suicidalitāti un suicīda mēģinājumiem. Vēl mazāk ir pētījumu, kuros, pārbaudot šīs saistības, atsevišķi tiek izdalīti dažādie vardarbības vai disociācijas traucējumu simptomi. Pētījumi bieži fokusējas uz kopējo vardarbības līmeni, neizdalot atsevišķi konkrētus vardarbības veidus (van Dijke, Ford, Frank & van der Hart, 2015). Tāpat arī visbiežāk tiek pētīta kopējā disociatīvo simptomu izteiktības līmeņa saistība ar citiem mainīgajiem, neizdalot atsevišķus disociācijas simptomu veidus (Krüger & Fletcher, 2017; Ural, Belli, Akbudak & Tabo, 2015).

Zinātniskā aktualitāte un novitāte

Apkopojot iepriekš minēto, pētījuma **aktualitāte** ir saistīta ar augsto suicīda skaitu Latvijā, kā arī citur pasaulē un līdz ar to - nepieciešamību turpināt suicīda riska faktoru izpēti, paplašinot pētāmo faktoru loku un pētot to kopsakarības. Tāpat arī nepieciešama dziļāka izpratne par suicīda, depresijas, bērnības vardarbības pieredzes un disociatīvo traucējumu savstarpējo saistību, kā arī disociācijas iespējamo mediatora lomu starp vardarbības pieredzi un suicīdu.

Pētījuma **novitāte** ir saistīta ar piecu galveno mainīgo - suicīda mēģinājumu skaita, suicidalitātes, depresijas simptomu, disociatīvo traucējumu simptomu un bērnības vardarbības pieredzes – savstarpējo saistību izpēti. Pētījumā tiek analizētas šīs saistības attiecībā uz atsevišķiem disociācijas simptomiem (absorbcija, amnēzija un depersonalizācija/derealizācija) un vardarbības veidiem (fiziska, emocionāla un seksuāla vardarbība). Pētījumā veikta šo mainīgo savstarpējo saistību pārbaude respondentu grupā ar diagnosticētu depresiju, kā arī iegūto rezultātu salīdzināšana ar respondentu grupu bez diagnosticētām psihiskām saslimšanām.

Līdzšinējie pētījumi pamatā vērsti uz dažu no šajā pētījumā iekļauto faktoru saistības noteikšanu. Piemēram, tiek pētīta vardarbības pieredzes un depresijas saistība, vardarbības pieredzes un disociatīvo traucējumu saistība, vai arī kāda no minētā faktora saistība ar suicīdu, bet nevis skatoties kopumā ar visām disociācijas apakšskalām un dažādiem pārciestās vardarbības veidiem. Latvijā plašus epidemioloģiskus pētījumus saistībā ar suicīdu un sociodemogrāfiskiem faktoriem ir veicis psihiatrijas prof. E. Rancāns ar kolēģiem (Rancāns,

Lapiņš, Renberg, & Jacobsson, 2003; Rancāns et al., 2015). Pētījumā, kas tika veikts 2003. gadā, tika gūts apstiprinājums tam, ka sievietēm ir raksturīgs mazāk letāls suicīda mēģinājumu veids, nekā vīriešiem. Galvenie konstatētie sociodemogrāfiskie riska faktori bija jaunāks respondenta vecums, dzīvesvieta pilsētā un nacionalitāte (latviešiem tika konstatēts augstāks risks). Vīriešiem tika konstatēti tādi papildus riska faktori kā dzīvošana vienam un zemāks izglītības līmenis (Rancāns, Lapiņš, Renberg, & Jacobsson, 2003). Savukārt 2015. gada pētījumā kā galvenie sociodemogrāfiskie riska faktori bīstamai suicīdālai uzvedībai vīriešiem tika konstatēti vidējs respondentu vecums, dzīvošana vienam un zemāka izglītība, savukārt sievietēm - tikai zemāks izglītības līmenis. Vidēja līmeņa suicīdālas uzvedības risks bija augstāks arī vecāka gadagājuma respondentiem. Pētījumā papildus tika konstatēts, ka šajā pētījumā suicīdālas uzvedības prevalence bija gandrīz 3 reizes zemāka, nekā 2003. gada pētījumā (Rancāns et al., 2015).

T. Pulmanis ir pētījis pusaudžu un jauniešu suicīda mēģinājumus Latvijā un konstatējis vardarbības pieredzi kā vienu no suicīda mēģinājuma riska faktoriem (Pulmanis, Taube, Pulmane, & Trapencieris, 2012). Tāpat arī ir veikts pilotpētījums par suicīdālu domu, depresijas simptomu izteiktības pakāpes un personības iezīmju saistību senioriem, konstatējot suicīdālu domu un depresijas saistību, bet arī suicīdālu domu saistību ar noslieci uz disociāciju (Lubenko, Perepjolkina, Mārtinsone, Rancāns, & Stepens, 2018). Tāpat arī ir veikti .

Latvijā ir pētīta arī disociācijas simptomu saistība ar šizofrēniju (Damberga, 2011), tomēr nav pievērsta vērtība tieši disociācijas apakštipu iespējamībai depresijas pacientu grupā. Veicot literatūras avotu analīzi, nav atrasti pētījumi, kuros tiktu analizēta vairāku šī promocijas darba faktoru savstarpējā saistība vienlaikus ar atsevišķu disociatīvo traucējumu simptomu vai kopējās disociācijas kā mediatora lomas izpēti saistībā ar suicīdu. Latvijā šī pētījuma rezultāti palīdzēs aktualizēt disociatīvo traucējumu nozīmīgumu garīgās veselības kontekstā, it īpaši saistībā ar depresijas pacientiem, kuri ir pieredzējuši suicīdālas domas, vai arī veikuši suicīda mēģinājumus.

Šī pētījuma *praktiskā lietderība* ir saistīta ar iespēju labāk izprast suicīdālītāti un suicīda mēģinājumu ietekmējošos faktorus pacientiem ar depresiju. Pētījuma rezultāti palīdzēs uzlabot suicīda prevenciju, norādot uz disociatīvo simptomu lomu saistībā ar suicīda domām un mēģinājumiem, līdz ar to veicinot disociatīvo simptomu skrīningu suicīda riska izvērtēšanas procesā. Pētījuma rezultāti palīdzēs speciālistiem gūt izpratni par depresijas disociatīvo apakštipu, lai depresijas pacientu izvērtēšanas un izpētes laikā varētu pievērst lielāku vērību iespējamiem disociatīviem simptomiem un bērnības vardarbības pieredzei. Disociatīvo traucējumu simptomu diagnosticēšana savukārt ļaus pielāgot terapiju, fokusējoties uz disociatīvo simptomu mazināšanu un traumas pārstrādi. Ņemot vērā faktu, ka salīdzinot ar to, kā

tas notiek citās valstīs, Latvijā disociatīvie traucējumi tiek diagnosticēti ļoti reti, kā arī izpratne par šiem traucējumiem ir nepietiekoša, šis darbs kalpos arī labākas izpratnes veidošanai par disociatīvajiem traucējumiem un to ietekmi. Promocijas darba izveides laikā aprobētā un adaptētā Epidemioloģijas pētījumu centra depresijas skala (EPCD-R skala) (Bērtule & Melne, 2018) sniegs pienesumu Latvijas garīgās veselības speciālistiem. EPCD-R skalu iespējams izmantot gan depresijas skrīninga nolūkos, gan pētījumos. Šīs skolas plašais pielietojums pasaules mērogā ļaus Latvijas pētniekiem salīdzināt savus rezultātus ar līdzīgiem pētījumiem ārpus Latvijas robežām.

Pētījuma mērķis bija pārbaudīt savstarpējās saistības starp suicīda mēģinājumu skaitu, suicidalitāti, depresijas simptomiem, bērnības vardarbības pieredzi un disociatīvo traucējumu simptomiem pacientiem ar diagnosticētu depresiju un respondentu grupā bez zināmām garīgās veselības problēmām (tālāk tekstā “vispārējā respondentu grupa”).

Lai sasniegtu pētījuma mērķi, tika izvirzīti sekojošie **pētījuma jautājumi**:

1. Kādas atšķirības pastāv suicīda mēģinājumu skaitā, suicidalitātes, depresijas simptomu, respondentu norādītās bērnības vardarbības pieredzes un disociatīvo traucējumu simptomu līmenī vispārējā respondentu grupā un respondentu grupā ar diagnosticētu depresiju?
2. Kādas ir savstarpējās saistības starp suicīda mēģinājumu skaitu, suicidalitāti, depresijas simptomiem, respondentu norādītās bērnības vardarbības pieredzes veidiem (emocionālā, fiziskā un seksuālā vardarbība) un disociatīvo traucējumu simptomiem (absorbicija, amnēzija un depersonalizācija/derealizācija) vispārējā respondentu grupā un respondentu grupā ar diagnosticētu depresiju?

Lai sasniegtu pētījuma mērķi, darbā tika izvirzītas sekojošas **hipotēzes**:

1. Depresijas simptomi, respondentu norādītās bērnības vardarbības pieredzes veidi un disociatīvo traucējumu simptomi prognozēs suicidalitāti.
2. Depresijas simptomi, suicidalitāte, respondentu norādītās bērnības vardarbības pieredzes veidi un disociatīvo traucējumu simptomi prognozēs suicīda mēģinājumu skaitu.
3. Klāsteru analīzes rezultātā respondentu grupā ar diagnosticētu depresiju uzrādīsies disociatīvās depresijas apakšgrupa, kuru raksturo paaugstināti depresijas simptomi, suicīda mēģinājumu skaits, suicidalitātes, respondentu norādītās bērnības vardarbības pieredzes un disociatīvo traucējumu simptomu rādītāji.

Papildus pētījuma jautājums. Vai pētījumam adaptētās un izmantotās Epidemioloģijas pētījumu centra depresijas skolas (EPCD-R skala) (*Center for Epidemiologic Studies*

Depression Scale Revised (CESD-R)) latviešu valodas versijas psihometriskie rādītāji atbilst oriģinālās aptaujas psihometriskajiem rādītājiem?

Pētījuma priekšmets:

Suicīda mēģinājumu skaits, suicidalitāte, depresijas simptomi, bērnības vardarbības pieredze (fiziska, emocionāla un seksuāla), disociatīvo traucējumu simptomi (absorbēcija, amnēzija, depersonalizācija/derealizācija) un kopējā disociācija.

Pētījuma metode

Pētījumā piedalījās 342 respondenti, no kuriem 138 respondenti bija ar depresijas diagnozi un 204 respondenti bez depresijas vai citu psihisku slimību diagnozēm.

Izpēte vispārējā populācijā tika veikta, izmantojot Google Forms interneta platformu, savukārt pacienti ar diagnosticētu depresiju tika aptaujāti psihoneiroloģiskajā stacionārā, kā arī psihologu un psihoterapeitu privātpraksēs, individuāli administrējot aptaujas dokumenta veidā. Izpētē izmantotas sekojošas aptaujas:

1. Demogrāfisko datu aptauja (dzimums, vecums, izglītība, ienākumu līmenis, ģimenes stāvoklis).
2. Informācija par diagnosticētām saslimšanām (interneta aptaujā tika lūgts norādīt vai kādā dzīves posmā ir diagnosticētas kādas saslimšanas, savukārt pacientiem ar diagnosticētu depresiju tiek fiksēta informācija no pacienta slimības vēstures: depresijas kods saskaņā ar SSK).
3. Suicīda mēģinājumu skaits.
4. Epidemioloģijas pētījumu centra depresijas skala (EPCD-R skala) (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale Revised (CESD-R)*) (Radloff, 1977; Eaton et al., 2004). Aptauja latviešu valodā tika adaptēta pirmo reizi promocijas darba nolūkos (Bērtule & Melne, 2018).
5. Bērnības traumas aptauja (*Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)*) (Bernstein, Fink, Handelsman, & Foote, 1994; Bernstein et al., 2003). Aptauju Latvijā adaptējusi S. Sebre, L. Ļebedeva un I. Trapenciere 2004. gadā (Sebre, Ļebedeva, & Trapenciere 2004).
6. Disociatīvās pieredzes skala (*Dissociative Experience Scale (DES)*) (Bernstein & Putnam, 1986; Carlson & Putnam, 1993). Aptauju Latvijā adaptējusi I. Damberga 2011. gadā (Damberga, 2011).

Pētījuma uzdevumi

1. Apzināt un izanalizēt zinātnisko literatūru par pētījuma tēmu.
2. Izstrādāt pētījuma mērķim atbilstošu pētījuma projektu.

3. Izvēlēties atbilstošus instrumentus depresijas simptomu un disociatīvo traucējumu noteikšanai un vajadzības gadījumā veikt to tulkojumu un adaptāciju latviešu valodā.
4. Veikt pētījuma metožu aprobāciju pilotpētījumā.
5. Ievākt datus, tos apstrādāt un izanalizēt, izmantojot atbilstošas statistiskās metodes.
6. Interpretēt rezultātus un izstrādāt secinājumus.
7. Atspoguļot pētījuma rezultātus promocijas darbā.

Promocijas darba aizstāvēšanai izvirzītas šādas tēzes

1. Atbildot uz pirmo pētījuma jautājumu “Kādas atšķirības pastāv suicīda mēģinājumu skaitā, suicidalitātes, depresijas simptomu, respondentu norādītās bērnības vardarbības pieredzes un disociatīvo traucējumu simptomu līmenī vispārējā respondentu grupā un respondentu grupā ar diagnosticētu depresiju?”, tika konstatēts, ka respondentu grupā ar depresiju bija statistiski augstāki visu pētījuma mainīgo vidējie rādītāji, izņemot divas disociācijas simptomu grupas (absorbciju un depersonalizāciju/derealizāciju).
2. Atbildot uz otro pētījuma jautājumu “Kādas ir savstarpējās saistības starp suicīda mēģinājumu skaitu, suicidalitāti, depresijas simptomiem, respondentu norādītās bērnības vardarbības pieredzes veidiem (emocionālā, fiziskā un seksuālā vardarbība) un disociatīvo traucējumu simptomiem (absorbcija, amnēzija un depersonalizācija/derealizācija) vispārējā respondentu grupā un respondentu grupā ar diagnosticētu depresiju?” tika konstatēts:
 - a. Suicīda mēģinājumu skaitam:
 - i. tika konstatēta pozitīva saistība ar respondentu norādītās fiziskās un emocionālās vardarbības rādītājiem respondentu grupā ar depresiju;
 - ii. tika konstatēta pozitīva saistība ar respondentu norādītās seksuālās vardarbības rādītājiem vispārējā respondentu grupā.
 - b. Suicidalitātei:
 - i. tika konstatēta pozitīva saistība ar depresijas simptomiem, absorbciju, depersonalizāciju/derealizāciju un kopējo disociatīvo traucējumu rādītāju abās grupās;
 - ii. tika konstatēta negatīva saistība starp ar vecumu un pozitīva saistība ar seksuālo vardarbību un amnēziju respondentu grupā ar depresiju;
 - iii. tika konstatēta pozitīva saistība ar emocionālo vardarbību vispārējā respondentu grupā.
 - c. Respondentu norādītās bērnības emocionālās un fiziskās vardarbības pieredzes rādītāji bija saistīti ar disociatīvo traucējumu simptomiem abās pētījuma grupās.

- d. Konstatēta saistība starp visiem respondentu norādītās bērnības vardarbības pieredzes veidiem abās pētījuma grupās.
3. Tika apstiprināta pirmā hipotēze “Depresijas simptomi, respondentu norādītās bērnības vardarbības pieredzes veidi un disociatīvo traucējumu simptomi prognozēs suicidalitāti,” konstatējot, ka:
 - a. SEM modelī depresija prognozēja suicidalitāti abās respondentu grupās.
 - b. SEM modelī respondentu norādītā bērnības seksuālās vardarbības pieredze prognozēja suicidalitāti respondentu grupā ar depresiju.
4. Tika apstiprināta otrā hipotēze “ Depresijas simptomi, suicidalitāte, respondentu norādītās bērnības vardarbības pieredzes veidi un disociatīvo traucējumu simptomi prognozēs suicīda mēģinājumu skaitu,” konstatējot:
 - a. regresijas modelī respondentu norādītās bērnības seksuālās vardarbības pieredze un disociatīvā amnēzija prognozēja suicīda mēģinājumu skaitu vispārējā respondentu grupā.
 - b. regresijas modelī derealizācija un depersonalizācija negatīvi prognozēja suicīda mēģinājumu skaitu respondentu grupā ar depresiju.
5. Papildus tika konstatēts:
 - a. Regresijas modelī respondentu norādītās bērnības emocionālās vardarbības pieredze un jaunāks respondentu vecumu prognozēja disociācijas simptomus abās pētījuma grupās.
 - b. SEM modelī disociācija prognozēja depresijas simptomus abās pētījuma grupās.
 - c. SEM modelī respondentu norādītās bērnības seksuālās vardarbības pieredze prognozēja depresijas simptomus grupā ar diagnosticētu depresiju.
6. SEM analīzes rezultāti uzrādīja, ka depresijas simptomiem bija pilns mediējošs efekts starp disociāciju un suicidalitāti vispārējā respondentu grupā un daļēji mediējošs efekts respondentu grupā ar diagnosticētu depresiju.
7. Tika apstiprināta trešā hipotēze “Klāsteru analīzes rezultātā respondentu grupā ar diagnosticētu depresiju uzrādīsies disociatīvās depresijas apakšgrupa, kuru raksturo paaugstināti depresijas simptomi, suicīda mēģinājumu, suicidalitātes, respondentu norādītās bērnības vardarbības pieredzes un disociatīvo traucējumu simptomu rādītāji.” Respondentu grupā ar diagnosticētu depresiju tika konstatēts depresijas disociatīvais apakštīps, kuru raksturo augstāks suicidalitātes, depresijas simptomu, visu disociatīvo simptomu un kopējās disociācijas, kā arī augstāks respondentu norādītais emocionālās un seksuālās vardarbības rādītājs.

8. Promocijas darba izstrādes laikā pilotpētījuma ietvaros adaptētajai Epidemioloģijas Pētījumu Centra Depresijas skalai, EPCD-R (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CESD)*) tika konstatēts labs kopējais ticamības rādītājs, augsta iekšējā saskaņotība, laba skalas konverģentā validitāte ar Latvijā adaptētās Ahenbaha pieaugušo pašnovērtējuma anketas afektīvo traucējumu skalu. Skalu iespējams izmantot gan pētījumam, gan skrīninga nolūkiem.

Šajā pētījumā iegūtie rezultāti papildina esošo izpratni par saistībām starp depresiju, disociāciju, respondentu norādītās bērnības vardarbības pieredzi un suicidālām domām un uzvedību. Būtisks pētījuma piensums ir depresijas apakštipa pastāvēšanas apstiprināšana respondentu grupā ar depresiju. Pētījuma rezultāti ļauj secināt, ka suicīda riska prevencijā, īpaši depresijas pacientu grupā, uzmanība jāpievērš arī bērnības vardarbības pieredzei un disociācijas simptomiem.

Promocijas darba struktūra

Promocijas darbs sastāv no ievada un četrām nodaļām. Pirmajā nodaļā apskatītas teorētiskās nostādnes par pētījuma mainīgajiem, kā arī izvirzīto pētījuma jautājumu un hipotēzes pamatojumu. Otrā nodaļā ietverts izmantotās pētījuma metodes apraksts. Trešajā nodaļā ir analizēti iegūtie rezultāti, savukārt ceturtajā nodaļā iztirzāti iegūtie rezultāti. Tālāk seko izmantotās literatūras saraksts un 5 pielikumi. Promocijas darbā ir iekļauti 4 attēli, 6 tabulas, 2 pielikumi, izmantoti 216 literatūras avoti. Darba apjoms bez pielikumiem ir 107 lappuses, pielikumi ietverti vēl 2 lappusēs.

Darba autores dalība konferencēs par promocijas darba tematu

- Bērtule, M. (2020) *Depresija, pašnāvība un disociācija* [prezentācija]. Latvijas kognitīvi-biheiviorālās terapijas asociācija, starptautiska konference “Kognitīvi Biheiviorālā terapija depresijas un pašnāvības risku novēršanai”, Rīga, Latvija.
- Bērtule, M., Sebre, S. B. *Traumējoša pieredze, disociācija un depresija saistībā ar suicidalitāti un suicīda mēģinājumiem*. LU starptautiskā zinātniskā konference, Rīga, Latvija, 2020.
- Bērtule, M., Sebre, S. B. *Depression, childhood trauma experience and dissociative symptoms in relation to suicide attempts*. Poster presentation. First European Congress on Clinical Psychology and Psychological Treatment of EACLIP, Dresden, Germany, 2019.
- Bērtule, M., Sebre, S. B., Strika, E. *Case study of a depressed patient's Multidimensional Inventory of Dissociation (MID-6-LV) profile and traumatic experience report*. CTC Psychological Services and the International Society for the Study of Trauma (ISSTD) conference on Developmental Trauma and Dissociation, Chester, UK, 2018.
- Bērtule, M., Sebre, S. B. *Disociācijas daudzdimensiju aptauja (DDA-6) un tās izmantošana klīniskajā darbā*. LU starptautiskā zinātniskā konference, Rīga, Latvija, 2017.

Darba autores zinātniskās publikācijas

- Bertule, M., Sebre, S. B., Kolesovs, A. (2021). Childhood abuse experiences, depression and dissociation symptoms in relation to suicide attempts and suicidal ideation. *Journal of Trauma, & Dissociation*, 1–17. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1869652>.
- Bērtule, M., Koļesovs, A. (2019). Disociācijas daudzdimensionālās aptaujas sestās versijas (DDA-6) adaptācija latviešu valodā. *Baltic Journal of Psychology*, 20 (1/2), 137-153.
- Bērtule, M., Melne, I. (2018). Epidemioloģijas pētījumu centra depresijas skalas (EPCD-R) latviešu valodas versijas adaptācija. *Baltic Journal of Psychology*, 19(1/2), 88-99.

1. Teorētiskā daļa

1.1. Suicīds

Suicīds tiek definēts kā brīvprātīga un tīša darbība nolūkā atņemt sev dzīvību. Zinātniskajā literatūrā, aprakstot suicīdu, tiek izdalīti dažādi aspekti: suicidalitāte, kas angļu valodā tiek apzīmēta ar terminu “suicidāla ideācija” (suicidal ideation) (suicidālas domas, idejas, fantāzijas, vēlme nomirt), un suicidāla uzvedība. Suicidālu uzvedību iedala: suicidāla komunikācija (verbāli izteikta vēlme nomirt vai veikt pašnāvību), suicīda plāns (konkrētas metodes izveide, ar kuras palīdzību indivīds plāno nogalināt sevi, izvēle un formulēšana) un suicīda mēģinājums. Suicīda mēģinājumus savukārt iedala pabeigtos jeb letālos suicīda mēģinājumos (ar nāves iestāšanos) un neletālos suicīda mēģinājumos (pašievainojoša darbība ar nolūku nomirt, kuras rezultātā tomēr neiestājas nāve) (Nock et al., 2008). Pašievainojoša rīcība bez vēlmes nomirt tiek dēvēta par parasuicidālu uzvedību. Šī pētījuma fokusā bija neletāls suicīda mēģinājums un suicidalitāte.

Suicīds ir globāla problēma visā pasaulē. Pasaules Veselības organizācija norāda, ka 2019. gadā vidējais suicīda skaits pasaulē bija 9,0 gadījumi uz 100 000 iedzīvotājiem, savukārt Eiropas Savienībā tie bija 10,5 suicīda gadījumi uz 100 000 iedzīvotājiem (World Health Organization, 2021). Latvijā šajā pašā periodā ar 18,56 suicīda gadījumiem uz 100 000 iedzīvotājiem šis skaitlis gandrīz divas reizes pārsniedza Eiropas Savienības vidējo rādītāju (Eurostat, 2021). Salīdzinot suicīda gadījuma skaitu Latvijā ar rādītājiem citās Eiropas valstīs, Latvija 2016. gadā bija otrajā vietā, bet 2017. gadā – trešajā vietā ar vienu no augstākajiem suicīda rādītājiem visā Eiropas Savienībā. Pretstatā tam, piemēram, Grieķijā, kas suicīda gadījumu skaita ziņā stabili ieņem pēdējo vietu Eiropas Savienībā, suicīda rādītājs 2016. gadā bija 4,29 gadījumi uz 100 000 iedzīvotājiem (Eurostat, 2021).

Jau 2014. gadā PVO uzstādīja mērķi līdz 2020. gadam samazināt suicīda rādītāju par 10%. Diemžēl uz 2017. gadu, par kuru ir pieejami jaunākie statistikas dati, šis mērķis Latvijā nav sasniegts. Saskaņā ar pieejamajiem datiem Latvijā suicīda rādītājs 2017. gadā ir pazeminājies līdz 18,20 (SPKC, 2021). Salīdzinot ar 2011. gadu, kad Latvijā bija konstatēti 21,23 suicīda gadījumi uz 100 000 iedzīvotājiem, to var uzskatīt par pozitīvu dinamiku. Tomēr šis skaitlis vēl aizvien ir pārmērīgi liels, it īpaši ņemot vērā ciešanas, kuras nāve suicīda rezultātā rada mirušo tuviniekiem.

Situācijas uzlabošanai tiek veikts plašs pētnieciskais darbs ar mērķi identificēt suicīda riska faktoros un aizsargfaktoros. Pētnieku identificētie faktori savukārt tiek izmantoti, lai izstrādātu un papildinātu vadlīnijas suicīda mēģinājuma riska izvērtēšanai un terapijas uzlabošanai.

Vēlme izprast suicīda riska faktoros nav jauna. Jau vairāk nekā pirms 2000 gadiem Romas un Grieķijas filozofi pieminēja suicīdu savos rakstos, tai skaitā izsakot minējumus par tā cēloņiem. Jau Platons identificēja sekojošus suicīda cēloņus: mīlotā vai bērna zaudējums, piespiedu laulība, zaudēta brīvība, apkaunojums zaudētas kaujas dēļ, vainas izjūta un fiziskas sāpes (Money & Pridmore, 2017). Lai gan daļa no suicīda iemesliem ir mainījušies, daļa ir universāli un izplatīti arī šobrīd. Mūsdienu pētījumos tiek apskatīti plašs suicīda riska faktoru klāsts, sākot no demogrāfiskiem un socio-ekonomiskiem, līdz neirobioloģiskiem un ģenētiskiem. Daļa no tiem ir vairāk, bet citi - mazāk pētīti un izprasti. Pazīstamākie un biežāk pētītie faktori ir dzimums, iepriekšēji suicīda mēģinājumi, pabeigta suicīda pieredze ģimenē (kāds no ģimenes locekļiem ir miris no suicīda), atkarības (piemēram, alkohola vai narkotiku lietošana), kā arī fiziski, psihiski vai personības traucējumi (Antypa et al., 2015; Hawton, Comabella, Haw, & Saunders, 2013).

Pēdējos gadsimtus un pat gadu tūkstošus ir veidojusies noturīga stigma, ka indivīds, kurš mēģina veikt suicīdu, ir psihiski slims. Mūsdienu zinātniskajā literatūrā tiek uzsvērts, ka suicīda risks ir saistīts ar dažādiem faktoriem, un vēl aizvien ir nepieciešami tālāki pētījumi, lai izprastu tā etioloģiju un riska faktoros.

1.1.1. Suicīda teorētiskie modeļi

Suicīda etioloģiju un riskos cenšas izprast un aprakstīt dažādu teoriju ietvaros, tomēr līdzšinējie pētījumi vēl aizvien spēj izskaidrot suicīda mēģinājuma risku tikai daļēji, vai arī specifisku stāvokļu gadījumos (Franklin et al., 2017). Suicīds šobrīd tiek uzskatīts par daudzdimensionālu problēmu, un ir izstrādāti dažādi suicīda modeļi, kas skaidro suicidālu uzvedību (Karthick & Barwa, 2017). Piemēram, ir izveidots suicīda psihodinamiskais modelis, kognitīvais modelis, sociālās iemācīšanās modelis, socioloģiskais modelis, psihosociālais modelis, stresa-diatēzes modelis, kuros galvenā uzmanība tiek vērsta uz indivīda iekšējiem, psiholoģiskajiem, un ārējās vides faktoriem. Tālāk tiek apskatīti daži no šiem modeļiem.

Suicīda bioloģiskā modeļa ietvaros suicīda vēlme tiek primāri skaidrota ar dažādiem bioloģiskiem vai neiroloģiskiem faktoriem, piemēram, pazeminātu serotonīna līmeni (Li & He, 2006; Mirkovic et al., 2016), izteikti pazeminātu holesterīna līmeni, vai arī paaugstinātu norepinefrīna koncentrāciju, kā rezultātā var paaugstināties impulsivitāte un agresija.

Bio-psiho-sociālais modelis sevī ietver trīs dažādas sfēras un to savstarpējo mijiedarbību. Šajā modelī tiek ņemta vērā bioloģiskā sfēra, jeb indivīda ģenētiskā predispozīcija attiecībā uz suicidalitāti, tostarp neirotizms vai emocionāls trauslums. Otrkārt tiek apskatītas indivīda psiholoģiskās tendences, kas attīstījušās dzīves pieredzes rezultātā un var pastiprināt jau esošo

ģenētisko predispozīciju. Šajā sfērā, piemēram, ietilpst indivīda subjektīvā uztvere un domāšanas veids, kognitīvās kļūdas, iemācītā uzvedība, dzīves pieredze un reakcija uz to, kā arī dažādi traucējumi vai saslimšanas (depresija, trauksme, onkoloģija u.c.). Treškārt tiek apskatīts, kā šīs divas sfēras mijiedarbojas ar sociālo sfēru, jeb indivīda apkārtējo vidi, piemēram, sociālā atbalsta vai socializācijas līmeni (Engel, 1980). Sjūzena Blūmentāle (Susan Blumenthal) papildina šos trīs faktoros ar vēl diviem – psihiatriskiem traucējumiem un bioķīmiskiem faktoriem (piemēram, pazemināts serotonīna līmenis) (Blumenthal & Kupfer, 1988). Pārklājoties grūtībām no visām šīm sfērām, veidojas situācija, kurā pastāv visaugstākais suicīda risks.

Suicīda starppersonu teorija (Interpersonal theory of suicide) (Van Orden et al., 2010) apskata trīs aspektus – piederības izjūtas trūkumu, sevis uztveršanu par nastu, kā arī prasmi veikt suicīdu. Piederības izjūtas trūkums ietver sevī subjektīvu sociālās izolācijas un nevajadzīguma izjūtu. Uzsvars tiek likts tieši uz subjektīvo uztveri, jo indivīds var justies izolēts pat gadījumos, kad objektīvi šāda izolācija neeksistē. Uztverot sevi kā nastu vai apgrūtinājumu citiem, indivīds var uzskatīt, ka apkārtējiem būtu labāk vai vieglāk, ja viņa vairs nebūtu. Šīs teorijas ietvaros piederības izjūtas trūkums un sevis uztveršana par nastu tiek uzskatīti par kognitīvi-afektīvu stāvokli, kuru rezultātā informācija tiek uztverta un novērtēta caur subjektīvu, negatīvu prizmu. Tie ir savstarpēji saistīti, tomēr atšķirīgi, jo indivīds vienlaikus var justies gan izolēts un nevajadzīgs ģimenei vai draugiem, gan arī uzskatīt sevi par nastu, kas tuviniekiem rada tikai problēmas. Trešais šīs teorijas aspekts ir prasme veikt suicīdu. Šajā aspektā ietilpst gan iekšējā drošība, gan informācijas un prasmju kopums, kas nepieciešams suicīda veikšanai. Informācija par suicīda veikšanas veidiem, prasmes un iemaņas var tikt apgūtas caur atkārtotiem suicīda mēģinājumiem.

Saskaņā ar šo teoriju atkārtoti pašnāvības mēģinājumi, kā arī pašievainošanās uzvedība un domas, samazina instinktīvās bailes no sāpēm un nāves. Atkārtoti domājot par suicīdu, nodarot sev sāpes grauzīšanās laikā vai veicot suicīda mēģinājumus, indivīds pamazām pierod pie suicīdālās uzvedības un tās radītajām sajūtām. Turpinot suicīdālo uzvedību, suicīdālās uzvedības radītās sāpes un bailes var mazināties, savukārt subjektīvā atvieglojuma izjūta - pieaugt. Tādējādi indivīds var sajūst aizvien lielāku vēlmi aizbēgt no ikdienas dzīves radītajām ciešanām, jo doma par suicīdu sāk sniegt aizvien lielāku atvieglojumu. Saskaņā ar suicīda starppersonu teoriju, visiem šiem aspektiem sasniedzot pietiekoši augstu līmeni, rodas visaugstākais risks, kad indivīds var veikt suicīdu.

Suicīdālās uzvedības integrētais motivācijas-gribas modelis (Integrated Motivational–Volitional Model of Suicidal Behaviour) (O'Connor, 2011) ir trīsdaļīgs modelis, kurš sastāv no pirms-motivācijas fāzes, kas attiecas uz vispārējo biopsihosociālo kontekstu, motivācijas fāzes,

kas attiecas uz suicidalitāti veicinošiem faktoriem, un gribas fāzes, kas attiecas uz faktoriem, kuri veicina pāreju no suicidalām domām uz suicīda nodoma realizēšanu.

Pirmajā, pirmsmotivācijas, fāzē nozīmīga loma ir diatēzei, kas attiecas uz suicīda risku paaugstinošiem bioloģiskiem, ģenētiskiem, kognitīviem un sociāliem faktoriem, tostarp sociālo piederības izjūtu vai nodarbinātību. Tāpat arī šajā fāzē nozīmīgu lomu ieņem indivīda dzīves notikumi, kas var veicināt pāriešanu nākošajā – motivācijas fāzē.

Motivācijas fāzes galvenie faktori ir zaudējums vai pazemojums, kā rezultātā var rasties suicidalas domas un vēlme. To savukārt uztur un veicina dažādi indivīda kognitīvie procesi, kā ruminēšana un selektīva atmiņa, pazeminātas problēmu risināšanas prasmes, zems izdzīvošanas vai psiholoģisko aizsargmehānismu līmenis. Zaudējuma un pazemojuma izjūta var apvienoties ar izjūtu, ka indivīds ir kā “noķerts lamatās”, vai bezizejas sajūta, kas vēl palielina suicidalitāti. Papildus suicidalitāti uztur un veicina arī samazināta subjektīvā piederības izjūta, sevis uztveršana par nastu tuviniekiem, pesimistiskas domas par nākotni vai nepietiekams subjektīvi uztvertais atbalsts.

Apvienojoties šiem faktoriem, indivīds var nonākt trešajā – gribas fāzē, veicot pāreju no suicidalas vēlmes uz suicīda mēģinājumu. Šajā fāzē nozīmīgu lomu ieņem pieejamība suicīda veikšanas līdzekļiem un zināšanas par suicīda veikšanas veidiem. To var paaugstināt iepriekšēja saskarsme ar situācijām, kad kāds no tuviniekiem vai paziņām ir miris suicīda rezultātā. Šāda pieredze var radīt tā saucamo “iemācīto uzvedību”, kad indivīds var secināt, ka suicīda mēģinājums ir pieņemams grūtību vai konfliktu risināšanas veids. Papildus šāda pieredze var veidot arī indivīda pieradināšanos pie suicidalām domām un baiļu samazināšanos.

1.1.2. Suicīda mēģinājuma riska faktori

Lai gan visā pasaule suicīds ir plaši pētīts fenomens, tomēr salīdzinoši nesēnā metaanalīzē (Franklin et al., 2017) tika secināts, ka esošie suicīda risku prognozējoši rīki un apzinātie riska faktori ir nepilnīgi suicidalū domu un uzvedības (SDU) prognozēšanai. Pēdējo 50 gadu laikā ir atklāti daudzi suicīda mēģinājuma risku paaugstinoši faktori, tomēr nav identificēta atsevišķa risku kategorija vai apakškategorija, kuras prognostiskā spēja būtu pietiekoši augsta. Nav atklāti pārliecinoši pierādījumi kādu atsevišķu riska faktoru kombinācijas saistībai ar konkrētām suicidalām domām vai uzvedību. Vēl vairāk, šīs metaanalīzes rezultāti atklāja, ka pētītie suicīda mēģinājuma riska faktori veido izteikti homogēnu grupu, pētniekiem dažādos laika posmos atkārtoti pievēršoties vieniem un tiem pašiem riska faktoriem. Tiek secināts, ka pētnieki ir izveidojuši šauru SDU riska faktoru sarakstu, kurus turpina pētīt, nepaplašinot pētījumos ietverto faktoru spektru. Tāpat arī ir secināts, ka par spīti vairāk, kā 100

gadu ilgajai suicīda pētījumu vēsturei, īpaši maz tiek pētīti aizsargājošie faktori, kas pazemina suicidalitātes un suicīda mēģinājumu risku. Pētījumā tiek rekomendēts paplašināt pētāmo suicīda riska faktoru loku, kā arī attīstīt dažādus suicīda riska faktoru izvērtēšanas instrumentus dažādām populācijas grupām.

Suicīda kontekstā tiek apsvērti divu veidu riska faktori – proksimālie un distālie. Proksimālie riska faktori ir indivīda šībrīža vai nesenās pagātnes notikumi, kas var ietekmēt pašreizējo stāvokli (piemēram, psihiskais un/vai fiziskais stāvoklis vai tuvinieka zaudējums). Distālie jeb vispārējie faktori ir senākas pagātnes notikumi vai aspekti (ģimene, plašāka sociālā vide, bioloģiskā-ģenētiskā predispozīcija). Šajā kontekstā tiek pētīts arī indivīda temperaments un personības iezīmes un to ietekme uz suicidalitāti un suicīda mēģinājumiem. Pētījumos atklāts, ka tādas personības iezīmes, kā neirotizisms, pesimisms, izvairīšanās no nepatīkamā vai sāpīgā, afektīvs temperaments tips (nosliece uz depresivitāti, hipertimitāti, vieglu aizkaitināmību, ciklotīmiskumu vai trauksmainību) un garastāvokļa (afektīvie) traucējumi, īpaši depresivitāte, aizkaitinājums un trauksmainība, ir saistīts ar augstāku suicīda mēģinājuma risku (Mitsui et al. 2017). Proksimālie faktori var tieši ietekmēt personas lēmumu par labu suicīda mēģinājumam, savukārt distālie – radīt personas predispozīciju suicidalitātei (Mościcki, 1997).

Pastāv arī suicīda riska faktoru iedalījums pēc citiem apsvērumiem, piemēram, demogrāfiskiem, sociāliem, ģenētiskiem vai neirobioloģiskiem aspektiem, dažādām somatiskām un psihiskām saslimšanām un traucējumiem. Ņemot vērā minēto, tālāk tiek uzskaitīti zinātniskajā literatūrā biežāk aprakstītie un pētītie suicīda mēģinājuma riska faktori un cēloņsakarības.

1.1.2.1. Demogrāfiskie un sociālie riska faktori

Saskaņā ar statistikas datiem vīriešiem ir raksturīgs augstāks pabeigta suicīda līmenis, nekā sievietēm. Tas ir skaidrojams ar letālāku suicīda metožu izvēli un augstāku nāves risku pirmā suicīda mēģinājuma laikā (Freeman et al., 2017; Hawton, Comabella, Haw, & Saunders, 2013). Sievietēm ir raksturīgs mazāk letāls suicīda veids un vairākas suicīda mēģinājumu epizodes, kas bieži ir komorbīdas ar afektīvajiem traucējumiem (Antypa et al., 2015; Goñi-Sarriés, Blanco, Azcárate, Peinado, & López-Goñi, 2018). Līdz ar to sievietēm biežāk mēdz būt suicidālas domas, kā arī ir ticis konstatēts, ka sievietes pārdomā suicīda mēģinājuma iespēju ilgākā periodā, nekā vīrieši (Schrijvers, Bollen, & Sabbe, 2012).

Viens no suicīda mēģinājuma demogrāfiskajiem riska faktoriem ir vecums, suicīda mēģinājuma riskam īpaši paaugstinoties pēc 65 gadu vecuma (Westefeld et al., 2015). Šajā vecuma grupā suicīda mēģinājuma risku vēl papildus paaugstina zemāks izglītības un ienākumu

līmenis, bezdarbs, dzīvesvieta lauku rajonā, kas paaugstina sociālo izolētību, kā arī psihiskie un afektīvie traucējumi (piemēram, trauksme un depresija), kognitīvo spēju samazināšanās, ģimenes stāvoklis un ar to saistītā traumējošā pieredze, piemēram, tuvinieka nāve (Suresh, Anish, & George, 2015, Westefeld et al., 2015).

Ģimenes stāvoklis tiek uzskatīts par vienu no aizsargājošiem faktoriem, kur oficiālās attiecībās (laulībā, citās reģistrētās attiecībās) esošas personas suicīdu veic retāk. Savukārt šķiršanās tiek uzskatīta par suicīda mēģinājuma risku paaugstinošu faktoru. Maz pētīta joma ir nesena vai ilgstoša separācija (šķiršanās) kā suicīdu paaugstinošs faktors, kur pētījuma rezultāti (Ide, Wyder, Kolves, & De Leo, 2010) liek domāt, ka nesena separācija (tuvākās dienas, nedēļas vai daži mēneši pēc faktiskās separācijas no dzīvesdrauga) varētu būt suicīda mēģinājuma risku paaugstinošs faktors.

Viens no bieži pētītiem suicīda riska faktoriem ir atkārtoti suicīda mēģinājumi. Ir konstatēts, ka iepriekšēja suicīda mēģinājuma pieredze paaugstina atkārtota suicīda mēģinājuma iespējamību. Piemēram, Anglijas stacionāro pacientu izlasē (no 15 gadu vecuma un vecāki) ar pašievainošanās uzvedību (neņemot vērā, vai pašievainošanās mērķis bija vai nebija letāls iznākums) tika konstatēts, ka 12 mēnešu laikā pēc pirmā suicīda mēģinājuma atkārtota suicīda mēģinājuma prevalence sasniedza 13.6%. Tai skaitā, viena no desmit personām mēģināja veikt suicīdu atkārtoti jau pirmo 10 dienu laikā pēc pirmā suicīda mēģinājuma. Mediānas laiks līdz atkārtotajam mēģinājumam bija 73.5 dienas (Kapur et al., 2006). Šajā pētījumā papildus tika konstatēts, ka atkārtotu suicīda mēģinājumu risku paaugstināja psihiatriskas slimības, bezdarbs, pašievainošanās pieredze, atkarības, iepriekšēji suicīda draudi un halucinācijas pirmā suicīda mēģinājuma laikā. Kā atkārtota suicīda mēģinājuma riska faktori tiek minēti arī afektīvie un trauksmes traucējumi, alkohola un narkotisko vielu lietošana (Goñi-Sarriés, Blanco, Azcárate, Peinado, & López-Goñi, 2018).

1.1.2.2. Psihiskie un neiroloģiskie traucējumi

Līdzšinējos pētījumos tiek aptverts plašs psihisko traucējumu loks, kas ir saistīts ar suicidalitāti un suicidālu uzvedību. Piemēram, saistība starp suicīdu un depresiju neiroloģisku slimību gadījumos (Parkinsona slimība, multiplā skleroze) (Andrijić, Alajbegović, & Loga-Zec, 2013), obsesīvi-kompulsīviem traucējumiem (Chaudhary, Kumar, & Mishra, 2016), politraumu (Finley et al., 2015), pēctraumas stresa traucējumiem (Antypa et al., 2015; Koven, 2016; Krysinska & Lester, 2010), panikas lēkmēm (Antypa et al., 2015). Ir secināts, ka psihiskie traucējumi, īpaši psihotiskas epizodes, paaugstina nepabeigtu suicīda mēģinājumu iespēju (Goñi-Sarriés, Blanco, Azcárate, Peinado, & López-Goñi, 2018). Savukārt ar katru nākamo

suicīda mēģinājumu personas nereti izvēlas aizvien letālāku suicīda veidu, kas paaugstina pabeigta suicīda risku.

Suicidālas domas un vēlmes tipiski tiek uzskatītas par vienu no suicīda risku paaugstinošiem faktoriem. Tomēr ir konstatēts, ka suicidalitātes prognostiskā spēja attiecībā uz suicīda mēģinājumu risku ir ierobežota, ko daļēji iespējams skaidrot ar atšķirībām pētījumu metodoloģijā (McHugh, Corderoy, Ryan, Hickie, & Large, 2019). Konstatēts arī, ka suicidalitātei kopā ar vieglu depresiju ir augstāka saistība ar suicīda mēģinājumu risku (Rogers, Ringer, & Joiner, 2018)

Depresija tiek uzskatīta par vienu no galvenajiem suicīda risku paaugstinošiem faktoriem. Nesenā pētījumā respondentu grupā ar suicīda mēģinājumiem tika konstatēta daudz augstāka to respondentu daļa, kas kādā savas dzīves brīdī ir pieredzējuši depresijas epizodi – 85,1%, salīdzinot ar respondentiem bez suicīda mēģinājuma, kur tikai 14,9% bija pieredzējuši depresijas epizodi (Strawbridge et al., 2019). Hautona (Hawton) un kolēģu 2013. gada literatūras apskatā (Hawton, Comabella, Haw, & Saunders, 2013) konstatēts, ka pirmās nedēļas pēc izrakstīšanās no stacionāra ir lielāks atkārtota suicīda mēģinājuma risks.

Viens no iemesliem, kādēļ depresija paaugstina suicīda risku, ir adaptīvo stresa pārvarēšanas stratēģiju pazemināšanās depresijas laikā. Nespēja regulēt stresu savukārt var radīt adaptācijas traucējumus. Par būtiskiem suicīda mēģinājumu prognozējošiem faktoriem tiek uzskatīti arī citi depresijas laikā pieredzētie simptomi, piemēram, esošs vai uztverts sociālā atbalsta un piederības trūkums un vientulības izjūta (Culp, Clyman, & Culp, 1995; Mazza & Eggert, 2001). Depresijas laikā sastopamā vēlme aizbēgt no nepanesamām emocionālām ciešanām, rūpēm vai problēmām, kuras persona nespēj atrisināt, bezcerība (Antypa et al., 2015), pārliecība, ka nekas nemainīsies, kā arī šķietama nokļūšana “lamatās” vai bezizejas stāvoklī (Li et al., 2018) indivīdam var radīt motivāciju bēgt no šīm problēmām, veicot suicīdu.

Gournellis un kolēģu (Gournellis et al., 2018) veiktās metaanalīzes rezultāti norāda, ka pacietiem ar unipolāru depresiju un psihotiskiem traucējumiem suicīda risks dzīves garumā palielinās 1,21 līdz 1,69 reizes (atkarībā no pētījuma metodoloģijas), salīdzinot ar pacientiem ar depresiju bez psihotiskas epizodes. Depresijas risks palielinās divas reizes smagas depresijas laikā ar psihotiskiem simptomiem, kā arī depresijas akūtā fāzē.

Atkarību izraisošu vielu lietošana (alkohols, narkotikas) palielina suicīda risku piecas līdz desmit reizes, salīdzinot ar rādītājiem vispārējā populācijā. Papildus tika konstatēts, ka dažādu specifisku narkotiku vai narkotisko vielu maisījumu lietošana (opioīdi, kā arī dažādu narkotiku lietošana vienlaikus) paaugstina suicīda mēģinājuma risku no 14 līdz 17 reizēm (Espineta et al., 2019).

Pēdējo gadu laikā notiek aktīvs pētnieciskais darbs depresijas pacientu un suicīda izpētē, izmantojot attēlveidošanas izmeklējumus (piemēram, magnētisko rezonansi), tomēr, kā secināts 2018. gada sistemātiskajā apskatā, šo pētījumu rezultāti pagaidām vēl ir pretrunīgi (Domínguez-Baleón, Gutiérrez-Mondragón, Campos-González & Rentería, 2018). Lai gan respondentiem ar depresiju un suicīda mēģinājumiem ir konstatētas izmaiņas smadzeņu baltajā vielā, hipokampa apjoma samazināšanās, biežāka garoza smadzeņu paura daivas priekšējā daļā un biežāka kreisās puslodes insula, pētījumos ir izmantota dažāda metodoloģija, tādēļ pētījumu kopsavilkums nav viennozīmīgs.

Tiek pētītas arī atšķirības starp respondentu grupu ar depresijas traucējumiem un suicīda mēģinājumiem un respondentu grupu ar depresijas traucējumiem un bez suicīda mēģinājumiem. Depresijas pacientu grupā ar suicīda mēģinājumiem tika konstatēts augstāks autobiogrāfiskās atmiņas (AA) traucējumu līmenis (Leibetseder, Rohrer, Mackinger, & Fartacek, 2006). Grūtības atsaukt atmiņā notikumus no savas pagātnes var ietekmēt afektīvo traucējumu, tai skaitā depresijas, rašanos. Pētījumā iekļautā intelekta mērījuma rezultāti neatšķirās starp grupām, tādēļ tika secināts, ka šajās grupās nepastāv komorbīdi organiski vai neiroloģiski traucējumi, kuru dēļ varētu rasties AA. Savukārt tika norādīts, ka šī pētījuma ietvaros netika ņemta vērā traumējoša pieredze vai citi faktori, kā impulsivitāte, problēmu risināšanas prasmes, afekta regulācija un stresa pārvarēšanas prasmes. Autori secina, ka esošie AA traucējumu modeļi pilnībā neizskaidro kādēļ daļa depresijas pacientu ar AA traucējumiem veic suicīda mēģinājumus, savukārt cita tos neveic, tādēļ turpmākos pētījumos nepieciešams iekļaut papildus faktoros.

Šī promocijas darba autores ieskatā iespējams izvirzīt hipotēzi, ka depresijas pacientu grupā ar suicīda mēģinājuma pieredzi iespējami citi, piemēram, disociatīvi simptomi un traucējumi, kas var ietekmēt novērotos atmiņas traucējumus.

1.1.2.3. Ģenētiskie un neirobioloģiskie faktori

Mūsdienās tiek veikti ģenētikas pētījumi, lai apstiprinātu vai izslēgtu ģenētiskas predispozīcijas iespēju. Tāpat arī pētījumi notiek neirobioloģijas jomā, pētot dažādo hormonu un neiromediatoru disfunkcijas ietekmi uz suicidalitātes un afektīvo traucējumu rašanos. Līdzšinējos pētījumos ir konstatēts, ka letāla suicīda gadījumi ģimenē vairākās paaudzēs sasniedz 40%, savukārt pirmās pakāpes radniekiem suicīda risks ir divreiz augstāks, nekā vispārējā populācijā (McGuffin, Marušič, & Farmer 2001). Daļēji to iespējams skaidrot ar iemācītu uzvedību, ģimenes vai vides faktoriem. Vienlaikus jāatdzīst, ka pētījumu rezultāti pagaidām ir pretrunīgi, kur kā galvenais iemesls jāmin dažādā pētījumu metodoloģija (Antypa et al., 2015; Strawbridge et al., 2019).

Vērienīgā genomu pētījumā Anglijā (n=83,557) tika konstatēti vairāki ar suicidalitāti saistīti gēnu lokusi, kā arī gēnu marķieru saistība ar dažādām psihiskām saslimšanām, īpaši depresiju un trauksmes traucējumiem (Strawbridge et al., 2019). Ir pētīta saistība starp serotonīnērgiskajiem gēniem un suicīda mēģinājuma risku, kā arī to saistību ar stresu radošiem notikumiem (Antypa, Serretti & Rujescu, 2013). Pagaidām iegūtie rezultāti spēj izskaidrot suicīda mēģinājuma risku tikai daļēji. Citos pētījumos ir secināts, ka depresijas rašanos un suicīdālas domas var veicināt hipoglikēmija (Forsman et al., 2017) vai pazemināts smadzeņu neirotropā faktora (*brain-derived neurotrophic factor, BDNF*) indekss (Salas-Magaña et al., 2017).

Pēdējos gadus tiek pētītas neirokognitīvās spējas un to saistība ar suicīdu. Ar neirokognitīvajām spējām šajos pētījumos tiek saprasta uztvere, spriešana, darbības plānošana, lēmumu pieņemšana, informācijas pārstrādes ātrums, vadības funkcijas, kā arī emocijas un to kontrole, kas ir cieši saistīts ar neironu tīklojumu galvas smadzenēs. Literatūras apskata rezultāti ļauj secināt, ka neirokognitīvās spējas atšķiras personām, kuras domā par suicīdu, un personām ar suicīda mēģinājumu (Saffer & Klonsky, 2018). Teorētiski tiek pieļauts, ka neirokognitīvo spēju deficīts var paātrināt pāreju no suicīdālām domām uz suicīda mēģinājumu.

Nemot vērā bioķīmiskas izmaiņas depresijas laikā, depresijas terapijā tiek plaši izmantota medikamentozā terapija. Attiecībā uz suicidalitāti ir secināts, ka, lai gan kopumā antidepressantiem ne vienmēr ir pietiekoši pozitīvs efekts suicīda mēģinājumu novēršanā, to lietošana parasti samazina suicidalitātes līmeni. Medikamentozās terapijas efekta nodrošināšanai ir nepieciešama individuāla pieeja katram pacientam, pielāgojot terapiju un izvērtējot suicīda mēģinājuma riska faktorus un aizsargājošos faktorus, tai skaitā individualizētu atbalstu (Pompili et al., 2012).

Saskaņā ar nesenu metaanalīzi vardarbības pieredze līdz ar depresiju, bezcerību, trauksmi un iepriekšējiem suicīda mēģinājumiem un suicīdālām domām ir viens no suicīda mēģinājuma un suicidalitātes būtiskākajiem riska faktoriem (Franklin et al., 2017), un tiek apskatīta atsevišķi nākamajā nodaļā.

1.2. Bērnības vardarbības pieredze

Lai gan jebkurā vecumā pieredzēta vardarbība var atstāt ietekmi uz indivīdu, ir konstatēts, ka bērnībā pieredzētā vardarbība var atstāt īpaši dziļas sekas.

Bērnībā pieredzēto vardarbību visbiežāk iedala četros pamatveidos – fiziskā, emocionālā, seksuālā vardarbība, kā arī atstāšana novārtā no galvenā aprūpētāja puses (Zeanah & Humphreys, 2018). *Fiziska vardarbība pret bērnu* ir sāpju vai ievainojumu radīšana bērnam.

Piemēram, par fizisku vardarbību parasti uzskata sišanu, purināšanu, grūšanu, pāršanu, žņaugšanu, fizisku ierobežojumu izmantošanu (sasiešana, ieslēgšana). Par fizisku vardarbību netiek uzskatīts nelaiemes gadījums, tomēr dažkārt daļa nelaiemes gadījumu var rasties kā rezultāts bērna atstāšanai novārtā. Par *emocionālu vardarbību pret bērnu* tiek uzskatīta tāda bieži atkārtota darbība, kas var negatīvi ietekmēt bērna emocionālo, sociālo vai pat intelektuālo attīstību. Emocionālas vardarbības piemēri ir ignorēšana, klusēšana (boikots), kliegšana, pārmērīga negatīva kritizēšana, bērna izolēšana, vai emocionāla atstumšana. Arī tas, ka bērns ir liecinieks dažādiem vardarbības veidiem (piemēram, vardarbīgi konflikti starp vecākiem), tiek uzskatīts par emocionālu vardarbību. *Seksuāla vardarbība pret bērnu* ir mazgadīga bērna iesaistīšana jebkādas seksuālās darbībās, kuru veic pieaugušais vai vecāks bērns vai pusaudzis ar mērķi apmierināt savas seksuālās tieksmes. Šādas seksuālas darbības tostarp sevī iekļauj bērna ģenitāliju aizskaršana, savu ģenitāliju atkailināšana, bērna mudināšana pieskarties otra ģenitālijām, pornogrāfijas rādīšana mazgadīgam bērnam, masturbēšana vai dzimumakts bērna klātbūtnē, kā arī nepilns vai pilns dzimumakts. Šādas darbības tiek klasificētas kā seksuāla vardarbība neatkarīgi no tā, vai bērns ir ticis piespiests vardarbīgā veidā (draudot, fiziski ietekmējot un ierobežojot), vai arī pieradinot bērnu pie šādām darbībām (pieskārieni, apsolījumi, saldumi, dāvanas). *Atstāšana novārtā* savukārt ir bērna pamatvajadzību neapmierināšana. Atstāšanas novārtā tipisks piemērs ir ēdiena nenodrošināšana, nepiemēroti dzīves apstākļi un dzīvesvietas higiēna (piemēram, netīrība), bērna higiēnas, piemērotu drēbju un apavu nenodrošināšana. Tāpat arī atstāšana novārtā ir nepietiekama uzraudzība un rūpes no aprūpētāju puses, medicīnisko pakalpojumu vai izglītošanas nodrošināšana (piemēram, netiek kontrolēts kur un ar ko kopā bērns uzturas, netiek vests uz skolu).

Īpaši traumējoša ir “nodevības trauma” (*betrayal trauma*), kas rodas, ja vardarbību pret bērnu veic viņa galvenais aprūpētājs, visbiežāk viņa vecāks (Freyd, 1994). Agrīnā vecumā bērnam ir svarīgi, ka vecāks tiek uztverts kā mīlošs un aprūpējošs. Bērns uzticas saviem vecākiem, bet vardarbības gadījumā šī uzticēšanās tiek pieviltā, un bērns jūtas “nodots.” Agrīnā vecumā bērna psihe nav spējīga atrisināt dilemmu, ka vecāks vienlaikus ir gan aprūpētājs, gan varmāka. Bērns ir fiziski un emocionāli atkarīgs no aprūpētāja, tādēļ attiecības ar aprūpētāju ir nepieciešamas bērna izdzīvošanai. Tomēr vienlaikus bērnam rodas vēlme un vajadzība aizbēgt no vardarbības. Pretruna starp vajadzību pēc piesaistes ar aprūpētāju un vajadzību aizbēgt no vardarbības var aizsākt patoloģiskus disociatīvus procesus. Jo agrīnākā vecumā tiek pieredzēta vardarbība, jo bērns ir nevarīgāks, augstāka ir vajadzība uzturēt piesaisti un attiecīgi – rodas izteiktāki disociatīvie procesi. Dzīves laikā šāda tendence uz disociāciju var kļūt traucējoša ikdienas gaitā un padziļināt pārējo vardarbības veidu negatīvās sekas. Nodevības traumas

gadījumā var veidoties arī dziļa neuzticēšanās cilvēkiem kopumā, kas vēlāk var negatīvi ietekmēt adaptācijas spējas dažādās dzīves situācijās.

Atstāšana novārtā ir viens no nodevības traumas veidiem. Atstāšana novārtā pēdējos gados tiek pētīta aizvien biežāk, salīdzinot bērnības traumējošās pieredzes veidu prevalenci un ietekmi dažādās respondentu grupās. Piemēram, pētījumā tika salīdzināta seksuālās, fiziskās un verbālās vardarbības pieredze, fiziskā un emocionālā atstāšana novārtā dažādās respondentu grupās – respondenti ar kompleksiem disociatīviem traucējumiem (KDT), pēctraumas stresa traucējumiem (PST) un jauktiem psihiatriskiem traucējumiem (JPT) (Dorahy, Middleton, Seager, Williams, & Chambers, 2015). KDT grupā tika konstatēts augstāks visa veida vardarbības pieredzes līmenis. Šajā grupā seksuālās vardarbības pieredze bērnībā prognozēja disociatīvo traucējumu rašanos. Pētījumā tika konstatēts, ka emocionālā atstāšana novārtā prognozēja depresijas rašanos, bet fiziskā atstāšana novārtā – trauksmi starppersonu attiecībās. Savukārt citā pētījumā (Khosravi, 2020) konstatēts, ka robežstāvokļa personības pacientiem bērnības emocionālās vardarbības pieredze prognozē disociācijas veidošanos. Šajā grupā tika konstatēti mediējošie faktori - tādas kognitīvās shēmas, kā izjusta defektivitāte un ievainojamība. Ir konstatēts arī, ka emocionālā atstāšana novārtā un emocionālā vardarbība no vecāku un brāļu/māsu puses var prognozēt disociatīvo traucējumu rašanos, kā arī emocionālās vardarbība risku no partnera puses tālākās dzīves laikā (Krüger & Fletcher, 2017). Disociācija un disociatīvie traucējumi sīkāk apskatīti sadaļā 1.4.

Zinātniskajā literatūrā nav vienotības par traumējošas pieredzes definīciju. Ne SSK-10 (SSK-10, 2010), ne arī DSM-5 (DSM-5, 2013) nesniedz precīzu definīciju traumējošai vai stresu izraisošai pieredzei. SSK-10 zem sadaļas “Reakcija uz smagu stresu un adaptācijas traucējumi” (kods: F43) tiek skaidrots, ka tie ir traucējumi, kuru kausāls iemesls var būt “īpaši smags stresu radošs notikums, kas izraisa akūtu stresa reakciju, vai arī būtiskas pārmaiņas dzīvē, kas noved pie ilgstošiem nepatīkamiem apstākļiem, kas rada adaptācijas traucējumus... tiešas sekas pēc smaga akūta stresa vai ilgstošas psihotraumas.” SSK-10 definē psihotraumējošu notikumu kā “notikumu vai situāciju (kā īslaicīgu, tā ilgstošu), kas ir sevišķi draudoša vai katastrofāla un varētu izraisīt difūzus smagus emocionālus pārdzīvojumus (distresu) ikvienam.” Savukārt adaptācijas traucējumu aprakstā (kods: F43.2) papildus tiek minēts stressors, kas ietekmē “indivīda sociālo sakaru tīklu (smags zaudējums, šķiršanās pārdzīvojumi) vai plašāku sociālā atbalsta un vērtību sistēmu (migrācijas, bēgļa statuss), vai arī ir liela pārmaiņa attīstībā vai krīze (iešana uz skolu, kļūšana par tēvu vai māti, neveiksme tiecoties pēc ilgota personīga mērķa, aiziešana pensijā).” Disociatīvo (konversijas) traucējumu aprakstā papildus tiek minēts, ka “ilgstošāki traucējumi, īpaši paralīzes un anestēzijas, var rasties, ja sākums saistās ar neatrisināmām situācijām vai starppersonu grūtībām... kas pacientam nav ne atrisināmi, ne

izturami...” DSM-5 pēctraumas stresa traucējumu aprakstā detalizēti uzskaita dažādus traumējošas pieredzes piemērus, tādus kā karš, visa veida vardarbība vai vardarbības draudi, terorisms, uzbrukums, nolaupīšana. Vienlaikus tiek uzsvērts, ka šis saraksts nav izsmeļošs, un ir jāņem vērā iespējamās individuālas emocionālās reakcijas uz šiem notikumiem.

Dažkārt traumējošs notikums tiek aprakstīts kā notikums, kas atrodas ārpus indivīda normālas vai ikdienas pieredzes. Šāda notikuma laikā iespējama bezpalīdzības un baiļu sajūta, jo indivīdam var trūkt atbilstošu aizsardzības mehānismu, iepriekšējās pieredzes vai zināšanu, kā rīkoties. Traumējošu notikumu laikā var pastāvēt ierobežota iespēja izvairīties no traumējošās pieredzes avota, piemēram, dabas katastrofas vai varmākas. Īpaši traumējoša var būt ierobežota spēja pasargāt citus, īpaši savas ģimenes locekļus, no vardarbības vai katastrofas ietekmes.

Zinātniskajā literatūrā dažkārt izdala vienkāršas traumas pieredzi (viena epizode, īslaicīga, bieži bez starppersonu vardarbības) un kompleksu traumu (vairākas epizodes, ilglaicīga vai hroniska, starppersonu, vardarbīga vai pat sadistiska) (Bailey & Brown, 2020).

Vienkāršas traumas pieredze, piemēram, dabas katastrofa vai automašīnas avārija, zinātniskajā literatūrā visbiežāk tiek saistīta ar akūta stresa traucējumiem vai pēctraumas stresa traucējumiem (Courtois, Ford, Kolk, & Herman, 2009). Tāpat arī secināts, ka vienkāršas traumas radītais distress paaugstina kopējo trauksmes līmeni (Frans, Rimmo, Aberg, & Fredrikson, 2005; Tanskanen et al., 2004).

Vienlaikus ar atsevišķu traumējošu notikumu iespaidu tiek pētīta arī dažādu stresoru vai notikumu kumulatīvā ietekme. Lai gan šie stresori katrs atsevišķi nevarētu tikt uzskatīti par traumējošu pieredzi, kopā tie var radīt traumējošai pieredzei līdzīgu ietekmi un pazemināt personas adaptācijas spējas un spēju rīkoties stresa situācijās (Alayarian, 2011). Adaptācijas spēju pazemināšanās savukārt var veicināt depresijas rašanos. Savukārt depresijas risks paaugstinās līdz ar katru nākamo stresu izraisošo situāciju. Piemēram, pētot traumējošās pieredzes kumulatīvo efektu, klāsteru analīzes rezultātā tika konstatētas četras dažādas respondentu grupas (Schimmenti, 2017). Pētījumā tika iekļauti sekojošie mainīgie lielumi: respondenta vecums traumējošās pieredzes laikā, traumējošās pieredzes intensitāte, traumas veicējs (ģimenes locekļi vai svešinieki) un psihisko traucējumu līmenis (trauksme, depresija, agresija, starppersonu jutīgums, obsesīvi-kompulsīvie simptomi, paranojāla dispozīcija, fobiska trauksme, psihotisms un somatizācija). Pirmajā grupā ietilpa “izteikti traumēti” respondenti ar augstiem traumējošās pieredzes rādītājiem. Šajā grupā pirmā traumējošā pieredze bieži tika fiksēta agrīnā bērnībā, tai uzslāņojoties papildus traumējošai pieredzei dzīves laikā. Šajā respondentu grupā tika konstatēti arī visaugstākie psihisko traucējumu rādītāji, tai skaitā disociatīvie simptomi. Otrajā grupā arī ietilpa izteikti traumēti respondenti, kuriem pirmās

traumas laiks un kumulatīvais traumējošās pieredzes rādītājs būtiski neatšķirās no pirmās grupas. Šajā grupā visi dalībnieki ziņoja par seksuālu vardarbību no radnieku puses (incests), kas tiek uzskatīta par vismagāko no vardarbības formām. Tāpat arī tika konstatēts zemāks novārtā pamešanas līmenis no vecāku puses un zemāks psihisko traucējumu rādītājs, nekā pirmajā grupā. Pētījuma autori to skaidro ar respondentu izteiktāku dzīves spēku vai arī ar iespēju, ka pētījuma dalībnieki bija pārstrādājuši traumas pieredzi psihoterapijā vai saņēmuši pietiekamu sociālo atbalstu. Trešo respondentu grupu raksturoja plašs traumējošās pieredzes spektrs, tai skaitā ģimenē, bet pārsvarā ārpus ģimenes, izteikta emocionālā pamešana novārtā un vardarbība no svešu cilvēku puses, kā arī traumējoša pieredze, esot liecinieka statusā. Šajā grupā psihisko traucējumu līmenis, tai skaitā disociatīvo traucējumu līmenis, arī bija zemāks nekā pirmajā grupā. Ceturtajā grupā ietilpa respondenti ar zemu traumējošās pieredzes līmeni, kuriem attiecīgi tika konstatēts viszemākais psihisko traucējumu līmenis. Šī pētījuma rezultāti norādīja uz to, ka disociatīvie simptomi daļēji mediē pozitīvo saistību starp traumējošo pieredzi un psihiskiem traucējumiem.

Kompleksas traumas jēdziens sevī ietver vairākus aspektus (Courtois, Ford, Kolk, & Herman, 2009). Pirmkārt kompleksa trauma visbiežāk ir atkārtota vai ilgstoša. Otrkārt tā visbiežāk ir saistīta ar vardarbību vai atstāšanu novārtā no galvenā aprūpētāja. Treškārt, kompleksa trauma parasti veidojas bērnībā. Ceturkārt traumējošā pieredze ir pietiekoši intensīva, lai negatīvi ietekmētu bērna dabisko attīstību. Attiecīgi visbiežāk par kompleksu traumu tiek runāts bērnības vardarbības pieredzes un piesaistes kontekstā. Bērnībā pieredzēta seksuāla, fiziska un emocionāla vardarbība, kā arī pamešana novārtā, var atstāt dziļākas sekas smadzeņu attīstībā un funkcionēšanā, veicinot dažādu psihisku traucējumu rašanos (Daniels, Frewen, Theberge, & Lanius, 2015; Krause-Utz, Frost, Winter, & Elzinga, 2017). Kompleksas traumas pieredze bieži saistās ar upura nespēju izvairīties no vardarbības, un tās radīto bezpalīdzības sajūtu. Piemēram, ja bērns agrīnā vecumā pieredz fizisku un seksuālu vardarbību no tēva vai mātes puses, visbiežāk bērns pats bez citu pieaugušo palīdzības nespēj pārtraukt šo vardarbību.

Gan vienas atsevišķas traumējošās pieredzes, gan kumulatīvā efekta rezultātā var rasties dažādi traucējumi, piemēram, depresija, akūta stresa reakcija, pēctraumas stresa traucējumi (PTST), kā arī disociatīvie traucējumi. Ir konstatēts, ka bērnības vardarbības pieredze var radīt traucējumus sekojošos attīstības aspektos: piesaistē, biofizioloģiskajā attīstībā (smadzeņu attīstība, hormonu līmenis), afekta regulācijā, uzvedības regulācijā, domāšanā un sevis apzināšanās sfērā (Cook et al., 2005).

Piemēram, sievietēm agrīna bērnības vardarbības pieredze, īpaši seksuālas un fiziskas vardarbības pieredze, ir saistīta ar dažādiem dezadaptīviem uzvedības modeļiem, dezadaptīvām

priekšstatu shēmām un pārliecībām. Visbiežāk sastopama patoloģiska sevis vainošana, izvairīšanās uzvedība, pašdestruktīvas darbības, atkarības, kā arī iesaistīšanās vardarbīgā ģimenes modelī (Street, Gibson, & Holoha, 2005). Tiek uzskatīts, ka traumējošās pieredzes rezultātā var veidoties dezadaptīvas kognitīvas pārliecības, kas nostiprinās atkārtotas viktimizācijas rezultātā. Šādas pārliecības, piemēram, ka es nevaru vai nedrīkstu pretoties varmākam, vai arī neesmu neko labāku pelnījusi, papildus pastiprina tendenci palikt disfunkcionālās attiecībās.

Sievietes, kuras cieš no partnera vardarbības, biežāk uzrāda, ka viņas bērnībā ir cietušas no seksuālas vardarbības. Šīm sievietēm ir konstatēts arī augsts disociatīvo traucējumu līmenis un bailes tikt pamestām (Zerubavel, Messman-Moore, DiLillo, & Gratz, 2017). Pētījuma autori uzskata, ka bērnībā pieredzētā seksuālā vardarbība mijiedarbojoties ar bailēm tikt pamestai ietekmē to, ka sieviete vairāk nekā vīrieši izmanto disociāciju. Disociācija savukārt palīdz sievietēm izslēgt no apziņas partnera vardarbību un tās laikā pieredzētās sāpes, palīdzot saglabāt attiecības. Pētījumi norāda, ka arī ēšanas traucējumiem ir konstatēta saistība ar bērnības traumas pieredzi un disociatīvajiem simptomiem, kas kopā var prognozēt ēšanas traucējumu izteiktības pakāpi (Palmisano et al., 2017).

Pētījumā salīdzinot respondentu grupas ar un bez disociatīviem simptomiem (depersonalizācija), grupā ar disociatīviem simptomiem tika konstatēts augstāks traumējošās pieredzes līmenis bērnībā un pieaugušā vecumā. Bērnības vardarbības pieredze tostarp iekļāva sevī emocionālo un fizisko vardarbību, kā arī emocionālo un fizisko pamešanu novārtā. Šajā grupā tika konstatēts augstāks trauksmes līmenis, augstāka emocionālā reaktivitāte un uz emocijām orientētu izdzīvošanas mehānismu izmantošana, kas tiek uzskatītas par mazāk adaptīvām (Thomson & Jaque, 2018).

Respondentu grupā ar traumējošu kaujas pieredzi (Nichter, Hill, Norman, Haller, & Pietrzak, 2020) tika konstatēts, ka bērnības seksuālās vardarbības pieredze daudz spēcīgāk prognozē to, ka dzīves laikā var tikt veikts suicīda mēģinājums, nekā kādi no sociāldemogrāfiskajiem faktoriem vai cita dzīves laikā pieredzēta trauma, tai skaitā traumējoša pieredze kaujas laukā.

Longitudinālā dvīņu pētījuma rezultāti rāda, ka pusaudžiem ar vardarbības pieredzi no pieaugušo vai vienaudžu puses, ir konstatēts ne tikai pēctraumas stresa traucējumi, afekta regulācijas un uzvedības traucējumi, bet arī augstāks psihotisku simptomu un psihisku traucējumu risks (Arseneault et al., 2011). Papildus pētījumā tika konstatēts, ka psihotisko simptomu līmenis nebija atkarīgs no bērna ģimenes socioekonomiskā statusa, bērna intelekta vai ģenētiskas psihiatrisko traucējumu predispozīcijas. Autori norāda, ka psihotisko simptomu veidošanās risku, iespējams, paaugstina tieši izjustais apdraudējums un tā uztvere. Sajūta, ka

kāds ar nodomu vēlas nodarīt pāri, nevis tikai konkrētais traumas veids (fiziska, verbāla, emocionāla vai seksuāla) var provocēt psihotisku simptomu rašanos. Gadījumā, ka pusaudzis ir cietis gan no pieaugušajiem, gan vienaudžiem, tika konstatēta īpaši augsta psihotisku simptomu rašanās iespēja.

Bērnības vardarbības pieredze bērnībā, ir pētīta arī saistībā ar garastāvokļa traucējumiem un depresiju (Fowler, Allen, Oldham, & Frueh, 2013; Martínez-Taboas, Canino, Wang, García, & Bravo, 2006; Schaffrath et al., 2011; Wiersma et al., 2009). Pacientu grupā ar robežstāvokļa personības un depresijas traucējumiem ir konstatēta saistība starp bērnībā pieredzētu vardarbību, īpaši seksuālu vardarbību, un epigēnētiskām izmaiņām. Tāpat arī konstatēta iespējama cēloņsakarība starp bērnībā pieredzētu vardarbību un psihiskiem traucējumiem tālākās dzīves gaitā (Perroud et al., 2011).

Pētījumu rezultāti ļauj arī secināt, ka traumējoša pieredze dzīves laikā, un it īpaši bērnībā pieredzētas vardarbības pieredze, atstāj organiskas un neiroloģiskas sekas smadzeņu struktūrās un funkcionēšanā, kas savukārt var radīt sekas indivīda uztverē, domāšanā, uzvedībā un adaptācijas spējās, kā arī tiek saistīta ar dažādu psihisku un adaptācijas traucējumu veidošanos tālākās dzīves laikā.

Diagnosticētas depresijas grupā sievietēm ar bērnības vardarbības pieredzi, īpaši ilgstošas un vardarbīgas (sadistiskas, fiziskas vai seksuālas) vardarbības gadījumā, tika konstatēts mazāks hipokampa apjoms, nekā sievietēm bez vardarbības pieredzes bērnībā (Vythilingam et al., 2002). Pārbaudot pieres daivas darbības asimetriju (PDDA), izmantojot elektroencefalogrammas mērījumus, konstatēts, ka respondentu grupā ar robežstāvokļa personības traucējumiem PDDA asimetrijas nosliece uz labo pusi pozitīvi korelēja ar izteiktāku bērnības traumas pieredzi un disociatīvo konversijas simptomu līmeni (Popkirov et al., 2018).

Mūsdienās virkne pētījumu pārbauda to, kā traumējoša pieredze bērnībā varētu būt saistīta ar hipotalāma-hipofīzes-adrenālā ass funkcionēšanu (*hypothalamus–pituitary–adrenal (HPA) axis*). Šajos pētījumos nereti tiek veikta kortizola līmeņa noteikšana matos, jo ķermeņa šķidrums, piemēram, siekalās, kortizola līmenis mainās vairākas reizes dienā. Pētījumi rāda, ka bērniem ar traumējošu pieredzi, neatkarīgi no traumējošās pieredzes veida, ir konstatēts paaugstināts kortizola līmenis matos (Simmons et al., 2016). Savukārt pētījumā ar pieaugušajiem tika konstatēts, ka tiem, kuri bija piedzīvojuši atstāšana novārtā pirmajos trīs dzīves gados, bija pazemināts kortizola līmenis matos (Schalinski, Teicher, & Rockstroh, 2019). Savukārt, atkārtoti sastopoties ar traumējošu pieredzi pieaugušajā vecumā, viņi uzrādīja izteiktākas stresa reakcijas un traumas simptomus.

Respondentu grupā ar iepriekšēju traumējošu pieredzi un psihiskiem traucējumiem tiek pētīts arī ikdienas funkcionēšanas līmenis. Pārbaudot funkcionēšanas līmeņa saistību ar

traumējošo pieredzi, atsevišķos pētījumos ir secināts, ka personas funkcionēšanu var ietekmēt psihopatoloģija, kas radusies traumējošas pieredzes rezultātā, nevis traumējošā pieredze kā tāda. Šāda psihopatoloģija var izpausties kā trauksmes traucējumi, depresija, pēctraumas stresa traucējumi, vai arī disociatīvi traucējumi. Šī psihopatoloģija var būt kā mediators, kas pazemina personas vispārējo funkcionēšanas un adaptācijas spējas (Bolton et al., 2004).

Ir virkne pētījumu, kas norāda uz saistību starp bērnības vardarbības pieredzi un depresīviem simptomiem. Tāpat arī ir pētījumi, kas pievēršas faktoriem, kuri var pastiprināt vai mazināt šo saistību. Metela (Mētel) ar kolēģiem ir konstatējusi, ka indivīdiem ar traumējošu bērnības pieredzi ir tendence selektīvi koncentrēties uz apdraudošu informāciju. Savukārt šī tendence pastiprina depresijas simptomus, kas ietekmē garastāvokli, uzmanību, uzvedību un atribūciju, kā arī adaptācijas prasmes (Mētel et al., 2019). Savukārt indivīda dzīvesspēka līmenis var samazināt depresijas risku.

Pētījumā par vardarbības pieredzi pieaugušajā vecumā, sievietes, kuras bija cietušas no seksuālas vardarbības pēdējo divu gadu laikā, uzrādīja dziļāku depresiju un zemāku pašvērtību, nekā citu vardarbības veidu gadījumos (Kucharska, 2016). Papildus tika konstatēts, ka lielāka ietekme ir izvarošanai un izvarošanas mēģinājumam, nekā citiem seksuālas vardarbības veidiem (pieskaršanās, piespiedu pornogrāfisku materiālu ekspozīcija u.tml.)

Pētījumos pamatā tiek secināts, ka sievietes ar vardarbības pieredzi, ir vairāk pakļautas PTS, depresijas un citu psihisku traucējumu veidošanās riskam. Tomēr, papildus kontrolējot tādus faktoros, kā traumējošās pieredzes veids, traumējošo notikumu skaits un laiks, kas pagājis no traumējošās pieredzes brīža, ir konstatēts, ka vīrieši ir tikpat bieži pakļauti dažādu psihisko traucējumu veidošanās riskam. Tas īpaši ir novērojams tādas vardarbības gadījumos, kā izvarošana un seksuāla uzmākšanās (Rosenman, 2002).

1.3. Depresija

Depresija lielākajai daļai depresijas pacientu tiek uzskatīta par ārstējamu slimību, tomēr daļai depresijas slimnieku attīstās hroniska un/vai rezidenta depresija. Hroniskas depresijas gadījumos indivīds pieredz ne tikai augstu emocionālo ciešanu un ekonomisko zaudējumu līmeni, bet veidojas arī paaugstināts invaliditātes un suicīda mēģinājuma risks. Lai gan pētījumos ir atklāti dažādi depresijas riska, mediējošie un aizsargājošie faktori, pilnīga šo faktoru kopsakarība un cēloņsakarība nav skaidra, un tiek uzsvērta tālāku pētījumu nepieciešamība.

1.3.1. Depresijas diagnoze pēc SSK un DSM

Lai gan no 2018. gada jūnija pasaulē ir spēkā Starptautiskā slimību klasifikatora (SSK) 11. versija, Latvijā pagaidām tiek izmantota SSK 10 versija, tādēļ šajā pētījumā tiek apskatīts gan saistībā ar SSK-10, gan arī norādīts uz būtiskām izmaiņām SSK 11. versijā.

SSK-10 (SSK-10, 2010) depresīvas epizodes diagnoze (F32 kods) ir iekļauta zem garstāvokļa traucējumiem, kas pēc savas būtības atbilst DSM-5 definētajiem depresijas traucējumiem (*major depressive disorder*) (DSM-5, 2013). DSM-5 šie traucējumi ietilpst atsevišķā depresijas traucējumu kategorijā. Abas slimību klasifikācijas sistēmas depresiju definē samērā līdzīgi, tomēr ir arī atšķirības.

Abos klasifikatoros depresija tiek raksturota kā nomākts garstāvoklis kopā ar citiem simptomiem vismaz divu nedēļu garumā. Tai skaitā tiek minēts zems pašnovērtējums un pazemināta pašpaļāvība, sevis vainošana, kā arī interešu un patīkamu izjūtu trūkums. Depresijas epizodes laikā pazeminātais garstāvoklis diendienā mainās maz. SSK-10 precizē, ka nomāktība ir vairāk izteikta no rītiem. Savukārt DSM-5 papildus skaidro depresiju kā “garstāvokli, kurā dominē skumjas, tukšuma izjūta vai aizkaitinājums”.

Abās slimību klasifikācijas sistēmās ir uzsvērts, ka depresijas laikā var tikt pieredzētas somatiskas un kognitīvas izmaiņas, tai skaitā: enerģijas un aktivitātes samazināšanās. SSK-10 papildus precizē, ka iespējama smaga nogurdināmība pat pēc minimālas piepūles, pazeminātas koncentrēšanās spējas, miega traucējumi, rītos iespējama atmošanās vairākas stundas pirms parastā laika. SSK-11 papildina simptomu sarakstu ar neiroveģetatīviem simptomiem. Savukārt DSM-5 skaidro, ka iespējams gan bezmiegs, gan hipersomnija, jeb pārmērīga miegainība. Tāpat arī iespējama psihomotora kavēšana vai ažitācija, ēstgribas trūkums vai tās pastiprināšanās, ķermeņa masas un libido zudums. Būtisks depresijas diagnostiskais kritērijs ir simptomu esamība vismaz divu nedēļu garumā. Savukārt simptomu skaits, smagums un ietekme uz personas funkcionēšanas spēju nosaka depresijas līmeni (viegla, vidēja un smaga).

Pie garstāvokļa traucējumiem SSK-10 ietver arī maniakālas epizodes, turpretī SSK-11 tās vairs nav iekļautas zem šī traucējumu veida. SSK-10 šajā sadaļā ir iekļauti arī bipolāri afektīvi traucējumi, rekurenti depresīvi traucējumi, persistējoši garstāvokļa (afektīvi) traucējumi, kā arī ciklotīmija un distīmija. SSK-11 ir izdalīta atsevišķi depresijas traucējumu sadaļa, zem kuras ir klasificēti visi minētie traucējumi, citi afektīvi traucējumi, kā arī neprecizēti garstāvokļa traucējumi.

Savukārt DSM – 5 izdala maniakālas epizodes, bipolārus traucējumus un ciklotīmiju atsevišķā sadaļā, papildinot depresijas traucējumu sadaļu ar traucējošiem garstāvokļa disregulācijas traucējumiem (*disruptive mood dysregulation disorder*), premenstruāliem

disforiskiem traucējumiem (*premenstrual dysphoric disorder*), atkarību izraisošu substanču/medikamentu radītiem depresīviem traucējumiem (*substance/medication-induced depressive disorder*) un depresijas traucējumiem, kas radušies citu medicīnisku traucējumu rezultātā (*depressive disorder due to another medical condition*).

Lai labāk izprastu depresijas veidošanās procesus, nepieciešams identificēt un izprast tās riska faktorus un to saistību. Mūsdienās ir konstatēts, ka depresijas rašanos visbiežāk rodas mijiedarbojoties dažādiem faktoriem – ģenētiskiem, bioķīmiskiem, psiholoģiskiem un sociālās vides. Savukārt aizsargājošo faktoru izpēte var palīdzēt izprast atšķirību starp personām vai personu grupām, kurām pie vienādu riska faktoru esamības attīstās vai neattīstās depresija.

1.3.2. Depresijas teorētiskie modeļi

Pēdējo 100 gadu laikā depresijas pētījumu jomā ir radīti vairāki modeļi, kas vērsti uz depresijas etioloģijas un riska faktoru izpratni, kā arī terapijas uzlabošanu. Depresijas etioloģijas pētījumi fokusējas uz personu grupu identificēšanu, kurus vieno līdzīgu simptomu, iezīmju vai riska faktoru kopums (Durbin, 2014). Identificējot grupu ar līdzīgām iezīmēm, piemēram, neirotisku raksturu, ir iespējams fokusēties uz katru atsevišķo grupu, sīkāk precizējot katras grupas riska faktorus un aizsargājošos faktorus. Tiek pētīts tāds etioloģisko faktoru kopums, kā nelabvēlīgas vides ietekme, negatīvas domāšanas tendence un traumējoša pieredze. Šī pieredze var radīt neiroķīmiskas izmaiņas smadzenēs, tālāk ietekmējot emociju, kognitīvo procesu, uzvedības un somatiskās izmaiņas.

Depresijas izpētē lielākā daļa pētnieku pievēršas depresijai kā traucējuma pētniecībai. Vienlaikus daļa pētnieku apskata depresijas adaptīviem aspektiem. Tomēr tiek atzīts, ka adaptīva depresijas loma ir iespējama tikai īstermiņā. Ilgākā laikā depresija var veidot dezadaptīvus paradumus (bēgšana, izvairīšanās stratēģiju pārmērīga izmantošana, nevēlēšanās pieņemt lēmumus) ierobežot un pazemināt personas iespējas risināt ikdienas problēmas (Sharpley & Bitsika, 2010). Zināms arī, ka smagas depresijas gadījumā personas kognitīvās spējas var samazināties, traucējot veikt ikdienas darbības un paaugstinot suicīda risku.

Pastāv dažādi teorētiskie modeļi, saskaņā ar kuriem tiek apskatīta un pētīta depresija, no kuriem daļa tiek aplūkoti šajā sadaļā.

Psihodinamiskā modeļa pamatā ir Z.Freida izvirzītā teorija, kur depresija tiek analizēta uz iekšu vērstu dusmu, objekta zaudējuma introjekcijas, super ego vajadzību un prasību, zemas pašvērtības un mātes-bērna attiecību agrīnas deprivācijas jēdzienos. Viens no galvenajiem depresijas rašanos ietekmējošiem faktoriem šajā modelī ir bērna agrīnās pieredzes loma, it īpaši agrīns zaudējums, piemēram, vecāka nāve vai šķiršanās. Gadījumā, ja bērns sāk vainot sevi par

zaudējumu, viņš var vērst dusmas pret sevi, vai sākt sevi nosodīt. Šāda iekšēja vērtēšana pret sevi savukārt var radīt pazeminātu pašvērtību. Dzīves laikā atkārtoti pieredzēts zaudējums kopā ar zemo pašvērtību un sevis vainošānu var izprovocēt depresijas epizodi. Mūsdienās šī modeļa ietvaros pastāv vairākas pieejas (Levy & Wasserman, 2009).

Kognitīvajā modelī galvenais fokuss tiek likts uz personas uzskatiem un pārliecībām. Šajā modelī tiek pieņemts, ka spriedumi un uztvere personai ar depresiju un personai bez depresijas atšķiras. Modeļa ietvaros (Rush & Beck, 1978) tiek identificēti galvenie depresiju uzturošie faktori, jeb kognitīvā triāde – negatīvas pārliecības par sevi, negatīvas pārliecības par pasauli (tai skaitā citiem cilvēkiem, dzīvi kopumā) un negatīvas pārliecības par nākotni. Šo triādi papildina un uztur racionālās domāšanas, jeb kognitīvās kļūdas, kuras ietekmē personas uzvedību. Identificējot un mainot personas dezadaptīvās pārliecības, iespējams mazināt depresiju.

Biheiviorālā modeļa ietvaros tiek uzsvērta sociālās vides nozīme personas uzvedības attīstībā un apskatīta klasisko un operanto nosacījumu veidošana, kā arī sociālās iemācīšanās teorija. Šis modelis pamatā pievēršas depresijas riska faktoriem, kuri meklējami personas pieredzē un apkārtējā vidē. Viens no modeļa mērķiem ir izveidot pēc iespējas labāku depresijas intervences programmu, izmantojot pozitīvos un negatīvos pastiprinājumus. Terapija pamatojas idejā, ka dezadaptīvās uzvedības maiņa var mazināt depresijas simptomus. Viena no centrālajām tēmām, kura modeļa ietvaros tiek pētīta arī šobrīd, ir izvairīšanās uzvedība, kas tiek aprakstīta kā depresiju pastiprinošs un uzturošs faktors, jo neļauj izveidot jaunu, pozitīvu pieredzi un paaugstināt pārliecību par saviem spēkiem (Abreu & Santos, 2008; Carvalho & Hopko, 2011).

Neirobioloģiskā modeļa ietvaros depresija tiek saistīta ar bioķīmisko neiromediatoru disbalansu serotonīna, noradrenālīna, dopamīna, melatonīna, prolaktīna, kā arī imūnsistēmas darbībā (Wasserman, 2011). Pētījumos ir konstatēta saistība starp neuroģenēzi un depresiju (Taupin, 2012), kā arī attiecīgas bioķīmiskas izmaiņas, kas var tikt kompensētas medikamentozī. Pētījumu rezultāti ir pretrunīgi, tādēļ neirobioloģisko faktoru izpēte pacientiem ar depresiju turpinās. Mūsdienu pētījumi akcentē smadzeņu darbības komplekso, savstarpēji saistīto un dinamisko raksturu.

Biopsihosociālā modeļa ietvaros tiek uzskatīts, ka depresijas rašanos ietekmē personas dzīves pieredzes subjektīvā uztvere mijiedarbībā ar bioloģiskajiem, sociālajiem un citiem vides faktoriem (Wasserman, 2011). Tiek pētīti tādi faktori, kā personas pārliecības, bērnības un ģimenes pieredze, iemācītā bezpalīdzība, personas raksturs un temperaments. Pētījumi pievēršas arī personības iezīmēm un traucējumiem un to saistībai ar depresiju. Piemēram, astēniska, negatīva, kompulsīvi-obsesīva vai narcisistiska personība, ciklotīmiska predispozīcija un

neirotizms bieži vien tiek uzskatīti par depresiju prognozējošiem faktoriem (Rhebergen et al., 2011; Takahashi et al., 2013; Wasserman, 2011).

Šis modelis īpašu uzmanību pievērš bioloģiski noteiktiem un sociodemogrāfiskiem depresijas riska faktoriem, kā, piemēram, dzimums, zems ienākumu līmenis, sociālā atbalsta trūkums. Pilns faktoru spektrs, to savstarpējā saistība un kauzalitāte vēl aizvien nav pilnībā izprasti, un ir nepieciešami tālāki pētījumi (Girgus & Yang, 2015; Marchand, 2016).

Depresijas diatēzes-stresa modelis sevī ietver divus galvenos faktoros. Diatēze ir katram traucējumu veidam specifisku, bioloģisku vai ģenētisku, priekšnosacījumu kopums, kas rada attiecīgo traucējumu predispozīciju. Šajā modelī tiek izmantoti dažādi pētījumi ģenētikā (Colodro-Conde et al., 2017; Arnau-Soler et al., 2019). Savukārt ar stresu šajā kontekstā tiek saprasti stresu radoši, traumējoši dzīves notikumi, kuru rezultātā indivīdam var rasties depresija. Diatēzes-stresa modelī izšķir divus pamata virzienus – interaktīvo un papildinošo.

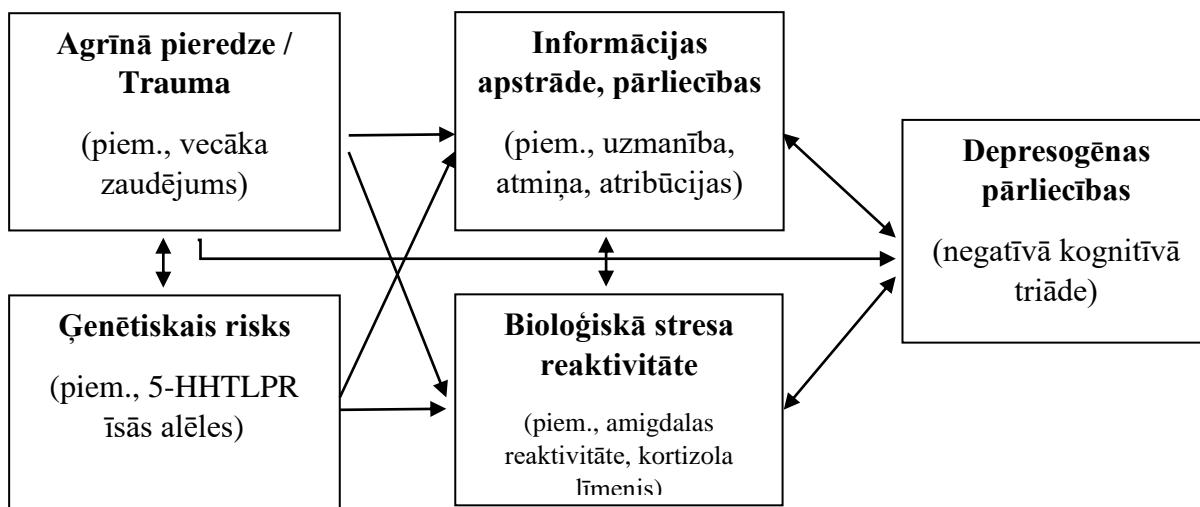
Interaktīvais diatēzes-stresa modeļa virziens definē, ka stress caur dažādiem apkārtējās vides faktoriem iedarbojas uz diatēzi, radot traucējumus. Šajā gadījumā diatēze ir primāra, un bez tās depresija nevar rasties. Savukārt stresam ir tikai sekundāra nozīme, un stresora veids nav būtisks. Tieši atšķirība starp dažādām diatēzēm nosaka traucējumu veidu, kas rodas stresa rezultātā. Lai rastos traucējumi, nepieciešams, lai abi faktori – diatēze un stress – būtu pietiekoši augstā līmenī. Attiecīgi, ja gan diatēze, gan stresa līmenis ir zems, traucējumi nerodas.

Papildinošajā diatēzes-stresa modeļa virzienā tiek uzskatīts, ka populāciju nevar sadalīt kategorijās pēc diatēzes vai stresa, jo abi šie faktori ir plaši izplatīti. Tieši individuālās atšķirības katrā no abiem faktoriem nosaka traucējumu rašanos. Nav konkrēta stresa vai arī diatēzes līmeņa sliekšņa, pēc kura sāk veidoties traucējumi, bet to nosaka abu faktoru kopsumma. Piemēram, indivīdam ar zemu diatēzes līmeni var rasties traucējumi, ja kādā savas dzīves posmā tas pieredz īpaši augstu stresa līmeni. Vienlaikus šis modelis paredz, ka personām ar augstu diatēzes līmeni ir augstāka stresa reaktivitāte.

Nesen ir attīstīts *vienotais depresijas modelis*, apvienojot vairākus iepriekš izstrādātos modeļus un ņemot vērā dažādus depresijas riska faktoros. Šajā modelī Ārons Beks un Keita Bredemeijere (Beck & Bredemeier, 2016) sistematizē un integrē līdzšinējo pētījumu rezultātus, skaidrojot iespējamo depresijas etioloģiju un simptomus. Apvienotajā modelī tiek ņemti vērā dažādi riska faktori, sākot ar bioloģiski-adaptīvo depresijas nozīmi, līdz pat personības iezīmēm un struktūru, ģenētikas un traumējošas pieredzes radīto predispozīciju, stresa reaktivitāti, kognitīvajām shēmām, pārliecībām un kognitīvo triādi.

Apvienotajā modelī dažādo citu modeļu piedāvātie depresijas riska faktori un simptomi papildina viens otru, ļaujot labāk izprast depresijas etioloģiju. Saskaņā ar vienoto modeli, gan ģenētiskā predispozīcija, gan agrīnā bērnības pieredze un traumējoša pieredze, ietekmē

informācijas apstrādi un pārlicības, kā arī stresa reaktivitāti, kas savukārt var radīt negatīvās pārlicības un attiecīgi – depresijas rašanos (1.attēls).



1.attēls. Vienotais depresijas modelis (veidots pēc *Unified Model of Depression*, Beck & Bredemeier, 2016). Depresijas predispozīcija

1.3.3. Jaunākie depresijas pētījumu virzieni

Pēdējo gadu laikā tiek pētīta depresijas komorbīditāte ar dažādām fiziskām traumām, invaliditāti, neārstējamām slimībām (Gu, Zhou, Zhang, & Cui, 2016), psihiatriskiem traucējumiem, tostarp, ēšanas traucējumiem (Welch, 2016), autisma spektra traucējumiem (Buck, 2014), un psihoemocionālu traumām.

Par galvenajiem riska faktoriem hroniskai depresijai tiek uzskatīts agrīns vecums pirmās depresijas epizodes laikā, garāki depresijas epizodes posmi un garstāvokļa traucējumi ģimenes vēsturē (Hölzel, Härter, Reese, & Kriston, 2011). Piemēram, mātes depresija var veicināt iemācīto uzvedību un bezpalīdzību bērnam. Tāpat arī par depresijas riska faktoriem tiek uzskatīti tādi sociodemogrāfiskie faktori, kā bezdarbs, medicīnisko pakalpojumu nepieejamība, zemāki ienākumi un zemāka izglītība. Savukārt, pārbaudot dzimuma saistību ar hronisku depresiju, pētījumos ir iegūti pretrunīgi rezultāti, konstatējot, ka dzimums kā atsevišķs faktors neprognozē depresijas hroniskumu. Tādēļ tiek rekomendēts turpināt pētīt sociodemogrāfisko faktoru saistību ar depresiju.

Jāatzīmē, ka daļa no minētajiem depresijas riska faktoriem, piemēram, dzimums, bezdarbs un materiālais stāvoklis, tiek uzskatīti arī par būtiskiem suicīda risku prognozējošiem

faktoriem, kā apskatīts iepriekš. Tomēr arī depresijas pētījumos, līdzīgi kā suicīdu veicinošo faktoru izpētē (Franklin et al., 2017), nepieciešams paplašināt pētāmo faktoru loku ar mērķi labāk izprast depresijas veidošanos un uzlabot terapijas efektivitāti, kas ir īpaši svarīgi rezistentas depresijas gadījumos.

Depresija ir saistīta arī ar izmaiņām smadzeņu uzbūvē un darbībā. Salīdzinot personu grupas ar un bez depresijas diagnozes, magnētiskās rezonanses attēli uzskatāmi parāda atšķirības smadzeņu daļās, kuras ir iesaistītas afekta regulācijā, spriešanā, plānošanā, miega ritma regulēšanā, kā arī apetītes un uzvedības regulēšanā (Zhuo et al., 2019). Atšķirības ir konstatētas arī dažādu hormonu un neiromediatoru līmenī (Dunman, Sanacora, & Krystal, 2019). Pētījumi rāda, ka veiksmīgas terapijas gadījumā šīs atšķirības samazinās vai pilnībā pazūd (Graham et al., 2013). Šajā kontekstā tiek pētīta arī kognitīvo spēju saistība ar depresiju, konstatējot, ka depresijas ietekmē var samazināties audiālās darba atmiņas spējas (Kaneda, 2012), kas uzlabojas, panākot daļēju vai pilnīgu depresijas remisiju. Nesenā pētījumā ir konstatēts, ka respondentu grupā ar subjektīvām sūdzībām par atmiņas traucējumiem ir augstāki depresijas un trauksmes rādītāji. Šajā grupā tika konstatēts arī augstāks objektīvi diagnosticētu atmiņas traucējumu līmenis, īpaši attiecībā uz verbālo atmiņu (Sogutlu & Alaca, 2019).

Atsevišķs pētījumu virziens ir afektīvo traucējumu, tai skaitā depresijas saistība ar personas dzīvesveidu, tai skaitā diētu, un mikrobiomu. Tiek pētīta dažādu vitamīnu un minerālvielu saistība ar depresiju un to ietekme depresijas mazināšanā. Lai gan ir konstatēta dažu vitamīnu un minerālvielu pozitīvā ietekme, lielāki ieguvumi tomēr ir saistīti ar diētas paradumu maiņu kopumā. Konkrēti, vislabāk depresijas simptomu samazināšanās ir saistīta ar Vidusjūras diētu, kurā ir augsts omega-3 saturs (Parletta et al., 2017). Tāpat arī konstatēts, ka probiotiķu lietošana 4 nedēļu garumā mazina kognitīvo reaktivitāti skumja noskaņojuma gadījumā (Steenbergen, Sellaro, van Hemert, Bosch & Colzato, 2015). Tiek pētīta arī neiroloģisko iekaisumu procesu (Maeng & Hong, 2019) un zarnu trakta iekaisuma marķieru saistība ar depresiju, tomēr šobrīd rezultāti vēl ir pretrunīgi (Yang, Tiemessen, Bosker, Wardenaar, & Schoevers, 2018).

Viens no aktuāliem pētījumu virzieniem ir depresijas saistība ar traumējošu pieredzi, it īpaši agrīnā vecumā pieredzētu vardarbību. Konstatēts, ka svarīgs ir ne tikai pats bērnības traumas pieredzes fakts, bet arī bērna vecums, kurā pieredzēta trauma, kas saistīts ar uztveres un attiecīgi arī traumas pārstrādes atšķirībām katrā vecumposmā (Plašč, Poljarevič, Lončar, & Henigsberg, 2011). Pleiss (*Place*) ar kolēģiem savā pētījumā (Place, Ling, & Patihis, 2016) pievērs uzmanību ne tikai depresijas un traumējošas pieredzes saistībai, bet arī iespējamam mediējošiem faktoriem. Pētījumā tiek secināts, ka, lai gan traumējoša pieredze pati par sevi ir nozīmīgs faktors, depresijas veidošanos var ietekmēt arī trauksme un negatīvas pārlicības par

pagātnes un nākotnes notikumiem. Šādas negatīvas pārlicēības bieži veidojas traumējošas pieredzes, īpaši bērnībā pieredzētas vardarbības gadījumā. Tāpat arī uztverts zaudējums un izjūta, ka persona ir kā “noķerta lamatās” (*entrapment*) jeb bezizejas izjūta, ir cieši saistīta ar depresiju (Taylor, Gooding, Wood, & Tarrier, 2011). Arī šis faktors dažkārt tiek minēts saistībā ar suicīda risku, jo bezizejas izjūta varētu veicināt to, ka suicīds tiek uzskatīts par vienīgo iespējamo problēmas risinājumu.

Depresijas un traumējošās pieredzes saistība sīkāk ir aprakstīta sadaļā “Pētījuma mainīgo savstarpējās saistības”.

1.4. Disociācija un disociatīvie traucējumi

1.4.1. Disociācijas pētījumu attīstības vēsture un definīcija

Vēsturiskās pētījumu attīstības laikā disociācija ir tikusi gan intensīvi pētīta, gan aizmirsta vai pat noliegta. Šobrīd tiek uzskatīts, ka disociatīvie traucējumi ir reāla traucējumu grupa, kur disociatīvo traucējumu prevalence gan vispārējā populācijā, gan psihiatrijas pacientu vidū dažādās valstīs atšķiras. Atšķirības pamatā skaidrotas ar atšķirīgu metodoloģiju (Sar, 2011). Ziemeļamerikā veiktajos pētījumos disociatīvie traucējumi tika konstatēti vidēji 13% līdz 20,7% no stacionētajiem psihiatrijas pacientiem. Turcijas pētījumos konstatēta aptuveni 10%, bet Nīderlandē, Vācijā un Šveicē - 4.3% līdz 8.0% disociatīvo traucējumu prevalence stacionēto psihiatrijas pacientu vidū. Augstākie rādītāji konstatēti Somijā (14.0% ambulatorajiem pacientiem un 21.0% stacionāra pacientiem) un Turcijas Stambulas psihiatrijas klīnikas pacientiem, kas stacionēti neatliekamā kārtā (35.7%). Savukārt vispārējā populācijā Kanādā un Turcijā ir konstatēta 11,2% visu disociatīvo traucējumu prevalence. Disociatīvās identitātes traucējumu prevalence ASV 12 mēnešu pētījumu periodā ir aptuveni 1,5% (DSM-5, 2013).

Mūsdienās patoloģiska disociācija atkal ir atgriezies pētnieku uzmanības centrā, fokusējoties uz saistību ar traumējošu pieredzi (Twaite, & Rodriguez-Srednicki, 2004), komorbīditāti ar citiem psihiatriskiem traucējumiem, īpaši pēctraumas stresa traucējumiem (PTST), obsesīvi-kompulsīviem traucējumiem, depresiju, robežpersonības traucējumiem un bipolāriem traucējumiem (Boysan, Goldsmith, Cavuş, Kayri, & Keskin, 2009; Hagenars, van Minnen, & Hoogduin, 2010; Hodgson & Webster, 2011; Sho et al., 2009; Siddiqua, Saeed, & Syeda, 2011).

Disociācijas ideja psiholoģijas jomā ir pazīstama jau vairāk nekā 150 gadus, kad Moro de Tūrs (*Moreau de Tours*) pirmo reizi to minēja 1845. gadā, aprakstot histēriju. Savukārt Pjērs Žanē (*Pierre Janet*) pirmais atpazīna disociācijas komplekso dabu un piedāvāja disociācijas definīciju. P.Žanē publicēja savu pirmo pētījumu un sāka veidot disociācijas teoriju vēlīnos

1800-jos gados (Hart & Horst, 1989). Viņš sasaistīja disociāciju ar vairākiem citiem tajā brīdī pazīstamiem psiholoģiskajiem fenomeniem, piemēram, histēriju, hipnozi, suģestiju. Tieši P.Žanē bija pirmais, kas izteica minējumu, ka disociācija ir saistīta ar personas traumējošo pieredzi. P.Žanē nonāca pie secinājuma, ka disociācijas rezultātā traumējošās atmiņas tiek atdalītas no apziņas, šādā veidā pasargājot psihi (Lanius, Paulsen, & Corrigan, 2014).

Disociācijas jēdziens aptver plašu izpausmju kopumu, kuru iespējams iedalīt trīs dažādās daļās: (1) ikdienas jeb nepatoloģiska disociācija, piemēram, absorbcija, (2) disociācija kā aizsardzības reakcija pārmērīgas traumas gadījumā, un (3) kā kultūras vai reliģiskās kopienas akceptēta rituāla daļa (piemēram, rituālais transs) (Callegari et al., 2019).

Disociācija kā aizsardzības reakcija savā būtībā ir veselīgs psihe aizsargmehānisms, kura mērķis ir pasargāt psihi no pārmērīgas traumas ietekmes, atdalot no apziņas traumas pieredzi vai kādu tās daļu (piemēram, traumas faktu vai ar to saistītās emocijas) (Brown, 2006). Diemžēl šis mehānisms var kļūt patoloģisks, traucējot ikdienas funkcionēšanā. Dažkārt tiek izdalīti divi dažādi disociatīvie mehānismi – atdalīšanās (*detachment*) un sadalīšana (*compartmentalization*). Piemēram, īslaicīga atdalīšanās no pārmērīgas traumas avota vai notikuma (vardarbība, katastrofa) pamatā ir saistīta ar limbisko sistēmu un simpātiskās nervu sistēmas reakciju. Tipisks atdalīšanās piemērs ir depersonalizācija un derealizācija. Savukārt sadalīšana ir saistīta ar nespēju kontrolēt kādus psihiskus, kognitīvus vai pat fizioloģiskus procesus. Šeit kā piemērus var minēt disociatīvo amnēziju, kur persona neatceras visu vai daļu no notikuma, un disociatīvos krampjus. Augstākais disociatīvas sadalīšanas līmenis varētu būt disociatīvie identitātes traucējumi. Ilglaicīgi disociatīvie traucējumi var pazemināt spēju pārstrādāt traumējošo notikumu un integrēt to kopējā pieredzē. Vienlaikus bloķētās atmiņas vai emocijas var tikt nekontrolēti izreaģētas un izpausties, piemēram, fiziskos simptomus, nakts murgos vai nekontrolējamus atmiņu uzplaisnījumus, kas ir ļoti nepatīkami un traucējoši.

Kallegari (*Callegari*) ar kolēģiem proponē, ka disociāciju var veicināt kultūras, kas atbilst maskulīnai, hierarhiskai, kolektīvisma kultūrai (saskaņā ar Hofstēdes kultūras dimensijām). Šādās kultūrās maskulīnais, varas un sasniegumu ideāls ir grūti sasniedzams, savukārt emociju izpausmes ir nevēlamas. Piemēram, šādā kultūrā varētu tikt augsti vērtēti vīrieši, kas veido karjeru, neizrādot emocijas, tai skaitā empātiju pret sevi vai citiem. Neveiksmes gadījumā emociju izpausme tiktu uzskatīta par nevēlamu vai nosodāmu. Līdz ar to disociācija var kalpot kā aizsardzības mehānisms, kas palīdz tikt galā ar traumējošu pieredzi (Callegari et al., 2019). Augstāks disociācijas līmenis ir konstatēts arī kultūrās ar ārējo kontroles lokusu (Douglas, 2009). Pētījumos ir konstatēts, ka Latvijas iedzīvotājiem piemīt ārējā kontroles lokusa tendence. Tāpat arī ir Latvijas respondenti ziņo par augstāku maģisko vai mistisko domāšana, nekā, piemēram, ASV respondenti (Kalniņa, 2018; Sarma, 2005). Tas savukārt, kopā

ar pārējiem faktoriem, piemēram, autoritāras politiskās sistēmas pieredzi, varētu veicināt augstāku disociatīvo simptomu līmeni vispārējā populācijā Latvijā.

1.4.2. Disociācijas traucējumu iedalījums slimību klasifikācijas sistēmās

Neskatoties uz tik senu disociācijas pētniecības vēsturi, vēl aizvien nav sasniegta vienotība attiecībā uz patoloģiskas disociācijas definīciju. Klīniskās jeb patoloģiskās disociācijas definīcija nepārtraukti mainās un tiek paplašināta, gan Psihisko saslimšanu diagnostikas un statistikas rokasgrāmatā (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5, 2013)*), gan Starptautiskajā slimību klasifikācijā (SSK-10, 2010), kas vēl aizvien tiek izmantota Latvijā, kā arī SSK vienpadsmitajā versijā, kuru jau izmanto daļā no Eiropas valstīm. Diskusijas turpinās arī pēc neseno izmaiņām abās klasifikācijas sistēmās.

SSK-10 un DSM-5 definē patoloģiskus disociatīvos traucējumus līdzīgi: kā daļēju vai pilnīgu pārrāvumu normālas integrācijas procesā starp apziņu, atmiņām, identitāti, emocijām, ķermeņa, kognitīvajām un mentālajām reprezentācijām, motorisko kontroli un uzvedību, kas potenciāli var traucēt jebkuru psiholoģiskās funkcionēšanas jomu”. DMS-5 papildus ir minēti traucējumi apziņā, uztverē un kontrolē pār ķermeņa uztveri un uzvedību (DSM-5, 2013).

SSK-10 disociatīvie traucējumi ir iekļauti sadaļā “Neirotiski, ar stresu saistīti un somatoformi traucējumi (F40-F48)”, kurā ietilpst vēl arī tādi traucējumi, kā fobiska trauksmainība, cita veida trauksme, obsesīvi-kompulsīvi traucējumi, reakcija uz smagu stresu un adaptācijas traucējumi, somatoformi traucējumi un citi neirotiski traucējumi (SSK-10, 2010). SSK-10 norāda uz disociatīvo traucējumu saistību ar psiholoģisku stresu, neatrisināmām situācijām vai starppersonu grūtībām, “psihotraumējošiem notikumiem, kas pacientam nav ne atrisināmi, ne izturami”, kā arī izjukušām attiecībām (SSK-10, 2010). SSK-11 disociatīvie traucējumi, līdzīgi kā DSM-5, ir izdalīti atsevišķi.

DSM-5 izdala disociatīvos traucējumus atsevišķā nodaļā, kas seko ar traumu un stresu saistītiem traucējumiem, tādējādi no vienas puses uzsverot šo traucējumu tiešo saistību ar traumu, bet no otras puses – atzīstot disociatīvos traucējumus par patstāvīgu traucējumu grupu. DSM-5 arī norādīts, ka stresa un pēctraumas stresa traucējumus iespējami disociatīvi simptomi.

Jaunās SSK-11 versijas disociatīvo traucējumu veidu iedalījums ir līdzīgāks DSM-5, vienlaikus paturot daļu no SSK-10 iedalījuma, tādēļ tālāk tiek sīkāk apskatīti SSK-11 disociatīvo traucējumu iedalījuma un DSM-5 salīdzinājums (skat. 1. tabulu).

Galvenā atšķirība saistīta ar to, ka SSK disociatīvo traucējumu veidi ir izdalīti sīkāk. Jaunajā SSK-11 versijā, līdzīgi kā DSM-5, tiek izdalīti atsevišķi arī disociatīvās identitātes

traucējumi (DIT), kas SSK-10 ietilpst citu disociatīvu traucējumu grupā ar novecojušu, mūsdienu praksē un pētījumos vairs neizmanto tu nosaukumu “multipla personība”, kas ir sīkāk apskatīti tālāk šajā sadaļā.

I. tabula. Disociatīvo traucējumu veidu iedalījums saskaņā ar Starptautisko Slimību Klasifikatoru (SSK) (ICD-11, 2019) un Psihisko saslimšanu diagnostisko un statistisko rokasgrāmatu (DSM-5, 2013)

| SSK-11* | DSM-5 |
|--|--|
| Disociatīvi-neiroloģisko simptomu traucējumi | Disociatīva amnēzija |
| Disociatīva amnēzija | Depersonalizācijas / derealizācijas traucējumi |
| Transa traucējumi | Citi precizēti disociatīvie traucējumi |
| Apsēstības transa traucējumi | Citi neprecizēti disociatīvie traucējumi. |
| Disociatīvās identitātes traucējumi | Disociatīvās identitātes traucējumi |
| Depersonalizācijas-derealizācijas traucējumi | |
| Sekundārs disociatīvs sindroms | |
| Citi precizēti disociatīvie traucējumi | |
| Disociatīvie traucējumi, neprecizēti | |

*Traucējumu nosaukumu tulkojumu veica promocijas darba autore šī darba ietvaros

Depersonalizācija un derealizācija ir viens no visbiežāk sastopamajiem disociatīvajiem traucējumiem ar vidējo prevalenci 1% līdz 2% vispārējā populācijā (Sar, 2011).

Depersonalizāciju raksturo sajūta, ka indivīds ir it kā atdalīts no sava ķermeņa vai emocijām. Personas, kas pieredzējušas šo stāvokli, bieži apraksta to ar vārdiem “it kā tas nenotiku ar mani”, “it kā es skatītos uz sevi no malas”. Šajā stāvoklī indivīds var nejust fiziskas sāpes un emocijas, vai arī tās var būt mazāk intensīvas, nekā tam tipiski vajadzētu būt. Savukārt derealizācijai ir raksturīga sajūta, ka indivīds ir atdalīts no apkārtējās vides. Šis stāvoklis tiek bieži aprakstīts “viss apkārtējais šķita svešs”, “es jutos kā sapnī.” Šajā stāvoklī indivīds var justies apmulsis vai apjucis.

Disociatīvā amnēzija tiek raksturota kā nespēja atcerēties kādus savas dzīves notikumus, kas nav saistīti ar objektīvi diagnosticētiem atmiņas traucējumiem citu iemeslu dēļ (piemēram, fiziskas traumas sekas, demence u.tml.). Amnēzija var izpausties gan kā nespēja atsaukt atmiņā īsus, gan arī garākus dzīves periodus. Visbiežāk indivīds nespēj atsaukt atmiņā notikumus, kas

saistīti ar traumējošu pieredzi, piemēram, vardarbību. Īpaši bieži tas ir novērojams agrīnas bērnības vardarbības pieredzes gadījumā, kad indivīds nespēj atcerēties laiku, kurā ir pieredzēta vardarbība. DSM-5 šobrīd kā īpašu disociatīvās amnēzijas stāvokli izdala disociatīvo fūgu. Disociatīvās fūgas laikā indivīds var pamest savu patstāvīgo dzīvesvietu un mērķtiecīgi pārvietoties vai arī klaiņot bez mērķa. Fūga visbiežāk ir sastopama disociatīvās identitātes traucējumu gadījumā (DSM-5, 2013), tomēr tiek atzīts, ka disociatīvā fūga ir daudz retāk sastopama par citiem disociatīvajiem traucējumiem, kā, piemēram, depersonalizācija un derealizācija.

Disociatīva absorbcija tiek raksturota kā spēja fokusēties uz vienu stimulu, vienlaikus ignorējot pārējos apkārtējās vides stimulus. Patoloģiska vai dezadaptīva absorbcija dažkārt tiek aprakstīta arī kā pārmērīga aizsapņošanās vai bēgšana no problēmām fantāzijās. Absorbcija kā disociatīvs traucējums netiek atsevišķi izdalīts nevienā no slimību klasifikatoriem un visbiežāk tiek uzskatīta par normālu, adaptīvu ikdienas pieredzi. Vienlaikus ir konstatēts, ka absorbcijai kļūstot pārmērīgai, tā kļūst dezadaptīva un var sasniegt traucējumu līmeni. Piemēram, pārmērīgas absorbcijas gadījumā indivīds var pārmērīgi aizsapņoties un veikt automātiskas darbības, nepievēršot pienācīgu uzmanību apkārtējai videi un veicinot augstu nelaimes gadījumu risku. Pētījumā studentu grupā tika konstatēts, ka paaugstināti rādītāji absorbcijas skalā prognozē psiholoģisko distresu, it īpaši obsesīvi-kompulsīvus simptomus, kas varētu norādīt uz saikni ar psihiskiem traucējumiem (Soffer-Dudek, Lassri, Soffer-Dudek, & Shahar, 2015).

Dažos gadījumos traumējošās pieredzes rezultātā indivīds var apspiest vai izolēt traumējošās pieredzes ietekmēto personības daļu. Tādējādi var rasties īpaši smagi patoloģiskas disociācijas traucējumi, kurus DSM-5 un SSK-11 šobrīd definē kā disociatīvās identitātes traucējumus (DIT) (iepriekš DSM un SSK-10 "personības dalīšanās" vai "multipla personība"). Abas slimību klasifikācijas definē DIT kā stāvokli, kurā personā attīstās divas vai vairāk personības. Šīm personībām var būt atšķirīga uztvere, personības vai atmiņas. Pāreja jeb pārslēgšanās (*switching*) no vienas personības daļas uz otru ir pēkšņa. DIT gadījumos šīs personības daļas var sākt darboties šķietami neatkarīgi (Chu, 2005). Tās var turpināt ielauzties apziņā, pilnībā pārņemot personas domas, emocijas un uzvedību. Tipiska pārslēgšanās pazīme ir amnēzija par periodu, kurā indivīda funkcionēšanu ir pārņēmusi cita personības daļa. Šī amnēzija nav skaidrojama ar ikdienišķu "aizmiršanu". Tas savukārt negatīvi ietekmē personas domāšanu, pašregulāciju, uzvedību un adaptāciju un rada izteiktas psihoemocionālās ciešanas (Alayarian, 2011; Van der Kolk, & Fisler, 1995). DIT gadījumā persona var pieredzēt vienu vai vairākus disociatīvus simptomus. Piemēram, pārslēdzoties no vienas personības daļas uz otru, var tikt pieredzēta arī depersonalizācija, kad persona šķietami "novēro" sevi no malas kaut ko

darām vai runājam. Tāpat ir iespējama nekontrolējama domu plūsma vai iekšējas “balsis”, kuras nav iespējams skaidrot ar šizofrēnijai raksturīgām halucinācijām, kā arī grūti kontrolējami vai pat nekontrolējami impulsi.

Pētījumi un klīniskā prakse rāda, ka disociācijas simptomi ir bieži sastopami dažādās citās ar traumējošu pieredzi gan saistītās, gan nesaistītās psihiskās saslimšanās. Piemēram, atmiņu uzplaisnījumi ir biežs PTST simptoms, savukārt dzirdes halucinācijas, jeb “balsis” - šizofrēnijas gadījumos. Ir konstatēts, ka šie līdzīgie simptomi var radīt diagnostiskās kļūdas, kas savukārt mazina terapijas efektivitāti. Tādēļ tiek secināts, ka nepieciešami dziļāki pētījumi par patoloģisku disociāciju un tās komorbidāti ar citiem traucējumiem. Nepieciešami arī detalizētāki un uzticami diagnostiskie rīki, kas ļautu diagnosticēt disociatīvos traucējumus un precīzāk atšķirt tos no citiem psihiskiem traucējumiem (Kleindienst et al., 2011; Sar, 2011). Šo atšķirību izpratne un atpazīšana savukārt ir pamatnosacījums veiksmīgai terapijai.

Ir konstatēts, ka patoloģiskas disociācijas gadījumā lielāku efektu dod pacienta simptomiem pielāgoti psihoterapijas veidi (Gentile, Dillon, & Gillig, 2013). Piemēram, kognitīvi-biheiviorālā terapija, uz traumu fokusēta terapija vai sensori-motora terapija ir efektīvāka, nekā medikamentoza terapija vai terapija, kuras laikā netiek pārstrādāta trauma. Medikamentoza terapija neārstē disociāciju, bet gan ir vērsta uz komorbīdu traucējumu, piemēram, trauksmes vai depresijas simptomu mazināšanu. Savukārt disociatīvie pacienti var reaģēt uz medikamentozu terapiju netipiski, tai skaitā iespējamas dažādas netipiskas blaknes (Gentile, Dillon, & Gillig, 2013; Chu, 2005).

1.4.3. Disociācijas teorētiskie modeļi

Disociācija pēdējo dažu desmitu gadu laikā ir kļuvusi par plaši pētītu tēmu. Daļa pētījumu fokusējas uz faktoriem, kas ietekmē disociācijas rašanos. Savukārt daļa pētījumu pievēršas dažādajiem disociācijas traucējumiem un simptomiem, to komorbīdātei ar citiem traucējumiem un ietekmei uz indivīda ikdienas funkcionēšanu.

Disociācija mūsdienu psiholoģijā tiek aprakstīta gan kā adaptīvs, dabisks aizsardzības mehānisms, gan arī kā dezadaptīvi, patoloģiski traucējumi. Tāpat arī disociācija tiek pētīta kā cilvēka iezīme vai apziņas stāvoklis. Disociāciju var apskatīt arī caur kategoriju vai dimensionālo pieeju. Kategoriju pieeja pārsvarā fokusējas uz disociācijas patoloģiskajiem un dezadaptīvajiem procesiem, savukārt dimensionālā pieeja vairāk koncentrējas uz disociācijas adaptīvo lomu (Spiegel et al., 2011). Šī pētījuma fokusā ir gan pārmērīga, dezadaptīva absorbcija, gan patoloģiski, dezadaptīvi disociatīvo traucējumu simptomi.

1.4.3.1. Disociācija kā adaptīvs vai dezadaptīvs mehānisms

Disociāciju var apskatīt kā kompleksu fenomenu, kas sastāv no daudziem gan adaptīviem, gan dezadaptīviem aspektiem. Disociācija var būt adaptīva, apzināta un kontrolējama, piemēram, īslaicīgi "izslēdzot" no uztveres nepatīkamus vai traucējošus vides faktorus, lai padziļināti koncentrētos uz nepieciešamo (absorbēja). Tomēr disociācija var būt arī dezadaptīva, neapzināta un nekontrolējama, piemēram, amnēzijas, depersonalizācijas vai derealizācijas gadījumā, radot nepatīkamas, nekontrolējamas izjūtas un stresu.

Dimensionālajā pieejā disociatīvos traucējumus parasti apraksta kā dažādu simptomu spektru, kur disociācija kā normāls psihes aizsardzības mehānisms atrodas vienā spektra galā, bet dezadaptīva vai patoloģiska disociācija - pretējā spektra galā (Chu, 2005). Patoloģiska disociācija ir traucējoša normālai ikdienas dzīvei, vai rada būtiskas ciešanas.

Disociācija kā dabisks psihiskās aizsardzības mehānisms palīdz aizsargāt personas psihi pret pārliecīgu traumu. Šādā gadījumā simptomu ilgums var būt no dažām minūtēm līdz dažām stundām (DSM-5, 2013). Personai disociējot, apziņa vai kāds no psihes procesiem tiek atdalīta no pārmērīgās traumas avota, ļaujot pārējiem psihes procesiem turpināt savu darbību. Piemēram, pieredzot emocionāli vai fiziski sāpīgu pieredzi ķermenī (piemēram, izvarošana, spīdzināšana), personas psihe var "atslēgt" ķermeņa sajūtas. Vienlaikus pārējie procesi, piemēram, apkārtējās vides uztvere vai domāšanas procesi var palikt netraucēti. Pastāv hipotēze, ka disociācija ir analogs process dzīvnieku pasaulē sastopamam aizsardzības stāvoklim - sastingšanai un nekustīgumam (Bob et al., 2008). Šī ir pasīvās izdzīvošanas stratēģija, par kuru ir atbildīga parasimpātiskā nervu sistēma.

Dezadaptīva disociācija parasti ir pārmērīga un neatbilstoša stresoram, kā arī bieži vien nav saistīta ar reālu traumējošu epizodi. Piemēram, indivīds var pieredzēt depersonalizācijas vai derealizācijas epizodi, šķērsojot ielu, pat gadījumā, ja viņa dzīvība netiek apdraudēta. Šādā gadījumā ir pietiekami ar nelielu stresoru, kuru pats indivīds var pamanīt, bet var pat nepamanīt. Dezadaptīvā disociācijas loma ir saistīta ar to, ka disociatīvas epizodes laikā indivīds var zaudēt spēju adaptīvi regulēt savas izjūtas un uzvedību, izmantojot dezadaptīvus uzvedības modeļus (DSM-5, 2013). Par tādu, piemēram, var kļūt pašievainošanās uzvedība, kur pētījumos ir konstatēta pašievainošanās saistība ar disociāciju. (Buser, Buser, & Rutt, 2017).

Tiek uzskatīts, ka patoloģiskas disociācijas pamatā ir distresa reakcija uz traumu, jeb notikumu, kas atrodas ārpus personas normālas pieredzes. Šādā stāvoklī persona var izjust bezpalīdzību, bailes, ievainojuma vai nāves draudus, no kuriem nav iespējams izvairīties, un tie veicina disociatīvo simptomu rašanos. Traumējošas pieredzes gadījumā īslaicīga disociācija ir palīdzošs, adaptīvs mehānisms, kas palīdz mazināt traumējošas pieredzes ietekmi, vai arī

noslēdz pieeju sāpīgām emocijām vai fiziskas traumas gadījumā - ķermenī izjustām sāpēm. Tomēr ilglaicīga disociācija traucē traumējošās pieredzes pārstrādei un integrācijai, ietekmējot personas adaptācijas spējas un paaugstinot pētraumas stresa simptomu līmeni (Lensvelt-Mulders et al., 2008) un citu psihisku traucējumu izteiktību.

Vienlaikus tiek izvirzīta arī hipotēze, ka patoloģisku disociāciju var radīt ne tikai tāda traumējoša pieredze, kā visa veida vardarbība, tostarp bērna pamešana novārtā agrīnā vecumā, bet arī dezorganizēta bērna-mātes piesaiste (Briere, Weathers, & Runtz, 2005; Lynn et al., 2014; Teodoru, 2015). Lai gan ir iegūta pierādījumu bāze, kas apstiprina šo hipotēzi, tās pilnīgai apstiprināšanai vai izslēgšanai ir nepieciešami tālāki pētījumi.

1.4.3.2. Disociācija kā iezīme vai apziņas stāvoklis

P.Žanē uzskatīja, ka pastāv atsevišķa personu grupa, kurai ir raksturīgas konkrētas iezīmes, kas var veicināt noslieci uz disociāciju. Šo ideju turpināja N.Vallers (*Niels Waller*) ar kolēģiem. Pētījumā, kurā tika salīdzinātas personas ar un bez disociatīviem traucējumiem, tika pārbaudīta hipotēze, ka pastāv indivīdu grupa ar patoloģisku, dezadaptīvu disociāciju, kurus vieno noteiktu iezīmju kopums (taksons) (Waller, Putnam, & Carlson, 1996). Cita pētījuma rezultāti (Watson, 2003) norādīja, ka šāds taksons nav noturīgs laikā. Pētījuma autors izvirzīja pieņēmumu, ka patoloģiskas disociācijas procesus primāri var ietekmēt dažādi stresori dzīves laikā. Vienlaikus daļa pētnieku pievērš uzmanību arī disociācijai kā personības iezīmei.

Disociācijas kā personības iezīmes pētījumos tiek apskatīti dažādi personības iezīmju aspekti. Daļa pētījumu ir saistīti ar indivīda iztēli un fantāziju, kas īpaši bieži ir raksturīga un pat nepieciešama radošo nozaru pārstāvjiem (Becker-Blease, 2013). Disociācija tiek saistīta arī ar indivīda emocionālā jūtīguma pakāpi vai empātiju, sugestējamību un hipnotizējamību (Moene, Spinhoven, Hoogduin, Sandyck, & Roelofs, 2001), neirotismu (Spindler & Elklit, 2003) un izvairīšanās uzvedību (Prasko et al., 2016). Šobrīd iespējams apgalvot, ka disociācijas saistība ar dažādām personības iezīmēm un to cēloņsakarības ir neskaidras, tādēļ pētījumi šajā jomā turpinās.

Patopsiholoģijā un pētījumos visbiežāk tomēr tiek runāts par *disociāciju kā stāvokli*, kas var kļūt patoloģisks un traucējošs, apgrūtinot vai pat padarot par neiespējamu integrēt personas atmiņas, emocijas, domas, pieredzi un identitāti vienotā sistēmā, kas nepieciešama ikdienas funkcionēšanai. Disociācijas simptomi kā stāvoklis, visbiežāk, depersonalizācija un derealizācija, tiek pieredzēta arī depresijas, PTST un citu traucējumu laikā.

Disociācija kā stāvoklis, piemēram, transs, var rasties arī dažādu reliģisku rituālu laikā. Šajā gadījumā apziņa sašaurinās, veicinot dažādas neapzinātas kustības vai runu. Reliģisku

rituālu gadījumos visbiežāk tas tiek interpretēts kā apsēstība vai ārēja spēka ietekme, kas var likt personai pieņemt citu identitāti – garu, dievību vai senču dvēseļu (Chu, 2005). Kā minēts iepriekš, tas vairāk ir raksturīgs kultūrām ar ārējo kontroles lokusu.

Šobrīd pierādījumu kopums liecina, ka patoloģisku disociāciju visbiežāk rada kompleksa trauma, kas aprakstīta iepriekš. Īpaši izteiktus disociatīvos traucējumus var radīt bērnībā pieredzēta trauma, vai arī uztverts apdraudējums personas dzīvībai un veselībai (Daniels, Frewen, Theberge, & Lanius, 2015; Krause-Utz, Frost, Winter, & Elzinga, 2017).

Vienlaikus ne visiem, kas pārdzīvo kompleksu traumu, attīstās disociatīvie traucējumi. Šis fakts varētu norādīt uz iezīmju teorijas attiecināmību, ko apstiprina arī Selvi pētījums attiecībā uz obsesīvi-kompulsīvo traucējumu (OKT) saistību ar bērnības traumu (Selvi et al., 2011). Pētījumā tiek konstatēts, ka OKT grupā disociatīvie traucējumi ir saistīti ar veidu, kā persona uztver un novērtē traumējošo pieredzi bērnībā. Nelabvēlīga bērnības pieredze var veicināt dažādu dezadaptīvu pārlicību un shēmu veidošanos, kuras savukārt veicina emocionālo traucējumu veidošanos. Pētījumā tiek izteikta hipotēze, ka personības iezīmes, kuras veido kognitīvie, uzvedības un bioloģiski-ģenētiskie procesi, var ietekmēt patoloģiskas disociācijas rašanos traumējošās pieredzes rezultātā.

Divu longitudinālu pētījumu rezultātā tika secināts, ka arī dezorganizēta mātes-bērna piesaiste var vēlākās dzīves laikā radīt disociatīvu traucējumu predispozīciju (Lyons-Ruth, 2003). Nedrošas un dezorganizētas piesaistes gadījumā, kur bērna pamatvajadzības netiek apmierinātas, bērns, piemēram, var izjust nedrošību, apjukumu, bailes. Tām sasniedzot pietiekami augstu līmeni, var sākt darboties disociatīvi mehānismi, cenšoties pasargāt bērna psihi. Tas savukārt var radīt disociatīvu traucējumu predispozīciju, tālākās dzīves laikā sastopoties ar traumējošām situācijām.

1.4.4. Disociācijas neirobioloģiskie aspekti un komorbīditāte ar citiem traucējumiem

Disociācija un disociatīvie traucējumi, it īpaši disociatīvās identitātes traucējumi, pat vēl salīdzinoši nesen ir tikuši dēvēti par subjektīvu un nepierādāmu fenomenu (Paris, 2012). Disociācijas un disociatīvo traucējumu kritiķi visbiežāk skaidro, ka šos simptomus pieredz viegli suģestējami cilvēki ar patoloģiskas fantazēšanas tendenci, kuriem negodprātīgi psihoterapeiti vai masu mediji ir izveidojuši vai iedvesuši tā saucamās “viltus atmiņas”. Visbiežāk šādas atmiņas tiek veidotas ar hipnozes vai dažādu nepārbaudītu terapijas paņēmieni palīdzību (Loewenstein, 2018).

Tomēr pētījumos ir iegūta aizvien lielāka pierādījumu bāze, tai skaitā attiecībā uz disociācijas neirobioloģiskajiem mehānismiem. Klasiska dvīņu pētījuma rezultāti norāda, ka

traumējošās pieredzes gadījumā patoloģiskas disociācijas veidošanos var ietekmēt tieši indivīda neirobioloģiskās īpašības (Jang, Zweig-Frank, & Livesley, 1998). Šajā pētījumā tika secināts, ka ģenētiskie faktori ietekmē gan patoloģisku, gan nepatoloģisku disociatīvo simptomu predispozīciju, kur ģenētiskie faktori ir cieši saistīti ar kognitīvo disregulāciju, afekta labilitāti un aizdomīgumu.

Salīdzinot pacientu grupu ar PTST un disociatīvajiem simptomiem un pacientu grupu ar PTST bez disociatīvajiem simptomiem, pacientiem ar disociāciju tika konstatēta ciešāka funkcionālā saikne starp smadzeņu reģioniem, kas saistīti ar pasīvajām stresa pārvarēšanas stratēģijām un depersonalizāciju. Tas norāda uz atšķirīgiem neirāliem mehānismiem pacientiem ar un bez disociācijas (Harricharan et al., 2016; Lanius et al., 2002). Pacientiem ar depersonalizācijas vai derealizācijas simptomiem, kā arī ar komorbīdiem traucējumiem (depresija, trauksme, somatizācija), salīdzinot ar kontroles grupu bez traucējumiem, ir konstatēta atšķirīga smadzeņu reģionu darbība. Tai skaitā tika konstatētas atšķirības smadzeņu daļu funkcionēšanā katram komorbīdo traucējumu veidam, kas norāda uz disociatīvo traucējumu lomu (Lemche et al., 2013).

Jaunākajā literatūras apskatā (Lotfinia, Soorgi, Mertens, & Daniels, 2020) aplūkoti 33 pētījumi, kuros izmantoti strukturālās magnētiskās rezonanses un funkcionālās magnētiskās rezonanses mērījumi (gan izmantojot stimulus, gan arī mērot smadzeņu darbību bez stimuliem). Šajos pētījumos kopumā piedalījās vairāk nekā 400 pacienti ar disociatīviem simptomiem. Apskatā secināts, ka disociācija ir saistīta ar izmaiņām galvas smadzeņu deniņu un pieres daivu garozā, kā arī limbiskajā sistēmā un smadzeņu stumbrā. Pētījumos ar funkcionālās magnētiskās rezonanses mērījumiem respondentiem tika rādīti bailes veicinoši stimulumateriāli. Šo stimulu pārstādes laikā PTST traucējumu grupas respondentiem ar disociāciju, salīdzinot ar respondentiem bez disociācijas, tika konstatēta paaugstināta pieres daivas reģionu un amigdalas darbība. Tika izvirzīts pieņēmums, ka tieši šīs fizioloģiskās un funkcionālās izmaiņas potenciāli varētu būt atbildīgas par disociatīvas epizodes laikā novērojamiem traucējumiem, tostarp sensoro signālu apstrādē, izmaiņām sevis uztverē un atmiņas traucējumiem. Tika konstatētas atšķirības ar smadzeņu pieres daivas garozas saiknē ar citiem smadzeņu reģioniem varētu izskaidrot traucējumus emociju regulācijā un reakcijas kavēšanā, traucējumiem sejas izteiksmes uztverē un vizuālajā iztēlē. Izmaiņas konstatētas arī savienojuma vietā starp deniņu un paura daivu (*temporoparietal junction*), kas savukārt ir saistīta ar dažādu sensoro impulsu integrēšanu un sevis-citu diferencēšanas spēju. Lai gan tiek uzsvērts, ka nepieciešami tālāki pētījumi, jau šobrīd iespējams pieņemt, ka konstatētās izmaiņas smadzenēs ir saistītas ar traumējošo pieredzi un disociāciju. Tāpat arī iespējams pieņemt, ka konstatētās izmaiņas smadzenēs vismaz daļēji izskaidro patoloģiskas disociācijas laikā pieredzētos simptomus.

Disociatīvie traucējumi un disociatīvie simptomi bieži ir komorbidi ar citiem traucējumiem. Tāpat arī daži no simptomiem var būt līdzīgi, piemēram, disociatīvo traucējumu un šizofrēnijas slimnieku realitātei neatbilstošas idejas un pārliecības (murgi). Tomēr pēdējos gados pētījumos ar atklātas būtiskas atšķirības šajos simptomos. Tika konstatēts, ka disociatīvās identitātes traucējumu (DIT) pacientiem šie murgi ir mazāk noturīgi, mazāk pārņemoši, kā arī rada mazāku distresu, nekā šizofrēnijas pacientiem. Savukārt, pārbaudot murgu saturu, DIT pacientiem bija izteiktāka pārliecība, ka viņus kāds kontrolē, kā arī izteiktāka un īpaši noturīga neuzticēšanās cilvēkiem. Šī pārliecība visticamāk sakņojas traumas pieredzē, īpaši agrīnā bērnībā pieredzētas nodevības traumas gadījumā. Šajā pētījumā īpaši augsta saistība tika konstatēta starp pārliecību, ka cilvēkiem nedrīkst uzticēties, un depersonalizāciju/derealizāciju, tomēr šī saikne un tās ietekme nav vēl pilnībā izprasta. Tāpat arī DIT pacientiem tika konstatēta izteiktāka sajūta, ka viņu prātā kāds cits "ieliek" domas (Martinez, Dorahy, Nesbit, Palmer, & Middleton, 2020). Pētījumā tika secināts, ka disociatīvie traucējumi prognozē murgu saturu veidu DIT grupā, bet ne šizofrēnijas grupā. Konstatētās atšķirības simptomos ļauj klīniskajā vidē precīzāk atpazīt dažādos traucējumu veidus, izvairoties no diagnostikas kļūdām.

Latvijā saistību starp disociāciju un šizofrēniju ir pētījusi I.Damberga, secinot, ka pētījuma izlasē, respondentiem-sievietēm ar diagnosticētu šizofrēniju kopumā ir augstāks disociatīvo simptomu līmenis, nekā vispārējā populācijā bez traucējumiem. Tika konstatēts arī, ka disociatīvie simptomi ir saistīti ar vardarbības pieredzes veidu, kā arī to, ka bērnības traumējošā pieredze paaugstina disociatīvo simptomu līmeni (Damberga, 2011). Savukārt S.Sebre savā pētījumā ir konstatējusi, ka Latvijas respondentiem vispārējā populācijā ir augstāks disociatīvo simptomu līmenis, nekā vispārējā populācijā Nīderlandē, ASV un Ungārijā (Sebre, 2000).

Metaanalīzē, kurā analizēti pētījumi pacientu grupās ar dažādām psihiatriskajām saslimšanām ar un bez komorbidiem suicīda mēģinājumiem vai pašievainošanās uzvedību (Calati, Bensassi, & Courtet, 2017), tika secināts, ka abās grupās ir nozīmīgāki augstāki disociācijas rādītāji, nekā grupās bez suicīda mēģinājumiem un pašievainošanās uzvedības. Autori izvirza pieņēmumu, ka, iespējams, pastāv šo pacientu disociatīvā grupa. Tiek konstatēts arī, ka psihiatrijas pacientiem (robežpersonības traucējumi, smaga depresija, atkarības, šizofrēnija, panikas lēkmes, konversijas traucējumi, dzimuma disforija) ar disociatīvajiem traucējumiem un simptomiem, salīdzinot ar kontroles grupu (psihiatrijas pacienti bez disociatīvajiem traucējumiem un simptomiem), ir augstāks suicīda mēģinājumu un pašievainošanās gadījumu skaits. Metaanalīzes rezultātā tiek konstatētas arī atšķirības starp pētījumu rezultātiem, ko var skaidrot ar mērījumu instrumentu dažādību atšķirīgos pētījumos.

Analizējot traumas pieredzes ietekmi, ir atklāts, ka personām ar bērnības traumas pieredzi ir augstāks depresijas, disociatīvo un pēctraumas stresa sindroma simptomu līmenis. Disociācija šādā gadījumā varētu būt mediators starp bērnības traumas pieredzi un nesuicidālu pašievainošanos (Franzke, Wabnitz, & Catani, 2015). Citē pētījumā ir ticis konstatēts, ka traumējoša pieredze prognozē pēctraumas stresa traucējumu (PTST) veidošanos un depresiju, bet disociācija pilnībā mediē saistību starp depresiju un pašievainošanās uzvedību (Briere & Eadie, 2016).

2016. gada pētījumā DIT pacientu grupā tika konstatēts, ka disociācijas simptomu līmenis palīdz iedalīt pacientus grupā ar nesuicidālu pašievainošanās uzvedību un grupā ar suicīda mēģinājumiem. Pacienti ar suicīda mēģinājumiem tika konstatēts augstāks disociatīvo simptomu līmenis. Savukārt depresija šajā pētījumā prognozēja nesuicidālu pašievainošanās uzvedību (Webermann, Myrick, Taylor, Chasson, & Brand, 2015). Pētījumos gan pieaugušo, gan pusaudžu grupās atklāta arī saistība starp suicīda mēģinājumiem vai pašievainošanās uzvedību un patoloģisku disociāciju, kur pusaudžu grupā suicidālās uzvedības un disociācijas saistība ir īpaši augsta (Kılıç, Coşkun, Bozkurt, Kaya, & Zoroğlu, 2017). Savukārt Franzke un kolēģi (Franzke, Wabnitz, & Catani, 2015) konstatēja, ka grupā ar pašievainošanās uzvedību ir statistiski nozīmīgi augstāki fiziskas, emocionālas un seksuālas vardarbības, kā arī fiziskas pamešanas novārtā rādītāji.

Disociatīvajiem stāvokļiem ir raksturīga atsvešinātība, kā arī fizisks un emocionāls nejūtīgums. Nekontrolējama un ilgstoša atrašanās šādā stāvoklī var radīt augstu stresu un diskomfortu. Piemēram, derealizācijas laikā pieredzēta nerealitātes sajūta, vai arī depersonalizācijas laikā pieredzētais fiziskais vai emocionālais nejūtīgums var radīt trauksmi. Tādēļ persona ar neadaptīvām izdzīvošanas stratēģijām var sākt sevi ievainot. Šajā gadījumā pašievainošanās laikā izjustās sāpes tiek izmantotas kā sāpju stimulants ar mērķi atgriezties realitātē. Tādējādi no vienas puses suicīda mēģinājums un pašievainošanās var tikt uzskatīti par personas dezadaptīviem centieniem mazināt disociācijas simptomus. Vienlaikus pastāv hipotēze, ka suicīda mēģinājumi vai pašievainošanās varētu būt vērsti arī pretēji. Pārmērīgu psihoemocionālu ciešanu gadījumos, piemēram, vardarbības laikā, tas var būt mēģinājums aizbēgt, mākslīgi izraisot disociatīvu stāvokli. Tādējādi disociatīvā stāvokļa radītais nejūtīgums var palīdzēt izvairīties no ciešanām un mazināt diskomfortu (Connors, 1996).

Viens no vadošajiem psiholoģiskas traumas un disociācijas pētniekiem pasaulē, psihiatrs, profesors Vedats Sars (*Vedat Sar*) 2013. gadā izvirzīja hipotēzi, ka pastāv dažādu psihiatrisko traucējumu disociatīvais apakštips, tai skaitā – disociatīvā depresija (Şar, Akyüz, Öztürk, & Alioğlu, 2013), kas daļēji ir tikusi apstiprināta citos pētījumos (Parlar, Frewen, Oremus, Lanius, & McKinnon, 2016). Saskaņā ar V.Sara pētījumu, disociatīvās depresijas

apakštīpa prevalence pacientēm ar depresiju Turcijā var sasniegt pat 4,1% (Sar, Akyüz, Oztürk, & Alioğlu, 2013). Šo depresijas apakštīpu raksturo augstāks suicīda mēģinājumu skaits, augstāks kognitīvo simptomu un somatizācijas līmenis, kā arī augstāka medikamentozā rezistence (Parlar, Frewen, Oremus, Lanius, & McKinnon, 2016; Sar, Akyüz, Oztürk, & Alioğlu, 2013). Iespējamie psihiatrisko traucējumi disociatīvie apakštīpi ir konstatēti arī PTST un šizofrēnijas pacientiem (Vogel, Braungardt, Grabe, Schneider, & Klauer 2013). Šīs apakšgrupas raksturo augstāks disociatīvo simptomu un medikamentozās rezistences līmenis.

Disociatīvie traucējumi personu grupā ar citiem psihiatriskiem traucējumiem bieži vien netiek pamanīti, tomēr tie tiek uzskatīti par vienu no spēcīgākajiem suicīda mēģinājumu prognozējošo faktoru (Foote, Smolin, Neft, & Lipschitz, 2008). Tas parasti tiek skaidrots ar nepietiekošo izpratni par disociatīvo traucējumu būtību, ietekmi un prevalenci. Ņemot vērā augsto disociatīvo simptomu komorbīditāti ar citiem psihiatriskiem traucējumiem, kā arī šo traucējumu nelabvēlīgo ietekmi uz terapijas gaitu, par ļoti nozīmīgu tiek uzskatīta disociācijas simptomu apzināšana pirms terapijas uzsākšanas (Brand, Classen, McNary, & Zaveri, 2009). Diagnosticējot disociatīvos traucējumus un simptomus, var izstrādāt terapijas plānu, kas vērsts tai skaitā uz šo simptomu mazināšanu. Savukārt disociatīvo simptomu samazināšana terapijas gaitā var palīdzēt mazināt arī suicidalitāti un suicīda mēģinājumu risku.

Zināms, ka disociatīvie traucējumi var negatīvi ietekmēt citu, komorbīdu traucējumu terapiju. Piemēram, depersonalizācija un derealizācija psihoterapijas procesā var traucēt būt “šeit un tagad” un kvalitatīvi sadarboties ar terapeitu. Tāpat arī disociatīvā amnēzija vai “amnēzija par amnēziju” var traucēt pārstrādāt traumējošo pieredzi, kas var būt viens no depresijas iemesliem. Turklāt ir arī konstatēts, ka disociatīvie traucējumi vāji pakļaujas medikamentozai ārstēšanai. Terapijas procesā, kas ir mērķtiecīgi vērsts uz disociatīvo simptomu samazināšanu, ir iespējams paaugstināt kopējo terapijas rezultātu.

1.5. Pētījuma mainīgo savstarpējās saistības

Līdzšinējos pētījumos ir konstatētas dažādas saistības starp šajā pētījumā iekļautajiem mainīgajiem. Pētījumos lielākoties tiek pārbaudītas tikai divu vai trīs mainīgo saistības, kā arī to prognostiskā spēja vai iespējamie mediējošie mainīgie.

Būtiska saistība ir atklāta starp suicīda mēģinājuma risku un depresiju, kur depresija šobrīd tiek uzskatīta par vienu no galvenajiem suicīda riska faktoriem (Strawbridge et al., 2019). Depresijas epizodes ilgums un smagums, psihotiskas epizode depresijas laikā, kā arī citi ar depresiju komorbīdi traucējumi var papildus paaugstināt suicīda risku (Antypa et al., 2015; Gournellis et al., 2018).

Viens no depresijas cēloņiem var būt bērnībā pieredzēta vardarbība, kur īpaši smagas sekas rada agrīnā bērnībā pieredzēta seksuāla vardarbība (uzmāksšanās, izvarošana). Bērnībā pieredzētai seksuālai vardarbībai ir konstatēta īpaši cieša saistība ar hronisku un rezistentu depresiju, kā arī garākām depresijas epizodēm (Lev-Wiesel, & Markus, 2013). Pētījumos ir atklāta arī saistība starp depresijas pakāpi, depresijas ilgumu un dzīves laikā pieredzētās starppersonu traumas pieredzi (Fowler, Allen, Oldham, & Frueh, 2013; Schaffrath et al., 2011). Savukārt depresijas hroniskums pusaudžu izlasē biežāk ir saistīts tieši ar agrīnas bērnības traumas pieredzi. Hroniska depresija personām ar bērnības traumas pieredzi ir konstatēta pat trīs reizes biežāk, nekā personām bez šādas pieredzes (Wiersma et al., 2009).

Pētot konkrēto bērnības vardarbības veidu saistību ar depresiju, depresijas pacienti ar suicīda mēģinājumu pieredzi norāda uz visiem bērnības vardarbības veidiem - fizisko, emocionālo un seksuālo vardarbību, kā arī pamešanu novārtā (Erol, Ersoy, & Mete, 2013). Šeiers (*Scheuer*) savā pētījumā konstatēja, ka seksuālā vardarbība var tieši prognozēt depresiju. Tāpat arī tika secināts, ka depresijas veidošanās mehānismā var būt iesaistīti arī citi bioloģiskie marķieri vai kognīcijas (*Scheuer et al.*, 2018). Vienlaikus Šeiers savā pētījumā atzīmē, ka, ņemot vērā salīdzinoši mazo seksuālas vardarbības gadījumu proporciju pret fiziskas vardarbības gadījumiem, šādi rezultāti varētu būt iegūti arī ierobežotās izlases dēļ. Pārbaudot faktorus, kas varētu mediēt bērnībā pieredzētu fizisku vardarbību un depresiju, tika konstatēts, ka tādu ieņem alostātiskā slodze (slodze, kuru ķermenim rada hroniska endokrīnās sistēmas svārstības, reaģējot uz hronisku vai atkārtotu subjektīvu vai objektīvu stresu). Vienlaikus pētījuma rezultāti rāda, ka alostātiskajai slodzei ir mediatora loma tikai jauniešu un vidēja vecuma personām, savukārt vecāka gadagājuma personām tā netika konstatēta.

Pētījumi rāda, ka bērnības seksuālās vardarbības pieredze prognozē arī suicīda mēģinājumus (Nichter, Hill, Norman, Haller, & Pietrzak, 2020). Savukārt fiziskā vardarbība un atstāšana novārtā prognozēja gan suicīdālītāti, gan suicīda mēģinājumus (McClatchey, Murray, Rowat, & Chouliara, 2017).

Ir konstatēta saistība starp bērnībā pieredzēto vardarbību un disociatīvajiem traucējumiem (Thomson & Jaque, 2018). Pētījumos konstatēts, ka seksuālās vardarbības pieredze bērnībā prognozē disociatīvos traucējumus kopumā (Dorahy, Middleton, Seager, Williams, & Chambers, 2015). Savukārt emocionālā un fiziskā vardarbība, kā arī pamešana novārtā, ir saistīti ar disociācijas izteiktības līmeni, kā arī augstāku depersonalizācijas un derealizācijas līmeni. Fiziskajai vardarbībai ir konstatēta negatīva saistība ar disociatīvo amnēziju (King et al., 2020).

2018. gada pētījumā (Golubovic et al., 2018) tika analizēta depersonalizācijas saistība ar suicīda domām (tai skaitā, suicīda domas, fantāzijas, plāni). Tika konstatēts, ka pacientiem ar

depresiju un depersonalizāciju ir astoņas reizes augstāks aktīvas suicidālas vēlmes līmenis, vienpadsmit reizes augstāks pasīvas suicidālas vēlmes līmenis, kā arī piecas reizes augstāks suicīda nodoma (plānu) līmenis, nekā depresijas pacientu grupā bez depersonalizācijas. Šie rezultāti norāda uz ciešu saistību starp depersonalizāciju un suicīda vēlmi, turpretī pārējo disociācijas simptomu veidu saistība ar suicīda risku pagaidām ir neskaidra.

Pētījumos ir konstatēta saistība starp rezistentu depresiju un disociāciju (Siddiqua, Saeed, & Syeda, 2011). Tāpat arī ir konstatēta saistība starp depresiju, disociāciju un pašievainošanas uzvedību (Sho et al., 2009). Pētīta ir arī depresijas, disociācijas un dažādu traumējošās pieredzes veidu saistība (Boysan, Goldsmith, Cavuş, Kayri, & Keskin, 2009). Arī autores maģistra darba pētījuma rezultāti norāda uz saistību starp disociāciju un depresiju (Bērtule, 2014). Citu pētījumu rezultāti ļauj secināt, ka depresija un disociācija var būt vienlaikus komorbīdas ar dažādiem citiem traucējumiem, kā, piemēram, robežstāvokļa personības traucējumi un PTST (Hagenaars, van Minnen, & Hoogduin, 2010).

Ir konstatēts, ka disociatīvie traucējumi var būt mediators starp traumas pieredzi un PTST, kā arī traumas pieredzi un depresiju (Hodgson & Webster, 2011). Tomēr pētījumu rezultāti ir pretrunīgi, jo savukārt Pleisa (*Place*) 2016. gada pētījumā disociācijas kā mediators loma starp traumējošo pieredzi un depresiju nav konstatēta (Place, Ling, & Patihis, 2016). Tas norāda uz nepieciešamību turpināt pētījumus šajā jomā.

Pamatojoties pieejamās literatūras analīzē, iespējams konstatēt, ka starp pētījuma mainīgajiem – suicīda mēģinājumiem, suicidalitātei, depresijas simptomiem, bērnības vardarbības pieredzei un disociatīvo traucējumu simptomiem – ir konstatētas vairākas savstarpējās saistības. Iespējams pieņemt, ka disociācija traucē traumējošās pieredzes pārstrādi un integrāciju vienotā sistēmā, vienlaikus paaugstinot depresijas un suicīda mēģinājuma risku. Tomēr pilns faktoru kopums un cēloņsakarības starp pētījuma mainīgajiem pilnībā vēl nav izprastas.

1.6. Kopsavilkums

Suicīds ir izplatīts visā pasaulē, un rada lielu emocionālu nastu bojā gājušā tuviniekiem. Lai gan dažādu teoriju ietvaros tiek mēģināts izprast suicīda etioloģiju un risku paaugstinošos faktorus, suicīdu vēl aizvien iespējams izskaidrot un prognozēt tikai daļā no populācijas, vai arī specifisku stāvokļu gadījumos. Tāpat arī ir atzīts, ka vēl aizvien nav apzināti visi suicīda risku paaugstinošie faktori un to mijiedarbība (Franklin et al., 2017).

Daļa no riska faktoriem, kas apskatīti arī šī promocijas darba teorētiskajā daļā, ir daudz pētīti un atzīti par suicīdu paaugstinošiem, tai skaitā demogrāfiskie, sociālie, psihiskie un

neurobioloģiskie. Depresija un vardarbības pieredze ir divi būtiski, bieži pētīti suicīda risku paaugstinoši faktori. Tomēr ir maz pētījumu, kuri apskata dažādu faktoru savstarpējās ietekmes kombinācijas un prognozēšanas spēju vai mediējošos faktoros. It īpaši maz pētīti minētie faktori (depresija un vardarbības pieredze) ir saistībā ar disociatīvajiem traucējumiem, kā arī šo faktoru kopējā ietekme uz suicidalitāti un suicīda mēģinājuma risku.

Depresija ir viens no visbiežāk sastopamajiem psihiatriskiem traucējumu veidiem un tiek uzskatīta par veiksmīgi ārstējamu slimību lielākajai daļai depresijas pacientu. Lai gan ir radītas vairākas depresijas etioloģijas teorijas, depresijas rašanos ietekmējošie faktori, to savstarpējās saistības un cēloņsakarības vēl aizvien nav pilnībā izprastas. Piedevām daļai depresijas pacientu attīstās hroniska un/vai rezistenta depresija, kas rada emocionālās ciešanas, invaliditāti, ekonomiskos zaudējumus un adaptācijas traucējumus, tostarp suicīda mēģinājumus.

Pētījumi atklāj, ka depresijas un suicīda mēģinājumu riska faktori daļēji pārklājas, piemēram, dzimums, vecums, personisks vai finansiāls zaudējums (Assari, 2018). Savukārt depresija pati par sevi tiek uzskatīta par vienu no būtiskākajiem suicīda mēģinājuma riskiem. Pētnieki atzīst, ka vēl aizvien nav aptverti un pilnībā izprasti visi suicidalitātes un suicīda mēģinājumu riska faktori.

Viens no vadošajiem psiholoģiskas traumas un disociācijas pētniekiem pasaulē, psihiatrs, profesors Vedats Sars (*Vedat Sar*) 2013. gadā izvirzīja hipotēzi, ka pastāv dažādu psihiatrisko traucējumu disociatīvais apakštips, tai skaitā – disociatīvā depresija (Şar, Akyüz, Öztürk, & Alioğlu, 2013). Disociatīvo depresiju raksturo augstāks suicidalitātes un suicīda mēģinājumu līmenis, augstāks vardarbības pieredzes līmenis, un tā vāji pakļaujas medikamentozai terapijai. Šī hipotēze ir daļēji apstiprināta arī citos pētījumos (Parlar, Frewen, Oremus, Lanius, McKinnon, 2016).

Viens no galvenajiem faktoriem, kas ietekmē depresijas un patoloģiskas disociācijas rašanos, ir dzīves laikā, it īpaši bērnībā, pieredzēta vardarbība. Piemēram, bērnības vardarbības pieredze var ietekmēt depresijas rašanos, tās hroniskumu un dziļumu, kā arī suicīda mēģinājumu risku. Pētījumu rezultāti norāda uz to, ka traumējošā pieredze ietekmē ne tikai indivīda emocionālo stāvokli un personību (identitāti, pašvērtību u.c.), bet var radīt arī paliekošas sekas neurobioloģijā un smadzeņu struktūrā. Tādējādi tiek ietekmēta arī indivīda attīstība un tālākā dzīve (Cook et al., 2005; Daniels, Frewen, Theberge, & Lanius, 2015; Krause-Utz, Frost, Winter, & Elzinga, 2017; Vythilingam et al., 2002). Bērnības vardarbības pieredze tiek saistīta arī ar dažādu adaptācijas traucējumu rašanos (Street, Gibson, & Holoha, 2005; Zerubavel, Messman-Moore, DiLillo, & Gratz, 2017), pie kuriem pieskaitāma arī suicidalitāte un suicīda mēģinājumi.

Pētījumos ir atklāta saistība starp depresijas pakāpi un bērnībā pieredzēto traumējošo pieredzi, īpaši verbālu, emocionālu, fizisku un seksuālu vardarbību (Fowler, Allen, Oldham & Frueh, 2013; Martínez-Taboas, Canino, Wang, García & Bravo, 2006; Schaffrath et al., 2011; Wiersma et al., 2009). Tāpat arī ir konstatēts, ka atstāšana novārtā, kas ir vardarbības veids, var prognozēt depresijas, starppersonu trauksmes un disociatīvo traucējumu rašanos (Dorahy, Middleton, Seager, Williams, & Chambers, 2015; Krüger & Fletcher, 2017).

Daļā pētījumu ir konstatēta tieša saikne starp seksuālās vardarbības pieredzi un depresiju, vienlaikus pieļaujot, ka pastāv citi iespējamie faktori, kas varētu mediēt depresijas un traumējošas pieredzes saistību (Place, Ling, & Patihis, 2016), vai arī citi faktori (Scheuer et al., 2018). Tiek pieļauts, ka tieši traumas radītā psihopatoloģija, nevis pati traumējošā pieredze, var ietekmēt personas funkcionēšanu un būt mediators, kas pazemina personas funkcionēšanas un adaptācijas spējas (Bolton et al., 2004). Šī promocijas darba autore ieskatā viens no šādas psihopatoloģijas veidiem varētu būt dezadaptīva disociācija, kura visbiežāk rodas tieši bērnībā pieredzētas vardarbības rezultātā.

Daļā pētījumu rezultāti norāda uz to, disociācija varētu būt mediējošais faktors starp bērnības traumas pieredzi un nesuicidālu pašievainošanos (Franzke, Wabnitz, & Catani, 2015). Tas ļauj izvirzīt pieņēmumu, ka šāda disociācijas ietekme varētu būt attiecināma arī uz suicidalitāti un suicīda mēģinājumu risku. Ir konstatēta arī disociatīvo traucējumu kā mediatora loma starp traumu un PTST un/vai depresiju (Hodgson & Webster, 2011). Tomēr jāatdzīst, ka pētījumu rezultāti pagaidām ir pretrunīgi. Citos pētījumos nav konstatēta disociācijas kā mediatora loma starp traumējošo pieredzi un depresiju (Place, Ling, & Patihis, 2016), tādēļ šis ir būtisks pētījumu virziens, ko būtu nepieciešams turpināt. Ņemot vērā iepriekš minēto, disociācijas kā mediatora lomas ietveršana pētījumā būtu būtisks pienesums gan Latvijas, gan arī plašākā zinātniskā kontekstā.

Metaanalīzē, kas saistīta ar pētījumiem pacientu grupās ar dažādiem psihiskiem traucējumiem (Calati, Bensassi, & Courtet, 2017) ir secināts, ka psihiatrijas pacientu grupās ar suicīda mēģinājumiem un pašievainošanās uzvedību ir nozīmīgāki augstāks disociācijas rādītājs, nekā pacientu grupās bez suicidālas un pašievainošanās uzvedības. Pētījuma autori izvirza pieņēmumu par dažādu psihiatrisko traucējumu disociatīvo apakšgrupu pastāvēšanu, kas atbilst arī V.Sara hipotēzei. Arī I.Dambergas savā pētījumā Latvijas pacientu grupā ar šizofrēniju daļai pacientu ir konstatējusi paaugstinātus disociatīvo simptomu rādītājus. Pacientu ar depresiju grupā Latvijā šādi pētījumi pagaidām vēl nav veikti. Minēto iemeslu dēļ būtu vēlams turpināt pētījumus šajā jomā, lai dziļāk izprastu disociācijas saistību ar pārējiem faktoriem un pārbaudītu disociatīvās depresijas apakšgrupas pastāvēšanas hipotēzi. Līdzīgi kā iepriekšējos pētījumos, iespējams hipotētiski pieņemt, ka arī Latvijas respondentu grupā ar depresiju iespējams

konstatēt apakšgrupas, kuras atšķirtos pēc traumējošās pieredzes biežuma, depresijas un disociatīvo traucējumu līmeņa, kā arī suicīda mēģinājumu skaita vai suicidalitātes līmeņa.

Nemot vērā 2016. gadā veiktās metaanalīzes secinājumus (Franklin et al., 2017), kur rekomendēts izveidot atsevišķus skrīninga un prevencijas rīkus dažādām populācijas grupām, kā arī disociācijas, bērnības vardarbības pieredzes un disociācijas saistību, tika pieņemts lēmums fokusēt šo pētījumu uz pacientiem ar diagnosticētu depresiju. Savukārt, lai izprastu minēto faktoru izplatību un saistību izlasē bez diagnosticētiem psihiskiem traucējumiem, tika pieņemts lēmums pētījumā iekļaut arī grupu no vispārējās populācijas. Abu grupu datu salīdzināšana ļautu labāk izprast pētījumā iekļauto faktoru saistību, kā arī skaidrāk definēt tālāko pētījumu virzienus.

Lai paplašinātu suicīda riska faktoru loku un iekļautu mazāk pētītus faktorus, šajā pētījumā tika izlemts iekļaut ne tikai depresiju, kā jau zināmu suicīda riska faktoru, bet arī disociatīvos simptomus. Disociatīvie traucējumi un to simptomi šajā kontekstā, analizējot tos kopsakarībās ar pārējiem pētījumā ietvertajiem faktoriem, ir pētīti maz. Savukārt, ņemot vērā to, ka vardarbības pieredze, it īpaši bērnībā pieredzēta vardarbība, tiek minēta kā kopējais faktors depresijas un disociatīvo traucējumu pētījumos, šajā pētījumā tika izlemts iekļaut arī bērnības vardarbības pieredzi, kā arī jau zināmos, suicīda risku paaugstinošos demogrāfiskos faktorus (dzimums, vecums, nodarbinātība, materiālais stāvoklis, ģimenes stāvoklis).

Pētījuma novitāte saistīta ar visu minēto mainīgo savstarpējo saistību analīzi, kā arī disociatīvo traucējumu kā mediatora lomas izpēti saistībā ar suicīdu kopā ar šiem faktoriem. Vēl aizvien ir relatīvi maz pētījumu, kas kompleksi aplūko saistības starp bērnības vardarbības veidiem, disociatīvo traucējumu veidiem, depresiju, suicidalitāti un suicīda mēģinājumu skaitu. Esošie pētījumi pamatā aplūko saistības starp kopējiem disociatīvo traucējumu rādītājiem, sīkāk neanalizējot to veidus vai atsevišķos simptomus (piemēram, Krüger & Fletcher, 2017; Ural, Belli, Akbudak & Tabo, 2015) vai kopējo pieredzētās traumas līmeni, atsevišķi neizdalot tās veidus (piemēram, van Dijke, Ford, Frank & van der Hart, 2015). Līdzšinējie pētījumi arī vairāk fokusējas uz divu, vai atsevišķos gadījumos - trīs dažādu faktoru savstarpējo saistību, retāk – disociācijas kā mediatora lomu.

Tādējādi tiek izvirzīti **pētījuma jautājumi**:

1. Kādas atšķirības pastāv suicīda mēģinājumu skaitā, suicidalitātes, depresijas simptomu, respondentu norādītās bērnības vardarbības pieredzes un disociatīvo traucējumu simptomu līmenī vispārējā respondentu grupā un respondentu grupā ar diagnosticētu depresiju?
2. Kādas ir savstarpējās saistības starp suicīda mēģinājumu skaitu, suicidalitāti, depresijas simptomiem, respondentu norādītās bērnības vardarbības pieredzes

veidiem (emocionālā, fiziskā un seksuālā vardarbība) un disociatīvo traucējumu simptomiem (absorbcija, amnēzija un depersonalizācija/derealizācija) vispārējā respondentu grupā un respondentu grupā ar diagnosticētu depresiju?

Pamatojoties uz veikto literatūras analīzi, tiek izvirzītas trīs **pētījuma hipotēzes**:

1. Depresijas simptomi, respondentu norādītās bērnības vardarbības pieredzes veidi un disociatīvo traucējumu simptomi prognozēs suicidalitāti.
2. Depresijas simptomi, suicidalitāte, respondentu norādītās bērnības vardarbības pieredzes veidi un disociatīvo traucējumu simptomi prognozēs suicīda mēģinājumu skaitu.
3. Klāsteru analīzes rezultātā respondentu grupā ar diagnosticētu depresiju uzrādīsies disociatīvās depresijas apakšgrupa, kuru raksturo paaugstināti depresijas simptomi, suicīda mēģinājumu skaits, suicidalitātes, respondentu norādītās bērnības vardarbības pieredzes un disociatīvo traucējumu simptomu rādītāji.

Papildus pētījuma jautājums. Vai pētījumam adaptētās un izmantotās Epidemioloģijas pētījumu centra depresijas skalas (EPCD-R skala) (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale Revised (CESD-R)*) latviešu valodas versijas psihometriskie rādītāji atbilst oriģinālās aptaujas psihometriskajiem rādītājiem?

Promocijas darbs fokusējas uz piecu galveno mainīgo – depresijas simptomu, disociatīvo traucējumu simptomu (absorbcijas, amnēzijas un depersonalizācijas/derealizācijas), bērnības vardarbības pieredzes (fiziskas, emocionālas un seksuālas), suicīda mēģinājumu skaita un suicidalitātes - saistības pārbaudi depresijas pacientu izlasē Latvijā, kā arī iegūto rezultātu salīdzināšanu ar respondentu grupu bez diagnosticētām psihiskām saslimšanām.

2. Metodes daļa

2.1. Pētījuma dalībnieki

Pētījumā piedalījās 342 respondenti. No tiem 138 respondenti bija ar depresijas diagnozi (tālāk tekstā respondentu grupa ar depresiju) un 204 respondenti bez depresijas vai zināmām citu psihisku slimību diagnozēm (tālāk tekstā “vispārējā respondentu grupa”).

Respondentu grupā ar depresiju 75% bija diagnosticēta rekurenta depresija (F33), savukārt 25% no respondentiem bija diagnosticēta depresijas epizode (F32).

Vispārējā respondentu grupā 91% bija sievietes un 9% vīrieši vecumā no 19 līdz 76 gadiem ($M = 37,01$, $SD = 10,09$). Respondentu ar depresiju grupā bija 77% sievietes un 23% vīrieši vecumā no 18 līdz 72 gadiem ($M = 41,06$, $SD = 14,04$). Norādīto suicīda mēģinājumu skaits vispārējā respondentu grupā bija no 0 līdz 5 ($M = 0,14$, $SD = 0,62$), savukārt respondentu grupā ar depresiju – no 0 līdz 3 ($M = 0,59$, $SD = 0,78$).

Vispārējā respondentu grupā 82,8% bija ieguvuši augstāko izglītību, 7,8% bija ieguvuši vidējo izglītību, 7,4% bija ieguvuši vidējo-profesionālo izglītību, bet 2% pamata izglītību. Savukārt respondentu ar depresiju grupā augstāko izglītību bija ieguvuši 31,9%, vidējo izglītību 41,3%, vidējo-profesionālo izglītību 16,7%, bet pamata izglītību 10,1%.

Vispārējā respondentu grupā 66,2% norādīja, ka strādā pilnas slodzes darbu, pusslodzi vai gadījuma darbus strādāja 15,7%, 1,6% no respondentiem norādīja, ka saņem pensiju, savukārt 16,7% norādīja, ka šobrīd nestrādā algotu darbu. Respondentu ar depresiju grupā 52,2% norādīja, ka strādā pilnas slodzes darbu, pusslodzi vai gadījuma darbus strādāja 1,4%, invaliditātes pensiju saņēma 2,2%, 8% no respondentiem norādīja, ka saņem pensiju, bet 34,8% norādīja, ka šobrīd nestrādā algotu darbu. Lielākā daļa no respondentiem, 92,8% vispārējā respondentu grupā un 62,3% respondentu grupā ar depresiju, novērtēja savu materiālo situāciju kā vidēju vai virs vidējā.

Attiecībā uz savu ģimenes stāvokli, vispārējā respondentu grupā 41,7% norādīja, ka viņi dzīvo kopā reģistrētā laulībā, 16,2% norādīja, ka dzīvo kopā neregistrētās attiecībās, 7,4% norādīja, ka viņiem ir attiecības, bet kopā nedzīvo, savukārt 8,8%, 0,5% un 20,1% attiecīgi norādīja, ka ir šķīrušies, atraitņi vai viņiem nav attiecību. Savukārt respondentu ar depresiju grupā reģistrēta laulība ir 28,3%, neregistrēta kopdzīve 11,6%, 8,7% norādīja, ka viņiem ir attiecības, bet kopā nedzīvo, savukārt 20,3%, 5,8% un 23,2% attiecīgi norādīja, ka ir šķīrušies, atraitņi vai viņiem nav attiecību. Raksturojot attiecību kvalitāti, vispārējā respondentu grupā 23% un 29% no respondentiem norādīja, ka attiecības ir ļoti apmierinošas vai vairāk apmierinošas, bet 15,7% attiecības raksturoja kā vidēji apmierinošas, savukārt pārējie respondenti attiecības raksturoja kā vairāk neapmierinošas (3,9%) vai ļoti neapmierinošas (3,9%). Respondentu ar depresiju grupā attiecības kā ļoti apmierinošas vai vairāk apmierinošas raksturoja attiecīgi 9,4% un 13%, kā vidēji apmierinošas 23,2%, savukārt kā vairāk neapmierinošas vai ļoti neapmierinošas attiecīgi 2,9% un 8%.

2.2. Mērījumi

Demogrāfisko datu aptauja: dzimums, vecums, izglītība (pamata, vidējā profesionālā, vidusskola, augstākā), nodarbinātība (pilna slodze, nepilna slodze, invaliditāte, pensionārs, nestrādāju, cits), materiālais stāvoklis (trūkst pat nepieciešamākā, ir tikai pats nepieciešamākais, iztikam vidēji, esam diezgan pārtikuši, varam atļauties visu, ko vēlamies), ģimenes stāvoklis (reģistrēta laulība; attiecībās, dzīvojam kopā; attiecībās, nedzīvojam kopā; šķīries/šķīrusies; atraitnis/atraitne; neesmu precējies/precējusies). Tāpat arī respondentiem tika lūgts norādīt vai

kādā dzīves brīdī ir tikusi diagnosticēta kāda saslimšana, pozitīvas atbildes gadījumā precizējot kāda tieši, kā arī suicīda mēģinājumu skaitu.

Medicīniskā informācija no pacienta slimības vēstures (tikai pacientu grupā ar diagnosticētu depresiju): depresijas kods saskaņā ar SSK, suicīda mēģinājumu skaits no slimības vēstures.

Depresijas simptomi tika mērīti, izmantojot *Epidemioloģijas pētījumu centra Depresijas skalu, EPCD-R (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale Revised (CES-R))*, (Radloff, 1977; Eaton et al., 2004), kuras adaptācija latviešu valodā tika veikta šī promocijas darba ietvaros. EPCD-R skala sākotnēji tika pārbaudīta pilotpētījumā, pilotpētījuma rezultātus publicējot (Bērtule, & Melne, 2018). Skala ir plaši pazīstama pasaules mērogā un tiek plaši izmantota psihiatrijas epidemioloģijas pētījumos. Tas ļauj dotā pētījuma rezultātus salīdzināt ar citiem šīs jomas pētījumiem.

Skala sastāv no 20 apgalvojumiem, kas attiecas uz dažādiem depresijas simptomiem. Respondentiem jāizvērtē, cik lielā mērā katrs simptoms pēdējo divu nedēļu laikā ir attiecināms uz viņiem pēc sekojošas skalas:

1. Reti vai nekad (mazāk, kā 1 dienu)
2. Dažkārt vai nedaudz (1-2 dienas)
3. Vairākkārt vai daļu laika (3-4 dienas)
4. Lielākoties vai lielāko laika daļu (5-7 dienas)
5. Gandrīz katru dienu divas nedēļas pēc kārtas

Šajā pētījumā kopējais depresijas rādītājs tika noteikts pēc summārā punktu skaita, līdzīgi kā tas visbiežāk tiek izmantots citos pētījumos. Tomēr iespējams izmantot arī atsevišķas apakšskalas, aprēķinot to summāros vai vidējos rādītājus. Dotajā pētījumā tika izmantots gan kopējais visas skalas punktu skaits, gan suicidalitātes apakšskala, kura sastāv no diviem apgalvojumiem (“Es vēlējos, kaut varētu nomirt”, “Es vēlējos sevi sāpināt vai ievainot”). Skalas latviešu valodas iekšējās saskaņotības pārbaudei tika veikts pilotpētījums. Pilotpētījuma rezultāti ir publicēti, un plašāks adaptācijas procesa izklāsts ir sniegts šī promocijas darba rezultātu daļā (Bērtule, & Melne, 2018).

Originālajā skalas versijā (Radloff, 1977; Eaton, Muntaner, Smith, Tien, & Ybarra, 2004) vispārējā populācijā kopējais ticamības rādītājs bija $\alpha = 0,80$, bet pacientu izlasē bija $\alpha = 0,90$. Šī pētījuma izlasēs Kronbaha alfas rādītāji: vispārējā respondentu grupā bija 0,82, bet respondentu grupā ar depresiju bija 0,88. Savukārt suicidalitātes apakšskalas Kronbaha alfa bija attiecīgi 0,65 un 0,76.

Bērnības vardarbības pieredze tika mērīta ar *Bērnības traumas aptauju, BTA (Childhood Trauma Questionnaire (CTQ))* ((Bernstein, Fink, Handelsman, & Foote, 1994; Bernstein et al.,

2003); adaptāciju Latvijā veikusi S.Sebre, L.Ļebedeva un I.Trapenciere 2004. gadā (Sebre, Ļebedeva, & Trapenciere 2004).

Aptauja sastāv no 36 apgalvojumiem. Respondentiem jāpārdomā sava pieredze vecumā līdz 18 gadiem un jāizvērtē, cik lielā mērā apgalvojumi attiecināmi uz viņiem skalā no 1 līdz 5, kur 1 – “es nekad tā nejutos / ar mani tā nekad nav noticis”, bet 5 – “es tā jutos, vai ar mani tā notika ļoti bieži”.

Šajā pētījumā tika izmantotas trīs apakšskalas, kurām tika aprēķināts vidējais rādītājs:

- fiziskā vardarbība (9 apgalvojumi). Apgalvojuma piemērs: „Kāds manā ģimenē sita mani tik stipri, ka bija redzami zilumi vai sitiena pēdas.” Oriģinālajā aptaujā šīs skalas Kronbaha $\alpha = 0,95$. Šī pētījuma izlasēs Kronbaha alfa bija: vispārējā respondentu grupā 0,82, bet respondentu grupā ar depresiju 0,88.
- emocionālā vardarbība (8 apgalvojumi). Apgalvojuma piemērs: „Kāds manā ģimenē mani izsmēja vai pazemoja.” Oriģinālajā aptaujā šīs skalas Kronbaha $\alpha = 0,95$. Šī pētījuma izlasēs Kronbaha alfa bija: vispārējā respondentu grupā 0,91, bet respondentu grupā ar depresiju 0,92.
- seksuālā vardarbība (5 apgalvojumi). Apgalvojuma piemērs: „Kāds pieaugušais vai kāds vismaz 5 gadus vecāks par mani ir piespiedis skatīties vai izdarīt seksuālas darbības.” Oriģinālajā aptaujā šīs skalas Kronbaha $\alpha = 0,83$. Šī pētījuma izlasēs Kronbaha alfa bija: vispārējā respondentu grupā 0,82, bet respondentu grupā ar depresiju 0,86.

Disociācijas simptomi tika mērīti ar *Disociatīvās pieredzes skalu (Dissociative Experience Scale (DES))* (Bernstein & Putnam, 1986; Carlson & Putnam, 1993); adaptāciju Latvijā veikusi I.Damberga (Damberga, 2011). Šī aptauja ir bieži izmantota pētījumos pasaulēs mērogā, kas ļauj dotā pētījuma rezultātus salīdzināt ar citiem pētījumiem.

Skala sastāv no 28 apgalvojumiem. Skalas oriģinālversijā respondentiem, domājot par savu pieredzi vairāku mēnešu vai gadu ilgā laikposmā, jāizvērtē, cik lielā mērā apgalvojumi attiecināmi uz viņiem, skalā no 0% līdz 100%. Savukārt latviešu valodas versijā – no 0 līdz 10, kur 0 nozīmē “nekad”, bet 10 – “vienmēr”. Pētījumos tiek izmantoti gan apakšskalu summārie vai vidējie rādītāji, gan arī skalas kopējais disociatīvo traucējumu līmenis. Šajā pētījumā tika izmantoti gan apakšskalu, gan kopējās skalas vidējie rādītāji.

Sākotnējā latviešu valodas adaptācijā tika izmantots oriģinālās skalas formulējums, kas sākās ar “Daži cilvēki reizēm...”. Šī pētījuma ietvaros veiktajā pilotpētījumā tika secināts, ka respondentiem ir grūtības attiecināt šādi formulētus teikumus uz sevi, tādēļ formulējums tika mainīts uz “Reizēm es...”. Pilotpētījuma rezultāti apliecināja, ka šāds formulējums ļauj respondentiem vieglāk identificēties ar uzdotajiem jautājumiem.

Oriģinālajā aptaujā skalas kopējais ticamības rādītājs bija $\alpha = 0,93$ (Bernstein Carlson, & Putnam, 1993). Aptaujas adaptācijas latviešu valodā pētījuma skalas kopējais ticamības rādītājs bija $\alpha = 0,89$. Šajā pētījumā skalas kopējais Kronbaha alfa rādītājs vispārējā respondentu grupā bija 0,94, bet respondentu grupā ar depresiju tas bija 0,95.

DES aptauja sastāv no 3 apakšskalām:

- *amnēzija* (8 apgalvojumi). Apgalvojuma piemēri: “Reizēm es atrodu kaut ko jaunu starp savām mantām, bet nevaru atcerēties, ka būtu to pircis/pirkusi,” „Reizēm es atrodu pierādījumus tam, ka darīju kaut ko, bet pats/pati to neatceros.” Oriģinālajā aptaujā šīs skalas Kronbaha $\alpha = 0,95$. Šī pētījuma izlasēs Kronbaha alfa bija: vispārējā respondentu grupā 0,84, bet respondentu grupā ar depresiju 0,83.
- *absorbēšana*, iztēlošanās (9 apgalvojumi). Apgalvojuma piemēri: „Reizēm es atceros kādu pagātnes notikumu tik spilgti, ka liekas, it kā tas notiktu atkal,” “Reizēm sarunas laikā es pēkšņi pamanu, ka nedzirdēju kādu daļu vai visu no runātā.” Oriģinālajā aptaujā šīs skalas Kronbaha $\alpha = 0,82$. Šī pētījuma izlasēs Kronbaha alfa bija: vispārējā respondentu grupā 0,89, bet respondentu grupā ar depresiju 0,89.
- *depersonalizācija un derealizācija* (6 apgalvojumi). Apgalvojuma piemēri: „Man reizēm liekas, ka citi cilvēki, lietas un apkārt notiekošais ir nereāls,” “Reizēm man ir licies, ka es stāvu sev blakus, vēroju sevi kaut ko darām un skatos uz sevi no malas kā uz citu personu.” Oriģinālajā aptaujā šīs skalas Kronbaha $\alpha = 0,89$. Šī pētījuma izlasēs Kronbaha alfa bija: vispārējā respondentu grupā 0,85, bet respondentu grupā ar depresiju 0,85.

Iegūtie rezultāti ļauj secināt, ka šīs aptaujas iespējams izmantot datu aprēķinos.

Promocijas darba izstrādes sākotnējā posmā tika adaptēta arī Disociācijas daudzdimensionālā aptauja, DES-6 (*Multidimensional Inventory of Dissociation*), veicot pilotpētījumu un publicējot pilotpētījuma rezultātus (Bērtule & Koļesovs, 2019). Tomēr, pilotpētījuma rezultātā tika konstatēts, ka aptaujas apjoma dēļ tā aizpildīšanai nepieciešams pārāk daudz laika, kā arī nepieciešama ļoti augsta respondentu motivācija. Ņemot vērā pārējās aptaujas, kuras bija paredzētas iekļaut promocijas darba pētījumā, tika pieņemts lēmums šo aptauju neizmantot, tā vietā izmantojot iepriekš minēto *Disociatīvās pieredzes skalu*.

2.3. Procedūra

Pētījuma veikšanai tika iegūta Latvijas Universitātes Humanitāro un sociālo zinātņu pētījumu ar cilvēku iesaisti ētikas komisijas atļauja Nr. V69/11. Visi respondenti sniedza informētu piekrišanu dalībai pētījumā. Respondenti tika informēti, ka dati tiks izmantoti

doktorantūras pētījuma ietvaros, kā arī par pētījuma mērķi, brīvprātīgu dalību, konfidencialitāti, kā arī to, ka dati tiks apstrādāti vienkopus, nodrošinot to, ka respondentus nav iespējams identificēt.

Vispārējās respondentu grupas datu iegūšanai tika izmantota Google Forms platforma, kas ļauj tiešsaistes režīmā izvietot informāciju par pētījumu un instrumentus, ievākt datus, kā arī lejupielādēt rezultātus. Respondentu piesaistīšanai tika izmantota “sniega pikas” (*snowball sampling*) metode, kur izveidotās aptaujas tika ievietotas Facebook un Draugiem, lūdzot respondentus aizpildīt aptaujas un pārpublicēt saiti savos profilos. Atsevišķi tika uzrunātas divas depresijas pacientu pašpalīdzības grupas un viena veselības iestādes Facebook grupa, lūdzot izvietot savās grupas lapās hipersaiti uz aptaujām. No internetā iegūtās respondentu izlases tika izslēgti 51 respondents, kas norādīja, ka viņiem kādā dzīves brīdī ir tikušas diagnosticētas psihiskas vai neiroloģiskas saslimšanas.

Diagnosticētas depresijas grupas respondenti tika uzrunāti gan personīgi, gan izmantojot citu veselības aprūpes speciālistu palīdzību psihoneiroloģiskās slimnīcas stacionārā, privātā veselības aprūpes iestādē un klīnisko psihologu un/vai psihoterapeitu privātpraksēs, kuras pacientu datu aizsardzības nolūkā netika atļauts identificēt. Dati tika ievākti, individuāli administrējot aptaujas drukātā veidā, izskaidrojot pacientu tiesības atteikties aizpildīt aptaujas. Aptauju rezultāti ir konfidenciāli, tādēļ datus apstrādāja tikai šī darba autore. Diagnosticētas depresijas grupā tika iekļauti tikai pacienti bez komorbīdām diagnozēm, kā arī tika izslēgti 10 respondenti, kuri nebija pilnībā, vai arī nebija ticami aizpildījuši visas pētījuma aptaujas.

2.4. Datu apstrāde un analīze.

Dati tika analizēti, izmantojot SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) 22 versiju un R statistiskās analīzes programmu. Izpētošās statistiskās analīzes rezultātā tika pieņemts lēmums no respondentu grupas ar depresiju izslēgt vēl 3 respondentus, kuri bija norādījuši ekstremālās vērtības attiecībā uz suicīda mēģinājumu skaitu vai fiziskās vardarbības līmeni. Ņemot vērā to, ka skalām netika konstatēts normāls sadalījums, lai pārbaudītu saistības starp pētījuma mainīgajiem, tika izmantots Spīrmena korelācijas koeficients. Savukārt grupu salīdzināšanai tika izmantota Manna-Vitneja neparametriskā statistiskā analīze.

Sākotnēji pirmās un otrās hipotēzes pārbaudes gaitā tika veikta virkne lineāro regresiju analīžu, kas norādīja uz iespējamu disociācijas mediācijas efektu starp respondentu norādīto bērnības vardarbības pieredzi un suicidalitāti. Tomēr, iesniedzot rakstu publicēšanai Traumas un disociācijas žurnālā (*Journal of Trauma and Dissociation*), redaktori ieteica veikt strukturālo vienādojumu modelēšanu (SEM), lai pārbaudītu iespējamo mediācijas efektu. Šī iemesla dēļ kā

konsultants tika uzaicināts asoc. prof. Aleksandrs Koļesovs, kurš konsultēja un asistēja ar SEM analīzi, kas tagad ir pievienota disertācijas tekstam.

Suicidalitāti prognozējošo faktoru identifikācijai tika veikta SEM analīze, izmantojot 'lavaan' (0.6-6) R statistikas programmā (Rosseel, 2012). Minimālais izlases apjoms tika aprēķināts, izmantojot tiešsaistes kalkulatoru (Preacher & Coffman, 2006). Aprēķinot minimālo izlases apjomu vispārējā respondentu grupā ar alfas līmeni 0,05, prognozes spēju 0,80, 14 brīvības pakāpēm un alternatīvu RMSEA 0,08, tika aprēķināts minimālais izlases apjoms $n = 205$. Pētījuma izlases apjoms bija $n=204$, kas tikai nedaudz atšķiras no minimālās izlases. Aprēķinot minimālo izlases apjomu pie alternatīva RMSEA 0,10, minimālais izlases apjoms tika aprēķināts $n = 132$, un pētījuma respondentu grupas ar depresiju izlases apjoms $n = 138$ iekļaujas šajos kritērijos. Tika pārbaudīti četri SEM modeļi, katrai grupai atsevišķi pārbaudot suicīda mēģinājumu skaita un suicidalitātes prognozi. Suicīda mēģinājumu skaita prognozēšanai netika atrasts ticams modelis, savukārt suicidalitātes prognozēšanai tika izveidots statistiski nozīmīgi modeļi abās grupās. Suicīda mēģinājumu skaita prognozēšanai vēlāk tika veikta lineārā regresiju analīze, kontrolējot respondentu dzimumu un vecumu.

Ņemot vērā to, ka neizdevās iegūt ticamu SEM modeli, lai prognozētu suicīda mēģinājumus, to prognozējošo faktoru identifikācijai tika izmantota daudzfaktoru lineārās regresijas analīze. Tika iekļauti sekojoši mainīgie: vecums, dzimums, depresija, emocionālā, fiziskā un seksuālā vardarbība, kā arī disociācijas apakšskalas un kopējais disociācijas rādītājs.

Lai izvērtētu depresijas disociatīvās apakšgrupas pastāvēšanas iespējamību, tika izmantota K-means klāsteru analīze.

3. Rezultāti

Pirms datu analīzes tika veikta visu skalas saskaņotības un ticamības pārbaude, kā arī pārbaudīts mainīgo sadalījums. Normāls skalu sadalījums netika konstatēts (skat. pētījuma mainīgo sadalījumu pielikumā Nr. 2).

3.1. Epidemioloģijas Pētījumu Centra Depresijas skalas, EPCD-R, adaptācija

Promocijas pētījuma ietvaros tika veikts pilotpētījums ar mērķi adaptēt Epidemioloģijas Pētījumu Centra Depresijas, EPCD-R, skalu un pārbaudīt skalas latviešu valodas versijas psihometriskos rādītājus (Bērtule, & Melne, 2018).

EPCD-R skalas adaptēšanai latviešu valodā tika saņemta atļauja no tās autora, V. Ītona (W.Eaton). Sākotnēji skalas jautājumus neatkarīgi iztulkoja divi cilvēki. Pēc tam no abiem

tulkojumiem tika izraudzīti veiksmīgākiem apgalvojumi, un veikta to korektūra. Korektūru veica trešā puse, kas nebija iesaistīta tulkošanā. Pēc korektūras veikšanas skalu aizpildīja 10 personas, kurām tika izteikts lūgums komentēt neskaistros jautājumus. Nākamajā solī tika apspriestas iespējamās izmaiņas un veikti labojumi. Galējā skalas versijai tika veikta atkārtota korektūra un izveidota galējā EPCD-R skalas latviešu valodas versija.

Respondentiem tika lūgts aizpildīt divas aptaujas: EPCD-R skalu un Ahenbaha pieaugušo pašnovērtējuma aptaujas afektīvo traucējumu skalu (*Achenbach Adult Self-Report for Ages 18-59*, Achenbach, & Rescorla, 2001; Sebre, 2015). Pilotpētījuma izlase sastāvēja no 361 respondenta, no kuriem 338 (93,4%) sievietes un 23 (6,4%) vīrieši (viena persona, jeb 0,3% nenorādīja dzimumu), vecumā no 18 gadiem.

Oriģinālajā skalas versijā (Eaton, Muntaner, Smith, Tien, & Ybarra, 2004; Radloff, 1977) vispārīgo respondentu grupā kopējais ticamības rādītājs bija $\alpha = 0,8$, bet pacientu izlasē $\alpha = 0,9$. EPCD-R pilotpētījuma latviešu versijas adaptācijas kopējās skalas kopējais ticamības rādītājs bija $\alpha = 0,92$. Šī pētījuma izlasēs Kronbaha alfa bija: vispārējā respondentu grupā $\alpha = 0,95$, bet pacientu grupā ar depresiju $\alpha = 0,93$. Aptaujas iekšējās saskaņotības rādītāji bija līdzīgi oriģinālam, tādēļ skalu iespējams izmantot tālākai datu apstrādei.

Oriģinālajā EPCD-R skalas pārbaudē tika analizēta skalas konverģentā validitāte ar citiem pārbaudītiem instrumentiem, kas mēra depresiju. Skalas latviešu valodas versijas pilotpētījuma ietvaros izmantota Latvijā adaptētās Ahenbaha pieaugušo pašnovērtējuma anketas afektīvo traucējumu skalas summārie rezultāti. Abu aptauju rezultātiem tika konstatēta augsta korelācija ($r_p(362)=0,798, p<0,01$), kas norāda, ka EPCD-R mēra afektīvos traucējumus līdzīgi kā Ahenbaha pieaugušo pašnovērtējuma anketas afektīvo traucējumu skala.

Faktoranalīzes rezultātā, veicot galveno asu faktorizācijas metodi un varimaksa rotāciju, tika identificēti 3 faktori, kur viens no tiem izskaidro 25,11%, otrs izskaidro 38,85% un trešais 48,37%. $KMO=0,92$, *Bartletta sfēriskuma tests*=3052,742, $p=0,000$, determinante=2,447. Minimālais faktoru svāra kritērijs bija 0,40, tādēļ iegūtie rezultāti norāda, ka faktoru analīzē izmantotā izlase ir bijusi pietiekama. Bartleta sfēriskuma tests bija statistiski nozīmīgs un norāda uz pietiekami augstu korelācijas nozīmīgumu. Iegūtie trīs faktori bija līdzīgi skalas oriģinālversijai: 1 Faktors – kognitīvi afektīvais, 2 Faktors – pašdestruktīvais un 3 Faktors – somatiskais.

Veicot skalas apgalvojumu reakcijas indeksu analīzi, kopējais Fišera funkcijas lielums bija $F=0,88$. Rezultāti sasniedza 74.8 procentus, kas nozīmē, ka visu skalas apgalvojumu diskriminācijas indeksi iekļaujas optimālajās robežās.

3.2. Aprakstošā statistika, iekšējās saskaņotības un normālā sadalījuma pārbaude

Arī pārējiem pētījumā izmantotajiem instrumentiem, Bērnības traumas aptaujai (BTA) un Disociatīvās pieredzes skalai (DES) tika aprēķināti iekšējās saskaņotības rādītāji, lai pārlicinātos par mainīgo lielumu mērījumu precizitāti. Visu izmantoto instrumentu aprakstošās statistikas un ticamības rādītājus skatīt 2. tabulā. Nevienai no skalām netika konstatēts normāls sadalījums (skat. pētījuma mainīgo sadalījumu pielikumā Nr. 2).

2. tabula. Pētījumā izmantoto instrumentu skalu un apakšskalu aprakstošās statistikas un ticamības rādītāji

| | M | SD | <i>Mdn</i> | Min | Max | Oriģināl- versijas α | Šajā pētījumā izmantotās versijas α |
|------------------------------------|------|------|------------|------|------|-----------------------------------|--|
| Depresija ¹ | 1,05 | 0,76 | 0,85 | 0,00 | 3,45 | 0,80 | 0,95 |
| Suicidalitāte ¹ | 0,31 | 0,74 | 0,00 | 0,00 | 4,00 | - | 0,65 |
| Fiziskā vardarbība ² | 1,14 | 0,29 | 1,00 | 1,00 | 2,78 | 0,95 | 0,82 |
| Emocionālā vardarbība ² | 1,69 | 0,67 | 1,50 | 1,00 | 3,88 | 0,95 | 0,91 |
| Seksuālā vardarbība ² | 1,14 | 0,36 | 1,00 | 1,00 | 4,00 | 0,95 | 0,83 |
| Amnēzija ³ | 0,84 | 1,19 | 0,38 | 0,00 | 7,13 | 0,95 | 0,84 |
| Absorbcija ³ | 2,73 | 1,94 | 2,22 | 0,00 | 9,44 | 0,82 | 0,89 |
| Depersonal./Dereal. ³ | 1,19 | 1,55 | 0,67 | 0,00 | 8,00 | 0,89 | 0,85 |
| Kopējā disociācija ³ | 1,84 | 1,44 | 1,45 | 0,00 | 8,07 | 0,93 | 0,94 |
| Depresija ¹ | 1,71 | 0,93 | 1,70 | 0,00 | 3,80 | 0,90 | 0,93 |
| Suicidalitāte ¹ | 0,80 | 1,17 | 0,00 | 0,00 | 5,00 | - | 0,76 |
| Fiziskā vardarbība ² | 1,71 | 0,93 | 1,22 | 0,00 | 3,80 | 0,95 | 0,88 |
| Emocionālā vardarbība ² | 0,80 | 1,17 | 2,06 | 0,00 | 5,00 | 0,95 | 0,92 |
| Seksuālā vardarbība ² | 1,47 | 0,63 | 1,00 | 1,00 | 3,56 | 0,95 | 0,86 |
| Amnēzija ³ | 2,30 | 0,99 | 0,75 | 1,00 | 5,00 | 0,95 | 0,83 |
| Avsorbcija ³ | 1,33 | 0,64 | 2,89 | 1,00 | 5,00 | 0,82 | 0,89 |
| Depersonal./Dereal. ³ | 1,35 | 1,43 | 0,5 | 0,00 | 7,38 | 0,89 | 0,85 |
| Kopējā disociācija ³ | 3,07 | 2,09 | 1,8 | 0,00 | 8,56 | 0,93 | 0,95 |

¹ EPCD-R skala; ² BTA; ³ DES

Piezīme: Virs viduslīnijas norādīti rezultāti vispārējā respondentu grupā (N=204), bet zem viduslīnijas rezultāti respondentu grupā ar depresiju (N=138).

Visu pētījumā izmantoto skalu un apakšskalu, izņemot suicidalitātes apakšskalu, iekšējās saskaņotības rādītāji abās respondentu grupās bija labi un izmantojami turpmākajos aprēķinos. Suicidalitātes apakšskalas Kronbaha alfa respondentu grupā ar depresiju bija zemāka par vēlamu, tomēr pietiekama turpmāko aprēķinu veikšanai.

3.3. Pamatpētījuma rezultāti

3.3.1. Pētījuma mainīgo atšķirības starp respondentu grupām

Lai atbildētu uz pirmo pētījuma jautājumu “Kādas atšķirības pastāv suicīda mēģinājumu skaitā, suicidalitātes, depresijas simptomu, respondentu norādītās bērnības vardarbības pieredzes un disociatīvo traucējumu simptomu līmenī vispārējā respondentu grupā un respondentu grupā ar diagnosticētu depresiju?” ņemot vērā datu sadalījuma neatbilstību normālam sadalījumam, vidējo rādītāju salīdzinājums starp abām grupām tika veikts, izmantojot Manna-Vitneja U kritēriju (U), divu neatkarīgu grupu salīdzināšanai (3.tabula).

3. tabula. Respondentu grupu aprakstošās un secinošās analīzes rādītāji

| | Vispārējā respondentu grupa (n=204) | | | Respondenti ar diagnosticētu depresiju, (n=138) | | | U |
|-----------------------|---|------|------------|---|------|------------|------------|
| | M | SD | <i>Mdn</i> | M | SD | <i>Mdn</i> | |
| | Suicīda mēģinājumu skaits | 0,14 | 0,62 | 0,00 | 0,59 | 0,78 | |
| Suicidalitāte | 0,31 | 0,74 | 0,00 | 0,80 | 1,17 | 0,00 | 10758,50** |
| Depresija | 1,05 | 0,76 | 0,85 | 1,71 | 0,93 | 1,70 | 8263,00** |
| Fiziskā vardarbība | 1,14 | 0,29 | 1,00 | 1,47 | 0,63 | 1,22 | 8612,50** |
| Emocionālā vardarbība | 1,69 | 0,67 | 1,50 | 2,30 | 0,99 | 2,06 | 8561,00** |
| Seksuālā vardarbība | 1,14 | 0,36 | 1,00 | 1,33 | 0,64 | 1,00 | 11113,50** |
| Amnēzija | 0,84 | 1,19 | 0,38 | 1,35 | 1,43 | 0,75 | 10659,00** |
| Absorbcija | 2,73 | 1,94 | 2,22 | 3,07 | 2,09 | 2,89 | 12804,50 |
| Depersonal. / Dereal. | 1,19 | 1,55 | 0,67 | 1,37 | 1,82 | 0,5 | 13698,00 |
| Kopējā disociācija | 1,84 | 1,44 | 1,45 | 2,17 | 1,67 | 1,8 | 12694,00 |

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

Kā redzams 3. tabulā, starpgrupu attiecību analīze liecina, ka lielākā daļa no pētāmajiem faktoriem grupās nozīmīgi atšķiras.

Salīdzinot ar vispārējo respondentu grupu, pacientu grupā ar diagnosticētu depresiju tika konstatēts augstāks suicīda mēģinājumu skaits ($U=9121,50$, $p<0,001$), suicidalitātes līmenis ($U=10758,50$, $p<0,001$), depresijas simptomu līmenis ($U=8263,00$, $p<0,001$), fiziskās vardarbības pieredzes līmenis ($U=8612,50$, $p<0,001$), emocionālās vardarbības pieredzes līmenis ($U=8561,00$, $p<0,001$), seksuālās vardarbības pieredzes līmenis ($U=11113,50$, $p<0,001$), kā arī augstāks amnēzijas līmenis ($U=10659,00$, $p<0,001$). Savukārt absorbcijas, depersonalizācijas/derealizācijas un kopējais disociatīvo traucējumu simptomu līmenis grupās statistiski nozīmīgi neatšķiras.

3.3.2. Korelāciju analīze starp pētījuma mainīgajiem

Lai atbildētu uz otro pētījuma jautājumu “Kādas ir savstarpējās saistības starp suicīda mēģinājumu skaitu, suicidalitāti, depresijas simptomiem, respondentu norādītās bērnības vardarbības pieredzes veidiem (emocionālā, fiziskā un seksuālā vardarbība) un disociatīvo traucējumu simptomiem (absorbcija, amnēzija un depersonalizācija/derealizācija) vispārējā respondentu grupā un respondentu grupā ar diagnosticētu depresiju?”, tika veikta korelāciju analīze, izmantojot Spīrmena korelācijas koeficientu. Korelāciju analīzes rezultāti ir atainoti 4.tabulā.

Dzimumam tika konstatēta pozitīva saistība tikai ar seksuālo vardarbību ($r_s=0,18$, $p<0,05$) un amnēziju ($r_s=0,18$, $p<0,05$) respondentu grupā ar diagnosticētu depresiju, kas norāda, ka šajā pētījuma grupā sievietes biežāk cieš no seksuālās vardarbības un pieredz disociatīvās amnēzijas simptomus, nekā vīrieši.

Vecumam respondentu grupā ar depresiju tika konstatēta negatīva saistība ar suicidalitāti ($r_s=-0,18$, $p<0,05$), emocionālo vardarbību ($r_s=-0,20$, $p<0,05$), seksuālo vardarbību ($r_s=-0,20$, $p<0,05$), amnēziju ($r_s=-0,18$, $p<0,05$), absorbciju ($r_s=-0,30$, $p<0,01$), depersonalizāciju/derealizāciju ($r_s=-0,32$, $p<0,01$) un kopējo disociatīvo simptomu rādītāju ($r_s=-0,30$, $p<0,01$). Savukārt vispārējā respondentu grupā vecumam tika konstatēta negatīva saistība ar depresijas simptomu rādītāju ($r_s=-0,20$, $p<0,01$), kā arī visiem disociatīvo traucējumu simptomu rādītājiem, izņemot amnēziju, t.i., absorbciju ($r_s=-0,24$, $p<0,01$), depersonalizāciju/derealizāciju ($r_s=-0,21$, $p<0,01$) un kopējo disociācijas traucējumu simptomu rādītāju ($r_s=-0,23$, $p<0,01$). Tas norāda, ka respondentu grupā ar depresiju no suicidalitātes, emocionālās un seksuālās vardarbības, kā arī visiem disociatīvo traucējumu simptomiem, kā arī vispārējā respondentu grupā no depresijas un disociatīvo traucējumu simptomiem, izņemot amnēzijas, vairāk cieš gados jaunāki cilvēki.

4. tabula. Spīrmena korelāciju koeficienti starp pētījuma mainīgajiem vispārējā respondentu grupā (n=204) un respondentu grupā ar depresiju (n=138)

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|---------------------|-------|---------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|
| 1. Dzimums | | 0,16 | 0,00 | -0,15 | -0,14 | -0,03 | 0,01 | 0,18* | -0,18* | -0,11 | -0,13 | -0,16 |
| 2. Vecums | 0,02 | | -0,16 | -0,18* | 0,02 | -0,06 | -0,20* | -0,20* | -0,18* | -0,30** | -0,32** | -0,30** |
| 3. Suicīda mēģ. sk. | -0,09 | -0,07 | | 0,10 | -0,02 | 0,19* | 0,20* | 0,04 | 0,04 | 0,11 | 0,02 | 0,09 |
| 4. Suicidalitāte | -0,13 | -0,08 | -0,02 | | 0,66** | 0,05 | 0,13 | 0,22* | 0,31** | 0,39** | 0,35** | 0,38** |
| 5. Depresija | 0,02 | -0,20** | 0,03 | 0,52** | | 0,08 | 0,09 | 0,11 | 0,23** | 0,27** | 0,18* | 0,24** |
| 6. Fiziskā vard. | -0,10 | 0,06 | 0,13 | 0,13 | 0,15* | | 0,61** | 0,25** | 0,27** | 0,27** | 0,18* | 0,28** |
| 7. Emocionālā vard. | 0,06 | 0,03 | 0,07 | 0,22** | 0,24** | 0,49** | | 0,37** | 0,42** | 0,50** | 0,34** | 0,50** |
| 8. Seksuālā vard. | -0,07 | 0,05 | 0,18* | 0,09 | 0,13 | 0,30** | 0,19** | | 0,20* | 0,21* | 0,18* | 0,21* |
| 9. Amnēzija | -0,02 | -0,13 | 0,07 | 0,08 | 0,28** | 0,20** | 0,28** | 0,04 | | 0,79** | 0,79** | 0,90** |
| 10. Absorbcija | 0,00 | -0,24** | 0,10 | 0,22** | 0,44** | 0,16* | 0,29** | 0,07 | 0,66** | | 0,76** | 0,96** |
| 11. Depers./Dereal. | 0,00 | -0,21** | 0,12 | 0,30** | 0,45** | 0,22** | 0,36** | 0,09 | 0,54** | 0,71** | | 0,85** |
| 12. Kopējā disoc. | 0,00 | -0,23** | 0,11 | 0,23** | 0,46** | 0,16* | 0,32** | 0,08 | 0,75** | 0,96** | 0,80** | |

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

Piezīme: Virs diagonāles norādīta respondentu grupa ar depresiju, zem diagonāles – vispārējā respondentu grupa. Dzimums ievadīts: sievietes 1, vīrieši 0.

Suicīda mēģinājumu skaitam tika konstatēta pozitīva saistība ar fizisko vardarbību ($r_s=0,19$, $p<0,05$) un emocionālo vardarbību ($r_s=0,20$, $p<0,05$) respondentu grupā ar depresiju, savukārt vispārējā respondentu grupā - tikai ar seksuālo vardarbību ($r_s=0,18$, $p<0,05$). Tas nozīmē, ka, jo augstāki ir fiziskās vai emocionālās vardarbības rādītāji, jo augstāks ir suicīda mēģinājumu skaits.

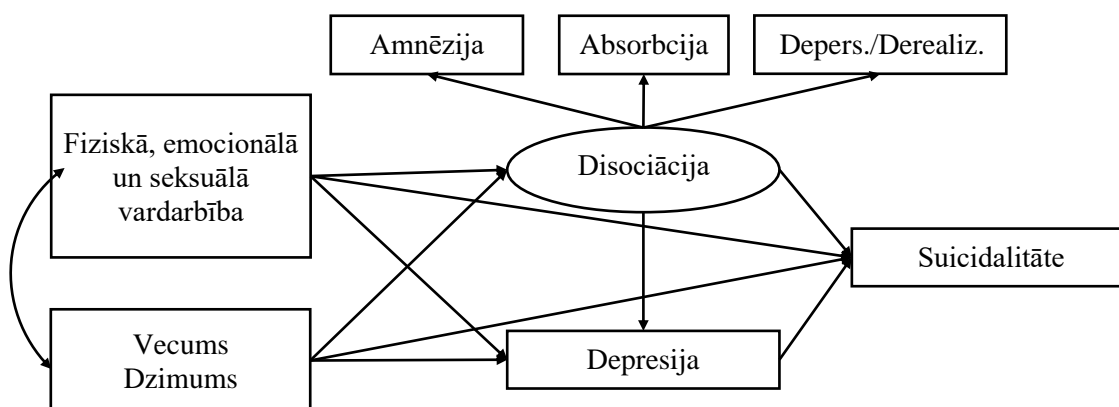
Suicidalitātei respondentu grupā ar depresiju tika konstatēta negatīva saistība ar vecumu ($r_s=-0,18$, $p<0,05$), pozitīva saistība ar depresijas simptomiem ($r_s=0,66$, $p<0,001$), seksuālo vardarbību ($r_s=0,22$, $p<0,05$), amnēziju ($r_s=0,31$, $p<0,001$), absorbciju ($r_s=0,39$, $p<0,001$), depersonalizāciju/derealizāciju ($r_s=0,35$, $p<0,001$) un kopējo disociatīvo traucējumu simptomu rādītāju ($r_s=0,38$, $p<0,001$). Savukārt vispārējā respondentu grupā suicidalitātei tika konstatēta pozitīva saistība ar depresijas simptomiem ($r_s=0,52$, $p<0,01$), emocionālo vardarbību ($r_s=0,22$, $p<0,01$), absorbciju ($r_s=0,22$, $p<0,01$), depersonalizāciju/ derealizāciju ($r_s=0,30$, $p<0,01$) un kopējo disociatīvo traucējumu simptomu rādītāju ($r_s=0,23$, $p<0,01$).

Tāpat arī tika konstatēta savstarpējā saistība starp visiem vardarbības veidiem un disociatīvo traucējumu simptomu veidiem respondentu grupā ar depresiju, savukārt vispārējā respondentu grupā saistība starp seksuālo vardarbību un visiem disociatīvo traucējumu simptomu veidiem netika konstatēta. Vispārējā respondentu grupā tika konstatēta savstarpējā saistība starp pārējiem vardarbības veidiem un disociatīvo traucējumu simptomiem. Ņemot vērā dzimuma un vecuma saistību ar pārējiem pētījuma mainīgajiem, tika pieņemts lēmums tālākajā datu analizē kontrolēt dzimumu un vecumu.

3.3.3. Suicidalitātes prognozēšana

Lai pārbaudītu pirmo hipotēzi “ Depresijas simptomi, respondentu norādītās bērnības vardarbības pieredzes veidi un disociatīvo traucējumu simptomi prognozēs suicidalitāti,” tika veikta strukturālā vienādojumu modelēšana (*Structural equation modeling, SEM*, tālāk tekstā SEM), kontrolējot respondentu dzimumu un vecumu. Tika pārbaudīts un apstiprināts pieņēmums par neatkarīgā un atkarīgo mainīgo lineāro saistību un neatkarīgo mainīgo savstarpējām korelācijām.

Sākotnēji tika hipotētiski pieņemts (skat. 2. attēlu), ka suicidalitāti prognozē depresijas simptomi, vardarbības un disociatīvo traucējumu simptomu veidi, kā arī tika pārbaudīta dzimuma un vecuma ietekme šajos modeļos. Tāpat arī tika hipotētiski pieņemts, ka depresijas un disociācijas traucējumu simptomus varētu prognozēt vardarbības veidi, kā arī to, ka depresijai vai disociācijai varētu būt mediējošs efekts.

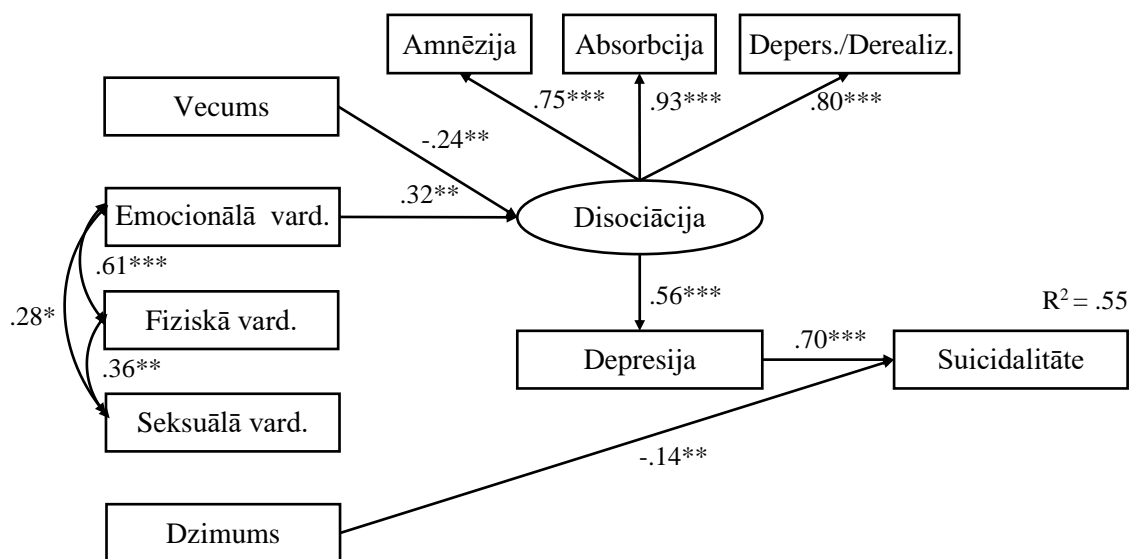


2. attēls. Hipotētiskais SEM modelis, prognozējot suicidalitāti (Bērtule, Sebre, & Koļesovs, 2021)

Modelis tika izvērtēts, izmantojot Satorra-Bentler korekciju (Satorra & Bentler, 1994). Vispārējā respondentu grupā tika konstatēta laba modeļa atbilstība (Hu & Bentler, 1999): $\chi^2(14) = 16,28$, $p = 0,296$, CFI = 0,99, TLI = 0,98, RMSEA = 0,028 (90% CI no 0,000 līdz 0,069, $p = 0,772$), SRMR = 0,025. Skalas korekcijas faktoru vērtība bija 1,45. Nozīmīgākās savstarpējās saistības, faktoru svāri un regresijas koeficienti redzami 3. attēlā.

Respondentu grupā ar depresiju attiecībā uz modeļa atbilstību tika konstatēta lielāka modeļa novirze: $\chi^2(14) = 40,24$, $p = 0,000$, CFI = 0,92, TLI = 0,80, RMSEA = 0,117 (90% CI no 0,078 līdz 0,156, $p = 0,004$), SRMR = 0,031. Pievienojot savstarpējās kļūdu saistības starp amnēziju, absorbciju un depersonalizāciju/derealizāciju, tika iegūts atbilstošs modelis: $\chi^2(12) = 26,19$, $p = 0,010$, CFI = 0,96, TLI = 0,88, RMSEA = 0,085 (90% CI no 0,050 līdz 0,135, $p =$

0,051), SRMR = 0,047. Skalu korekcijas faktors bija 1.30. Nozīmīgākās savstarpējās saistības, faktoru svāri un regresijas koeficienti respondentu grupā ar depresiju redzami 4. attēlā.

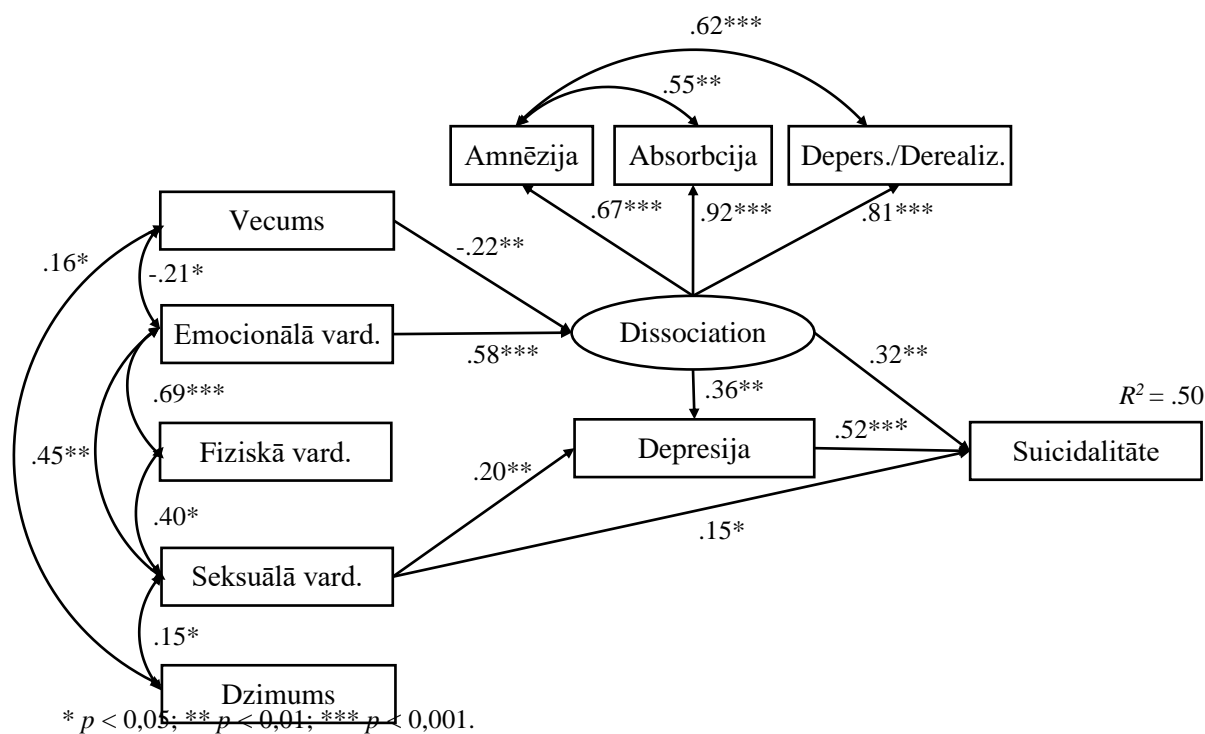


* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < = 0,001$.

3. attēls. Nozīmīgākās saistības, faktoru svāri un regresiju koeficienti vispārējā respondentu grupā ($n = 204$) (Bērtule, Sebre, & Koļesovs, 2021)

Abās grupās tika konstatēts nozīmīgs netiešs disociācijas traucējumu simptomu mediējošais efekts uz suicidalitāti. Standartizētais netiešais efekts bija 0,41 ($z = 3,66, p < 0,001$) vispārējā respondentu grupā un 0,19, ($z = 3,45, p = 0,001$) respondentu grupā ar depresiju. Rezultāti norāda, ka depresijas simptomiem ir pilns mediējošs efekts starp disociācijas traucējumu simptomiem un suicidalitāti vispārējā respondentu grupā un mediējošs efekts grupā ar depresiju.

SEM modelis parādīja kopējas tendences respondentu grupā ar depresiju un vispārējā respondentu grupā. Abās grupās suicidalitāti prognozēja depresijas simptomi (attiecīgi $\beta = 0,70, p < 0,001$ un $\beta = 0,52, p < 0,001$). Disociācijas traucējumu simptomus pozitīvi prognozēja emocionālā vardarbība (attiecīgi $\beta = 0,32, p = 0,001$ un $\beta = 0,58, p < 0,001$) un negatīvi prognozēja vecums (attiecīgi $\beta = -0,24, p = 0,002$ un $\beta = -0,22, p < 0,004$). Abās grupās disociācijas traucējumu simptomi prognozēja depresijas simptomus (attiecīgi $\beta = 0,56, p < 0,001$ un $\beta = 0,36, p < 0,001$).



4. attēls. Nozīmīgākās saistības, faktoru svāri un regresiju koeficienti respondentu grupā ar depresiju ($n = 138$) (Bērtule, Sebre, & Koļesovs, 2021)

Seksuālā vardarbība tieši prognozēja depresiju ($\beta = 0,20$, $p = 0,010$) un suicidalitāti ($\beta = 0,15$, $p = 0,044$) tikai respondentu grupā ar depresiju. Arī disociācija traucējumu simptomi tieši prognozēja suicidalitāti ($\beta = 0,32$, $p = 0,001$) tikai respondentu grupā ar depresiju. Savukārt tikai vispārējā respondentu grupā dzimumam tika konstatēta negatīva saistība ar suicidalitāti ($\beta = -0,14$, $p = 0,008$). Fiziskai vardarbībai tika konstatēta pozitīva saistība ar pārējām vardarbības formām abās respondentu grupās.

3.3.4. Suicīda mēģinājumu prognozēšana

Suicīda mēģinājumu skaita prognozēšanai izveidotie SEM modeļi neatbilda psihometriskajiem rādītājiem. Tādēļ, lai pārbaudītu otro hipotēzi “Depresijas simptomi, suicidalitāte, respondentu norādītās bērnības vardarbības pieredzes veidi un disociatīvo traucējumu simptomi prognozēs suicīda mēģinājumu skaitu,” tika veikta soļu lineārā regresiju analīze. Pirmajā solī tika kontrolēts dzimums un vecums. Tika veikti aprēķini dažādiem hipotētiskajiem modeļiem, ievietojot gan atsevišķos disociatīvo traucējumu simptomus, gan kopējo disociācijas simptomu rādītāju. Tālāk tika aprakstīti tikai regresiju modeļi ar augstāko variācijas prognozes spēju. Regresijas analīzes rezultāti attēloti 5. tabulā.

5. tabula. Lineārās regresiju analīzes rezultāti, prognozējot suicīda mēģinājumu skaitu vispārējā respondentu grupā (n=204) un respondentu grupā ar depresiju (n=138)

| | B | SE | β | t | p |
|--------------------------------|-------|------|---------|--------|-------|
| Vispārējā respondentu grupa | | | | | |
| Dzimums | 0,04 | 0,13 | 0,02 | 0,29 | 0,776 |
| Vecums | -0,01 | 0,00 | -0,10 | -10,62 | 0,107 |
| Suicidalitāte | 0,07 | 0,07 | 0,08 | 0,91 | 0,362 |
| Depresija | -0,05 | 0,08 | -0,06 | -0,61 | 0,543 |
| Fiziskā vardarbība | -0,08 | 0,17 | -0,04 | -0,46 | 0,648 |
| Emocionālā vardarbība | 0,03 | 0,07 | 0,03 | 0,43 | 0,667 |
| Seksuālā vardarbība | 0,85 | 0,11 | 0,50** | 70,63 | 0,000 |
| Amnēzija | 0,10 | 0,05 | 0,20* | 20,27 | 0,024 |
| Absorbcija | -0,03 | 0,03 | -0,08 | -0,75 | 0,452 |
| Depersonal./Derealiz. | 0,03 | 0,04 | 0,08 | 0,87 | 0,383 |
| Respondentu grupa ar depresiju | | | | | |
| Dzimums | 0,40 | 0,33 | 0,02 | 0,25 | 0,800 |
| Vecums | -0,01 | 0,17 | -0,18 | -10,88 | 0,062 |
| Suicidalitāte | 0,13 | 0,01 | 0,20 | 10,69 | 0,094 |
| Depresija | -0,12 | 0,08 | -0,14 | -10,29 | 0,199 |
| Fiziskā vardarbība | 0,13 | 0,09 | 0,11 | 0,89 | 0,373 |
| Emocionālā vardarbība | 0,15 | 0,14 | 0,19 | 10,39 | 0,168 |
| Seksuālā vardarbība | -0,12 | 0,11 | -0,10 | -10,00 | 0,317 |
| Amnēzija | 0,12 | 0,12 | 0,22 | 10,30 | 0,196 |
| Absorbcija | 0,03 | 0,06 | 0,07 | 0,50 | 0,619 |
| Depersonal./Derealiz. | -0,16 | 0,68 | -0,37* | -20,37 | 0,019 |

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

Vispārējā respondentu grupā tika konstatēts, ka suicīda mēģinājumu skaitu prognozē seksuālā vardarbība ($\beta = 0,50$, $p < 0,001$) un amnēzija ($\beta = 0,20$, $p = 0,024$), šim regresiju modelim prognozējot 31% no variācijas ($F(10,193) = 8,72$, $p < 0,001$). Savukārt respondentu grupā ar depresiju tika konstatēts, ka suicīda mēģinājumu skaitu prognozē

depersonalizācija/derealizācija ($\beta = -0,37, p < 0,019$), šim regresiju modelim prognozējot 15% no variācijas ($F(10,128) = 2,168, p < 0,024$).

3.3.5. Klāsteru analīzes rezultāti

Lai pārbaudītu trešo hipotēzi, “Klāsteru analīzes rezultātā respondentu grupā ar diagnosticētu depresiju uzrādīsies disociatīvās depresijas apakšgrupa, kuru raksturos paaugstināti depresijas simptomi, suicīda mēģinājumu skaits, suicidalitātes, respondentu norādītās bērnības vardarbības pieredzes un disociatīvo traucējumu simptomu rādītāji,” tika veikta K-means klāsteru analīze, kuras rezultāti atainoti 7. tabulā.

Analīzes rezultātā tika iegūtas divas grupas, kur pirmajā bija 102, bet otrajā – 36 respondenti. Katras grupas rādītāji tika salīdzināti, izmantojot Manna-Vitneja neparametrisko statistisko analīzi. Respondentiem otrajā grupā tika konstatēti augstāki visi mainīgo vidējie rādītāji, izņemot suicīda mēģinājumu skaitu un fizisko vardarbību.

6. tabula. K-means analīzes rezultāti respondentu grupā ar depresiju un grupu sociodemogrāfiskie rādītāji

| | 1. grupa (<i>n</i> = 102) | | 2. grupa (<i>n</i> = 36) | | <i>U</i> |
|---------------------------------|-------------------------------|---------------|------------------------------|---------------|-----------|
| | <i>M</i> | (<i>SD</i>) | <i>M</i> | (<i>SD</i>) | |
| Vecums | 42,46 | 13,74 | 36,58 | 14,11 | 1277,50* |
| Suicīda mēģinājumu skaits | 0.58 | 0.76 | 0.61 | 0.84 | 1768,50 |
| Suicidalitāte | 0.57 | 0.96 | 1.46 | 1.46 | 1042,00** |
| Depresija | 1.60 | 0.96 | 2.04 | 0.78 | 1258,50* |
| Fiziskā vardarbība | 1.42 | 0.58 | 1.62 | 0.73 | 1532,50 |
| Emocionālā vardarbība | 2.08 | 0.85 | 2.91 | 1.11 | 1037,00** |
| Seksuālā vardarbība | 1.26 | 0.57 | 1.53 | 0.79 | 1248,00* |
| Amnēzija | 0.71 | 0.73 | 3.15 | 1.40 | 154,00** |
| Absorbciija | 2.10 | 1.31 | 5.85 | 1.20 | 51,00** |
| Depersonalizācija/Derealizācija | 0.53 | 0.69 | 3.75 | 1.92 | 86,00** |
| Kopējā disociācija | 1.35 | 0.87 | 4.50 | 1.10 | 4,50** |

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

4. Iztirzājums

4.1. Pamatpētījuma rezultātu iztirzājums

Viens no pētījuma mērķiem bija pārbaudīt savstarpējās saistības starp suicīda mēģinājumu skaitu, suicidalitāti, depresijas simptomiem, bērnībā pieredzētās vardarbības veidiem (fiziskā, emocionālā un seksuālā vardarbība) un disociatīvo traucējumu simptomiem (amnēziju, absorbciju un depersonalizāciju/derealizāciju). Šis pētījums turpina virzienu, kuru savos pētījumos aizsācis Vedats Sars (Sar et al., 2013) attiecībā uz iespējamu depresijas pacientu apakšgrupu, disociatīvo depresiju. Tāpat arī pētījuma mērķis bija pārbaudīt kādā mērā pētījumā iekļautie mainīgie prognozē suicīda mēģinājumu skaitu vai suicidalitāti, kā arī pārbaudīt suicīda mēģinājumu skaita un suicidalitāti mediējošos faktorus. Pētījumā tika iekļautas divas grupas, respondenti ar diagnosticētu depresiju un pētījuma dalībnieki no vispārējās populācijas bez diagnosticētas depresijas, šo abu grupu salīdzinājumam saistībā ar pētījuma mainīgajiem lielumiem.

Atbildot uz pētījuma jautājumu par atšķirībām pētījuma mainīgo vērtībās vispārējā respondentu grupā un respondentu grupā ar diagnosticētu depresiju, tika konstatēts, ka respondentu grupā ar depresiju ir statistiski augstāki visu pētījuma mainīgo vidējie rādītāji, izņemot disociācijas simptomus - absorbciju un depersonalizāciju/ derealizāciju, un kopējo disociāciju. Šos rezultātus iespējams skaidrot no vairākiem skatupunktiem. Disociatīvās depresijas apakšgrupas jēdziena būtība sevī ietver to, ka tikai daļai no pacientiem ar diagnosticētu depresiju ir paaugstināts disociatīvo simptomu līmenis. Tādējādi, iespējams pieļaut, ka depresijas pacientu grupai kopumā, neizdalot atsevišķi disociatīvās depresijas apakšgrupas pacientus, šo apakšskalu vidējais rezultāts ir līdzīgs kā vispārējā respondentu grupā.

No otras puses iespējams arī pieņemt, ka vispārējā respondentu grupā tieši šīs abas disociatīvo simptomu skalas ir paaugstinātas. To varētu skaidrot tādejādi, ka disociāciju ir iespējams konceptualizēt skalā no “normālas” vai nepatoloģiskas disociācijas līdz patoloģiskai disociācijai, jeb disociatīvo traucējumu līmenim (Bernstein & Putnam, 1986). “Normāla” disociācija, it īpaši absorbcijas spēja, nereti ir lietderīga, lai padziļināti iesaistītos kādā darbībā vai uzdevumā. Piemēram, lasot grāmatu vai veicot uzdevumus, attīstīta absorbcijas spēja bērnam var palīdzēt ignorēt traucējošas skaņas un labāk koncentrēties uz uzdevumu. Piemēram, ir konstatēts, ka sportā absorbcijas spēja var palīdzēt izslēgt no apziņas apkārtējos stimulus un sasniegt labākus rezultātus. Tādēļ tiek veikti pētījumi absorbcijas operacionalizēšanai un uzticamu mērījumu instrumentu izveidošanai (Koehn et al., 2017). Toties pārmērīga vai patoloģiska absorbcija vairāk tiek saistīta ar aizsapņošanu (*daydreaming*), un fantazēšanu.

Šādos gadījumos absorbcija var kļūt par aizsardzības mehānismu, palīdzot aizbēgt no grūtībām fantāzijās un iztēlē. Tas savukārt var traucēt risināt šīs grūtības vai problēmas reālajā pasaulē. Savukārt pārējās disociatīvo simptomu formas kalpo kā aizsargmehānisms pret psihotraumējošu pieredzi. Tādējādi, iespējams, ka vispārējā respondentu grupā daļai no respondentiem šajās skalās bija paaugstināti rādītāji dzīves laikā pieredzētas traumējošas situācijas dēļ. Arī citos pētījumos vispārējās populācijas izlasēs ir tikuši iegūti paaugstināti depersonalizācijas un derealizācijas vidējie rādītāji (Hunter, Sierra, & David, 2004; Sar, Alioğlu & Akyuz, 2017). Paaugstināti disociatīvo simptomu rādītāji vispārējā populācijā un psihiatrisko pacientu grupā ar afektīviem traucējumiem ir tikuši iegūti arī pētījumā Itālijā (Mazzotti et al., 2016). Savukārt disociatīvā amnēzija visbiežāk tiek saistīta tieši ar smagu vai kompleksu traumu vai smagas vardarbības pieredzi. Arī šajā pētījumā respondentu grupā ar depresiju, kurā visi respondentu norādītās vardarbības pieredzes rādītāji bija augstāki, nekā vispārējā respondentu grupā, arī amnēzijas līmenis bija augstāks, nekā vispārējā grupā.

Vēl viens skaidrojums līdzīgiem rezultātiem abās pētījuma grupās ir saistīts ar sociokulturālo vidi, kur atsevišķas kultūras, to tradīcijas vai ticējumi var veicināt disociatīvo fenomenu izplatību (Rhoades & Şar, 2006). Piemēram, ASV pētījumā tika pārbaudītas disociatīvo traucējumu atšķirības starp dažādām rasēm un etniskajām grupām (Douglas, 2009). Afroamerikāņu un Āzijas izcelsmes amerikāņu vidū tika konstatēts augstāks disociācijas līmenis, nekā Eiropas izcelsmes amerikāņu vidū, un šīs atšķirības tika sasaistītas ar sociokulturālo kontekstu un atšķirīgu noslieci uz ārējo kontroles lokusu. Disociācijas process dod iespēju emocionāli distancēties no autoritātēm un necīnīties par iespēju kontrolēt situāciju, atdodot situācijas kontroli autoritātēm. Deviņdesmito gadu sākumā tika veikts pētījums Eiropā (Vanderlinden et al., 1996) un konstatēts, ka Ungārijas iedzīvotājiem ir augstāki disociācijas rādītāji, nekā Nīderlandes iedzīvotājiem. Pētnieki izvirzīja pieņēmumu, ka iepriekšējā autoritārā režīma laikā disociācija Ungārijā bija kalpojusi kā izdzīvošanas mehānisms. Arī pētījumā Latvijā tika iegūti līdzīgi rezultāti, kur vispārējā populācijā tika konstatēts būtiski augstāks disociatīvo rādītāju līmenis, nekā Nīderlandē, ASV un Ungārijā (Sebre, 2000).

Lai gan stresa situācijās disociācija var kalpot kā aizsargājoša stratēģija, tā vienlaikus var mazināt vēlmi vai iespēju kontrolēt notikumus savā dzīvē. Savukārt ir konstatēts, ka Latvijas iedzīvotājiem piemīt ārējā kontroles lokusa tendence, kā arī augstāka maģiskā vai mistiskā domāšana, nekā, piemēram, ASV iedzīvotājiem (Kalniņa, 2018; Sarma, 2005). Šie apstākļi varētu būt saistīti ar augstāku disociatīvo simptomu līmeni vispārējā populācijā Latvijā. Epidemioloģiski, reprezentatīvi pētījumi par disociācijas izplatību Latvijā līdz šim nav vēl veikti, un tas būtu rekomendējams pētījumu virziens turpmāk.

Pārbaudot pētījumā iekļauto demogrāfisko suicīda riska faktoru saistību ar suicīda mēģinājumiem un suicidalitāti, tika konstatēts, ka, jo gados jaunāks ir respondents, jo vairāk viņš vai viņa pieredz suicidalas domas un vēlmes. Šis rezultāts ir pretrunā ar iepriekš publicētiem datiem (Westefeld et al., 2015). Šajā respondentu grupā tika konstatēta negatīva saistība arī starp vecumu un respondentu norādīto emocionālo vardarbību, respondentu norādīto seksuālo vardarbību un visiem disociatīvo traucējumu veidiem, tai skaitā kopējo disociāciju. Tāpat arī klāsteru analīzes rezultāti parādīja, ka disociatīvās depresijas respondentu grupā prevalē jaunāki pacienti. Iespējams pieņemt, ka šī ir konkrētās pētījuma izlases īpatnība, kur gados jaunāki respondenti ir norādījuši augstāku vardarbības pieredzes līmeni, kas savukārt paaugstināja disociatīvo traucējumu līmeni šajā apakšgrupā. Vienlaikus nav iespējams izslēgt iespēju, ka gados vecāki pacienti šo pieredzi noliedz, vai arī ir izslēguši no apziņas. Tāpat iespējams pieļaut, ka pastāv citi, šajā pētījumā neiekļauti faktori, kurus būtu jāņem vērā tālākos pētījumos.

Pārbaudot savstarpējās saistības starp pētījuma mainīgajiem, tika konstatēts, ka abās grupās respondentu norādītās bērnības emocionālās un fiziskās vardarbības pieredzes rādītāji bija pozitīvi saistīti ar disociatīvo traucējumu simptomiem, kas saskan ar virkni iepriekšējo pētījumu rezultātiem (Sar, Alioğlu & Akyuz, 2017). Vienlaikus tika konstatēts, ka saistība starp respondentu norādīto seksuālo vardarbību un disociatīvo traucējumu simptomiem vispārējā respondentu grupā nav statistiski nozīmīga.

Šos rezultātus daļēji iespējams skaidrot ar respondentu nepilnīgi norādīto informāciju par seksuālo vardarbību. Latvijā nav pieņemts runāt par seksuālo vardarbību, uzskatot to par apkaunojošu. Papildus Latvijā vēl aizvien pastāv spēcīga sociālā stigma un seksuālās vardarbības upuru vainošana. Tādēļ, iespējams, respondenti nevēlas atklāt šādu pieredzi pat anonīmā formā, sniedzot atbildes internetā. Gadījumā, ja varmāka ir kāds no ģimenes locekļiem, šāda nevēlēšanās vai pat nespēja atcerēties traumējošo pieredzi, saskaņā ar nodevības traumas teoriju, var būt saistīta ar nepieciešamību uzturēt attiecības ģimenē (Freyd, 1994).

Vēl viens izskaidrojums ir saistīts ar pašu disociācijas psihopatoloģiju, kur ir konstatēta saistība starp bērnības seksuālās vardarbības pieredzi un disociatīvo amnēziju (Sar et al., 2014). Tiek pieņemts, ka traumējošā pieredze tiek izslēgta no apziņas, lai nodrošinātu indivīda pēc iespējas normālāku attīstības gaitu. To savukārt var papildināt arī "amnēzija par amnēziju" (Kluft, 1988). Šis fenomens nodrošina ne tikai to, ka no apziņas tiek izstumts pats bērnībā pieredzētās seksuālās vardarbības fakts, bet arī to, ka persona neapzinās savu amnēziju.

Pārsteidzošā kārtā suicīda mēģinājumu skaitam abās respondentu grupās netika konstatēta saistība ar suicidalitāti un kādu no disociācijas simptomu rādītājiem. Tomēr arī to, līdzīgi kā seksuālās vardarbības gadījumā, iespējams skaidrot ar nevēlēšanos atklāt patieso

informāciju. Latvijā pastāv noturīga stigma, uzskatot cilvēkus ar suicīda mēģinājumiem par vājiem vai psihiski slimiem. Savukārt psihiatrijas pacientu vidū Latvijā valda pārliecība, ka patieso suicīda mēģinājumu skaita vai suicīdālu domu atklāšana var radīt to ievietošanu stacionārā, vai arī stacionārā pavadītā laika pagarināšanu. Tādēļ patiesais suicīda mēģinājumu skaits vai suicīdālas domas bieži vien tiek slēptas.

Vedats Sars (2014) savos pētījumos ir konstatējis atšķirības starp informāciju, kas tiek iegūta, izmantojot pašnovērtējuma aptaujas, un to, kuru pacienti atklāj klīniskās intervijās. Klīniskā intervija, no vienas puses, var veicināt pacienta noslēgšanos un nevēlēšanos atklāt informāciju, jo intervija nav anonīma. Tomēr, no otras puses, klīniskās intervijas laikā iespējams nodibināt uzticības pilnas attiecības, kā arī iespējams novērot neverbālo komunikāciju un netiešas pazīmes. Tas savukārt var veicināt padziļinātāku sarunu ar intervējamo, iegūstot atbilstošākus datus. Turpmākos pētījumos būtu vēlams iekļaut arī klīniskās intervijas ar mērķi iegūt ticamākus datus attiecībā uz seksuālās vardarbības pieredzi un suicīda mēģinājumu skaitu. Šajās intervijās būtu nepieciešams iekļaut apliecinājums pacientam, ka viņa atklātība neatstās negatīvas sekas uz stacionēšanas faktu vai ilgumu.

Pētījuma pirmā hipotēze “ Depresijas simptomi, respondentu norādītās bērnības vardarbības pieredzes veidi un disociatīvo traucējumu simptomi prognozēs suicidalitāti” tika apstiprināta. Hipotēzes apstiprināšanai tika veikta strukturālā vienādojumu modelēšana (SEM) gan vispārējā respondentu grupā, gan respondentu grupā ar depresiju.

Saskaņā ar SEM analīzes rezultātiem, prognozējot suicidalitāti, tika konstatētas komplicētas savstarpējās saistības starp respondentu norādītās bērnības vardarbības pieredzi, depresijas simptomiem, disociācijas traucējumu simptomiem un suicidalitāti. Abās pētījuma grupās tika konstatētas līdzīgas tendences attiecībā uz savstarpējām saistībām starp visiem respondentu norādītās bērnības vardarbības pieredzes veidiem. Abos SEM modeļos respondentu norādītās bērnības emocionālās vardarbības pieredze prognozēja disociāciju. Disociācija savukārt abās respondentu grupās prognozēja depresijas simptomus, un respondentu grupā ar depresiju – arī suicidalitāti.

Depresijas simptomiem tika konstatēts pilns mediējošs efekts starp disociāciju un suicidalitāti vispārējā respondentu grupā, kā arī daļēji mediējošs efekts starp disociāciju un suicidalitāti respondentu grupā ar diagnosticētu depresiju. Tādējādi tika iegūts apliecinājums depresijas simptomu augstajam nozīmīgumam suicidalitātes prognozē.

Iegūtie rezultāti norāda uz būtiskām saistībām starp disociāciju un depresiju, vienlaikus norādot uz to, ka depresijas simptomiem bija tiešs prognozējošs efekts uz suicidalitāti. Līdzīgi kā 2016. gada pētījumā, netika konstatēta disociācijas kā mediatora loma starp respondentu

norādītās bērnības vardarbības pieredzi un depresijas simptomiem (Place, Ling, & Patihis, 2016).

Būtiskākās atšķirības tika atklātas vispārējā respondentu grupā, kas norādīja uz to, ka dzimums prognozē suicidalitāti. Šajā grupā vīriešiem biežāk nekā sievietēm, bija suicidālas domas un vēlmes. Tas ir pretrunā ar citiem iepriekšējiem pētījumiem, kuros ir konstatēts, ka sievietēm visbiežāk vairāk un ilgāk ir suicidālas domas un plāni (Schrijvers, Bollen, & Sabbe, 2012). Šos rezultātus vismaz daļēji ir iespējams skaidrot ar relatīvi nelielo respondentu – vīriešu skaitu pētījumā, kas varēja ietekmēt analīzes rezultātus. Turpmākos pētījumos būtu rekomendējams paaugstināt respondentu – vīriešu skaitu.

Otra būtiskākā atšķirība starp grupām saistīta ar seksuālās vardarbības pieredzes lomu. Seksuālā vardarbība respondentu grupā ar depresiju prognozēja gan depresijas simptomus, gan suicidalitāti. Savukārt vispārējā respondentu grupā bērnības seksuālās vardarbības rādītājs (kopā ar disociatīvo amnēziju) prognozēja suicīda mēģinājumu skaitu. Šie rezultāti sakrīt ar pētījumu rezultātiem citās valstīs (Ng, Yong, Ho, Lim, & Yeo, 2018) un apstiprina agrīnas seksuālas vardarbības iespaidu uz psihisko veselību un psihisku traucējumu veidošanos. Seksuālā vardarbība, it īpaši, ja tā ir pieredzēta bērnībā, ir saistīta ar depresiju, kā arī dažādu negatīvu, dezadaptīvu pārlicību veidošanos (Street, Gibson, & Holoha, 2005). Seksuālas vardarbības gadījumā indivīdam var rasties pārlicība, ka cilvēkiem nevar uzticēties. Tāpat arī vardarbības upuriem bieži ir zema pašvērtība un paštēls. Šīs un līdzīgas dezadaptīvas pārlicības var traucēt indivīda veiksmīgu adaptāciju sociālajā vidē (Mętel et al., 2019).

Pētījuma otrā hipotēze “ Depresijas simptomi, suicidalitāte, respondentu norādītās bērnības vardarbības pieredzes veidi un disociatīvo traucējumu simptomi prognozēs suicīda mēģinājumu skaitu” tika apstiprināta. Hipotēzes apstiprināšanai tika veikta regresiju analīze gan vispārējā respondentu grupā, gan respondentu grupā ar depresiju.

Pārbaudot suicīda mēģinājumu skaitu prognozējošos faktorus, tika konstatēts, ka vispārējā respondentu grupā suicīda mēģinājumu skaitu prognozēja respondentu norādītās bērnības seksuālās vardarbības pieredze un disociatīvā amnēzija. Šis rezultāts saskan ar jau iepriekš minēto par amnēzijas saistību ar seksuālas vardarbības pieredzi. Iepriekšējos pētījumos indivīdiem ar bērnības seksuālas vardarbības pieredzi ir konstatēti atmiņu “robi” un no atmiņas “izdzēsti” dzīves posmi, kas saistīti ar traumējošo notikumu (Sar, Alioğlu, Akyuz, & Karabulut, 2014). Traumējošo atmiņu izslēgšana no apziņas var palīdzēt indivīdam salīdzinoši normāli attīstīties, adaptēties un funkcionēt sociālajā vidē. Tomēr nespēja kaut ko atcerēties var būt distresa avots pats par sevi. Arī dezorganizētas atmiņu daļas, kuras disociatīvo traucējumu dēļ nav integrētas vispārējā dzīves pieredzē var radīt adaptācijas traucējumus un ciešanas. Šādas atmiņu daļas var nekontrolējami uzplaksnīt atmiņā vai arī atkārtoti tikt “pieredzētas” nakts

murgos. Gadījumā, ja indivīds ir izslēdzis notikumu no savas apziņas un nespēj izskaidrot atmiņu uzplaisnījumu vai nakts murgu avotu, tas var radīt īpašu distresu. Distress savukārt var provocēt suicidālas domas vai uzvedību. Šī pētījuma rezultāti norāda, ka tālākos pētījumos, kā arī klīniskajā praksē, izvērtējot suicīda risku vispārējā populācijā, ir būtiski pievērst īpašu vērību iespējamai bērības vardarbības pieredzei, kā arī ņemt vērā disociatīvās amnēzijas iespējamo ietekmi apziņas procesos.

Suicidalitātes un suicidālas uzvedības un disociācijas saistību iespējams apskatīt no Suicīda starppersonu teorijas (van Orden et al., 2010) skatupunkta. Šajā teorijā viens no suicīda mēģinājuma priekšnosacījumiem ir baiļu no nāves vai baiļu no suicīda veikšanas mazināšanās. Bailes no nāves ir dabiskas bailes, kuras pamatojas izdzīvošanas instinktā. Ilgstoši domājot par suicīdu un tā veikšanu var mazināties bailes no tā. Vienlaikus, pārdomājot suicīda iespēju, var paaugstināties atvieglojums, ja persona saskata suicīdu kā iespēju aizbēgt no problēmām. Vairāku atkārtotu suicīda mēģinājumu rezultātā bailes var mazināties vēl vairāk.

Šī pētījuma kontekstā jāņem vērā arī disociatīvie procesi, kas var veicināt baiļu samazināšanos. Disociatīvo procesu mērķis ir psiholoģiski atdalīt indivīdu no pārmērīgām emocionālām vai fiziskām sāpēm, kas tiek pieredzētas traumējošās situācijas laikā. Sastopoties ar subjektīvi “nepārvarami” sāpīgu situāciju, disociācijas procesi var radīt emociju notrulināšanos. Tas savukārt samazina dabiskās bailes no sāpēm vai nāves. Pastāv arī hipotēze, ka disociatīvie simptomi personai var radīt izjūtu, ka ir zudusi kontrole pār savu dzīvi, tādēļ suicidālas domas vai uzvedība var tikt izmantota, lai atgūtu kontroles sajūtu (Briere & Eadie, 2016; Keefe, Hetzel-Riggin, & Sunami, 2020). Tādējādi pētījuma rezultāti norāda uz to, ka, ja indivīdam ar bērības vardarbības pieredzi ir attīstījušās disociatīvas tendences, tad viņš vai viņa varētu veiksmīgāk pārvarēt bailes no sāpēm un nāves, kas varētu veicināt pievēršanos suicidālām domām un uzvedībai.

Līdzīgi kā citos pētījumos (Scheuer et al., 2018) arī šajā pētījumā respondentu grupā ar depresiju respondentu norādītās bērības seksuālās vardarbības pieredze tieši prognozēja depresijas simptomus, kas netika novērots vispārējā respondentu grupā. Vienlaikus salīdzinoši nelielais pētījuma respondentu skaits, kas norādīja uz bērības seksuālās vardarbības pieredzi, kā arī pētījuma šķērsriezuma dizains neļauj izdarīt vispārinātus secinājumus par šo pētījuma mainīgo saistībām un iespējamajām cēloņsakarībām.

Respondentu grupā ar diagnosticētu depresiju savukārt tika konstatēts, ka augstāks depersonalizācijas/derealizācijas rādītājs prognozēja zemāku suicīda mēģinājumu skaitu. Tāpat arī tendenču līmenī augstāku suicīda mēģinājumu skaitu prognozēja augstāks suicidalitātes līmenis, kas atbilst citos pētījumos iegūtajiem rezultātiem (piemēram, McHugh, Corderoy, Ryan, Hickie, & Large, 2019; Rogers, Ringer, & Joiner, 2018). Rezultātus attiecībā uz

depersonalizācijas un derealizācijas prognostisko spēju iespējams skaidrot dažādi. Iespējams, ka depersonalizācijas un derealizācijas simptomi kalpo kā izdzīvošanas mehānisms, indivīdam distancējoties no savām negatīvajām domām un izjūtām vai arī apkārtējās vides negatīvās ietekmes. Dažkārt to apraksta kā “sevis vērošanu no malas.” Šādā gadījumā var veidoties emocionāls nejutīgums un mazināties spēja emocionāli reaģēt uz notiekošo. Attiecīgi var mazināties arī izjusto ciešanu līmenis, pazeminot vēlmi “aizbēgt” no ciešanām un veikt suicīdu. No otras puses, depersonalizācijas un derealizācijas simptomi var radīt sajūtu, ka indivīds nespēj kontrolēt savu ķermeni vai darbības, kas savukārt varētu kavēt suicīda veikšanas spēju. Šajā kontekstā interesants ir 2018. gada pētījums, kurā tika analizēta depersonalizācijas saistība ar suicidālām domām. Tāpat arī iespējams pieņemt, ka depresijas laikā pieredzētās suicidālās domas un iekšējā cīņa starp bailēm no nāves un vēlmi veikt suicīdu rada papildus distresu, kas kalpo kā “palaidējmehānisms” disociatīviem simptomiem. Turpmāk būtu vēlams turpināt pētījumus šajā jomā, lai labāk izprastu suicīda mēģinājumu un depersonalizācijas/derealizācijas saistību.

Lai pārbaudītu trešo pētījuma hipotēzi “ Klāsteru analīzes rezultātā respondentu grupā ar diagnosticētu depresiju uzrādīsies disociatīvās depresijas apakšgrupa, kuru raksturo paaugstināti depresijas simptomi, suicīda mēģinājumu skaits, suicidalitātes, respondentu norādītās bērnības vardarbības pieredzes un disociatīvo traucējumu simptomu rādītāji,” tika veikta klāsteru analīze respondentu grupā ar depresiju. Klāsteru analīzes rezultāti sniedz papildu apstiprinājumu depresijas disociatīvā apakštipa pastāvēšanai. Šo depresijas apakštipu raksturo augstāks suicidalitātes, depresijas simptomu, visu disociatīvo traucējumu simptomu un kopējās disociācijas simptomu rādītājs, kā arī augstāks respondentu norādītās emocionālās un seksuālās vardarbības rādītājs. Šie rezultāti saskan ar līdzīgu pētījumu rezultātiem, kuros tika izvirzīta hipotēze par disociatīvās depresijas apakštipa pastāvēšanu, kuru tai skaitā varētu raksturot arī medikamentozā rezistence (Calati et al., 2017; Parlar et al., 2016; Şar, Akyüz, Oztürk, & Alioğlu, 2013). Disociatīvās depresijas apakšgrupas pastāvēšana arī daļēji varētu izskaidrot diagnosticētu atmiņas traucējumu esamību, kas konstatēta daļai depresijas pacientu. (Sogutlu & Alaca, 2019). Pētījums apstiprina, ka šajā apakšgrupā ir augstāks atmiņas traucējumu (disociatīvās amnēzijas) līmenis, kas var būt radies bērnības seksuālās vai emocionālas vardarbības pieredzes rezultātā

Pārsteidzoši, tomēr suicīda mēģinājumu skaits statistiski nozīmīgi starp klāsteriem neatšķirās. Līdzīgi kā iepriekš, arī šeit rezultātus varētu skaidrot ar patieso suicīda mēģinājumu skaita neatklāšanu ar mērķi izvairīties no nepatīkamām sekām (ilgākas stacionēšanas) vai stigmas. Tomēr šos rezultātus var skaidrot arī kopsakarībā ar iepriekš aprakstītajiem rezultātiem par depersonalizācijas/derealizācijas prognostisko spēju attiecībā uz suicīda mēģinājumu skaitu.

Ņemot vērā to, ka disociatīvās depresijas apakšgrupā ir paaugstināts disociatīvo traucējumu simptomu līmenis, iespējams pieņemt, ka paaugstinātā depersonalizācijas/derealizācijas simptomi pazemina spēju vai motivāciju veikt suicīda mēģinājumu. Šī iemesla dēļ vidējais disociatīvās depresijas apakšgrupas suicīda mēģinājumu skaits varētu būt līdzīgs kā respondentu ar depresiju grupā bez paaugstinātas disociācijas.

Arī respondentu norādītās fiziskās vardarbības rādītāji abos klāsteros statistiski neatšķīrās, kas varētu norādīt uz to, ka fiziskās vardarbības pieredzei nav nozīmīga loma disociatīvās depresijas apakšgrupas veidošanās procesos. Saistības trūkums starp fizisko vardarbību un disociatīvajiem traucējumiem ir ticis konstatēts arī iepriekš (Sar et al., 2013), tomēr tos būtu rekomendējams padziļināti analizēt turpmākos pētījumos.

4.2. Pētījumā adaptēto un izveidoto metožu ticamība un validitāte

Šī promocijas darba izstrādes laikā pilotpētījuma ietvaros tika adaptēta Epidemioloģijas Pētījumu Centra Depresijas skala, EPCD-R (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CESD)*), publicējot skalas adaptācijas rezultātus (Bērtule, & Melne, 2018). Skala ir viens no visplašāk izmantotajiem instrumentiem depresijas epidemioloģijas pētījumos, tādēļ tās adaptācija latviešu valodā ir nozīmīga, jo tās izmantošana pētījumos ļaus plašāk salīdzināt iegūtos rezultātus ar līdzīgiem pētījumiem ārvalstīs. Tāpat arī skalu iespējams izmantot depresijas skrīningam klīniskā vidē.

EPCD-R latviešu valodas versijai, līdzīgi kā oriģinālajā skalas versijā (Radloff, 1977; Eaton, Muntaner, Smith, Tien, & Ybarra, 2004) tika konstatēts labs kopējais ticamības rādītājs, augsta iekšējā saskaņotība, kas ir tuvu oriģinālam, laba skalas konverģentā validitāte ar Latvijā adaptētās Ahenbaha pieaugušo pašnovērtējuma anketas afektīvo traucējumu skalu. Tādējādi tika konstatēts, ka skalu iespējams izmantot gan pētījumam, gan skrīninga nolūkiem.

Arī pārējiem izmantotajiem instrumentiem, kas ir Latvijā adaptēti un izmantoti jau iepriekš, *Bērnības traumas aptaujai, BTA (Childhood Trauma Questionnaire (CTQ))* un *Disociatīvās pieredzes skala, DPS (Dissociative Experience Scale (DES))* un to apakšskalām šī pētījuma ietvaros tika konstatēti labi iekšējās saskaņotības rādītāji. Šī pētījuma ietvaros tika konstatēts, ka Disociatīvās pieredzes skalas sākotnējās adaptācijas latviešu valodā apgalvojumi nav pilnībā saprotami respondentiem. Tādēļ tika pieņemts lēmums tos mainīt. Lai pārbaudītu izmainītās skalas iekšējo saskaņotību, tika veikts pilotpētījums. Pilotpētījuma rezultāti apstiprināja skalas atbilstību psihometriskajiem rādītājiem.

Līdz ar to iespējams secināt, ka visi pētījumā izmantotie instrumenti atbilst psihometriskiem kritērijiem, un tos ir iespējams izmantot tālākos pētījumos.

4.3. Praktiskais pielietojums

Šī pētījuma rezultāti sniedz nozīmīgu ieguldījumu suicīda riska skrīningam gan depresijas pacientu grupā, gan vispārējā populācijā. Tas ir īpaši nozīmīgi, ņemot vērā nesenās metaanalīzes secinājumus (Franklin et al., 2017) par nepieciešamību izveidot dažādus suicīda riska izvērtēšanas riskus dažādām populācijas grupām. Suicīda riska skrīningā pacientiem ar diagnosticētu depresiju disociatīvie traucējumi un simptomi kā suicīda risku paaugstinošs faktors līdz šim nav tikuši pietiekami novērtēti un izmantoti.

Šī ir problēma, uz kuru norāda disociācijas eksperti pasaules mērogā, bet informētības trūkums par disociācijas nozīmīgumu variē dažādās valstīs. Šis pētījums var kalpot kā iespēja padziļināt izpratni par disociatīvajiem traucējumiem un to ietekmi uz depresiju un suicidalitāti.

Iegūtos rezultātus iespējams izmantot tālākā pētniecībā. Pirmkārt, ņemot vērā paaugstinātos disociācijas simptomu rādītājus respondentu grupā bez depresijas, būtu ieteicams veikt reprezentatīvu epidemioloģisko pētījumu ar mērķi noteikt disociatīvo traucējumu un simptomu izplatību un līmeni vispārējā populācijā Latvijā. Vēlams arī turpināt pētījumus plašākā klīniskajā grupā, paplašinot pētāmo faktoru loku un pārbaudot to savstarpējo saistību un saistību ar suicidalitāti un suicīda mēģinājumiem. Tāpat arī būtu vēlams pārbaudīt disociatīvās apakšgrupas pastāvēšanas iespējamību citos psihisko traucējumu veidos, piemēram, šizofrēnijas pacientiem, pēctraumas stresa traucējumu, robežstāvokļa personības traucējumu gadījumos.

Pētījuma rezultāti klīniskajā jomā norāda uz nepieciešamību ņemt vērā un izvērtēt arī bērnības vardarbības pieredzes, it īpaši seksuālās un emocionālās vardarbības pieredzi, un disociācijas simptomus. Tas ir īpaši svarīgi, izvērtējot pacientus ar depresiju un ar suicidalitātes un suicīda mēģinājumu risku.

Disociatīvo traucējumu un simptomu diagnostikā noderīga ir šī promocijas pētījuma laikā latviešu valodā adaptētā Disociācijas daudzdimensionālā aptauja, sestā versija (DDA-6) (Bērtule, & Koļesovs, 2019), kuras 23 diagnostiskās skalas aptver pilnu disociatīvo simptomu spektru. Tāpat arī pētījuma laikā adaptētā Epidemioloģijas pētījumu centra depresijas skala (EPCD-R skala) (Bērtule, & Melne, 2018) sniedz praktisko pienesumu Latvijas garīgās veselības speciālistiem. EPCD-R skalu iespējams izmantot gan depresijas skrīninga nolūkos, gan pētījumos. Šīs skalas plašais pielietojums pasaules mērogā ļaus Latvijas pētnieku īstenotos pētījumus salīdzināt ar līdzīgiem pētījumiem ārpus Latvijas robežām.

Pētījuma rezultātus iespējams izmantot arī, lai atpazītu disociatīvos simptomus terapijā ar klientiem vai pacientiem ar depresiju, it īpaši rezistentas depresijas gadījumā. Jau iepriekš zinātniskajā literatūrā ir izteikta doma, ka speciālistiem, kas strādā ar pacientiem ar depresiju

būtu nepieciešams regulāri pārbaudīt patoloģiskas disociācijas klātesamību, kas varētu slēpties aiz depresijas simptomiem (Fung et al., 2020). Atpazīstot disociatīvos simptomus, ir iespējams uzsākt intervenci, kas ir tieši vērsta uz disociatīvo simptomu samazināšanu (Şar, Akyüz, Öztürk, & Alioğlu, 2013). Disociatīvās depresijas apakšgrupas pacientiem tas varētu palīdzēt veiksmīgāk mazināt depresijas simptomus un uzlabot vispārējo stāvokli.

4.4. Pētījuma ierobežojumi un turpmākās pētniecības virzieni

Šī pētījuma rezultāti neļauj izdarīt būtiskus secinājumus par iespējamo depresijas un disociācijas cēloņsakarību ar bērnības vardarbības pieredzi un minēto mainīgo saistību ar suicidalitāti, jo šis pētījums tika veidots kā šķērsriezuma pētījums.

Tāpat jāņem vērā apstākļi, ka pašnovērtējuma instrumenti, it īpaši retrospektīvie instrumenti, var veicināt neprecīzu pagātnes atmiņu un šībrīža notikumu interpretāciju, kas var ietekmēt pētījuma rezultātus. Pētījuma rezultātus varētu ietekmēt arī Latvijā valdošā stigma attiecībā uz suicīda mēģinājumiem un seksuālo vardarbību. Kauns un bailes no iespējamā nosodījuma var mazināt respondentu atklātību par seksuālo vardarbību. Savukārt depresijas pacientu vidū bieži vien valda pārliecība, ka patiesā suicīda mēģinājumu skaita atklāšana, kā arī atklāta saruna par to, ka viņi šajā brīdī domā par suicīdu, var izraisīt ilgāku uzturēšanos stacionārā.

Tādēļ turpmākajos pētījumos būtu vēlams iekļaut empātiskas un iedrošinošas klīniskās intervijas, kuru laikā tiku mazinātas bailes no negatīvām sekām. Klīniskās intervijas ļautu iegūt pilnīgāku informāciju par suicīda mēģinājumu skaitu, vardarbības pieredzi, kā arī iepriekšēju stacionēšanas pieredzi, skaitu, medikamentozās terapiju vai psihoterapijas pieredzi.

Tāpat arī būtu vēlams Latvijā veikt plašāku reprezentatīvu epidemioloģisko pētījumu ar mērķi iegūt pilnīgākus datus par disociācijas izplatību Latvijā. Šos datus būtu vēlams apskatīt saistībā ar citiem riska faktoriem, piemēram, sugestējamību, temperamentu un citām personības iezīmēm. Papildus ieguvumus varētu sniegt informācijas iegūšana par ģimenes vēsturi, piemēram, represijām un citām traumējošām situācijām, kas varētu ietekmēt patoloģiskas disociācijas veidošanos. Turpmākos pētījumos būtu vēlams iekļaut arī salīdzinājumu ar līdzīgiem pētījumiem citās kultūrās.

Ņemot vērā šī pētījuma rezultātus attiecībā uz depersonalizācijas/derealizācijas simptomu prognostisko spēju, būtu vēlams veikt tālākus pētījumus šajā jomā. Pētījumus būtu rekomendējams veikt lielākā izlasē, papildināt pētāmo faktoru loku, kā arī izmantot klīniskās intervijas, lai labāk izprastu depersonalizācijas/derealizācijas simptomu ietekmi.

Vēl viens pētījuma ierobežojums bija zemā respondentu-vīriešu daļa pētījuma izlasē. Turpmākos pētījumos būtu rekomendējams vispārīgi paaugstināt respondentu skaitu un nodrošināt pēc iespējas līdzsvarotāku vīriešu reprezentāciju pētījuma izlasē.

4.5. Galvenie secinājumi

Pētījuma empīriskās daļas rezultāti ļauj izdarīt sekojošus galvenos secinājumus:

1. Respondentu grupā ar depresiju bija statistiski augstāki visu pētījuma mainīgo vidējie rādītāji, izņemot absorbciju un depersonalizāciju/ derealizāciju.
2. Mainīgo savstarpējās saistības:
 - a. Suicīda mēģinājumu skaitam:
 - i. tika konstatēta pozitīva saistība ar respondentu norādītās fiziskās un emocionālās vardarbības rādītājiem respondentu grupā ar depresiju;
 - ii. tika konstatēta pozitīva saistība ar respondentu norādītās seksuālās vardarbības rādītājiem vispārējā respondentu grupā
 - b. Suicidalitātei:
 - i. tika konstatēta pozitīva saistība ar depresijas simptomiem, absorbciju, depersonalizāciju/derealizāciju un kopējo disociatīvo traucējumu simptomu rādītāju abās grupās;
 - ii. tika konstatēta negatīva saistība ar vecumu un pozitīva saistība ar respondentu norādītās seksuālās vardarbības un amnēzijas rādītājiem respondentu grupā ar depresiju;
 - iii. tika konstatēta pozitīva saistība ar respondentu norādītās emocionālās vardarbības rādītāju vispārējā respondentu grupā.
 - c. Suicīda mēģinājumu skaitam netika konstatēta saistība ar suicidalitāti vai kādiem no disociācijas simptomu rādītājiem abās respondentu grupās.
 - d. Respondentu norādītās bērnības emocionālās un fiziskās vardarbības rādītāji bija saistīti ar disociatīvo traucējumu simptomiem abās respondentu grupās.
 - e. Respondentu norādītās seksuālās vardarbības rādītāji bija saistīti ar disociatīvo traucējumu simptomiem respondentu grupā ar diagnosticētu depresiju.
3. Suicīda mēģinājumu un suicidalitāti prognozējošie mainīgie:
 - a. Respondentu norādītās emocionālās vardarbības pieredze un jaunāks respondentu vecumu prognozēja disociāciju abās respondentu grupās.
 - b. Disociācija traucējumu simptomi prognozēja depresijas simptomus abās respondentu grupās.

- c. Disociācijas traucējumu simptomi prognozēja suicidalitāti respondentu grupā ar depresiju.
4. Mediācijas efekts:
 - a. Depresijas simptomiem tika konstatēts pilns mediējošs efekts starp disociācijas traucējumu simptomiem un suicidalitāti vispārējā respondentu grupā.
 - b. Depresijas simptomiem tika konstatēts daļēji mediējošs efekts starp disociācijas traucējumu simptomiem un suicidalitāti respondentu grupā ar diagnosticētu depresiju.
5. Respondentu grupā ar diagnosticētu depresiju tika konstatēta apakšgrupa, kuru raksturo augstāks suicidalitātes, depresijas simptomu, visu disociatīvo simptomu un kopējās disociācijas, kā arī augstāks respondentu norādītās emocionālās un seksuālās vardarbības rādītājs, kas sniedz papildus apstiprinājumu disociatīvās depresijas apakštipa pastāvēšanai.
6. Promocijas darba izstrādes laikā pilotpētījuma ietvaros adaptētajai Epidemioloģijas Pētījumu Centra Depresijas skalai, EPCD-R (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CESD)*) tika konstatēts labs kopējais ticamības rādītājs, augsta iekšējā saskaņotība, laba skalas konverģentā validitāte ar Latvijā adaptētās Ahenbaha pieaugušo pašnovērtējuma anketas afektīvo traucējumu skalu. Skalu iespējams izmantot gan pētījumu, gan skrīninga nolūkiem.

Nobeigums

Šī pētījuma rezultāti saskan ar iepriekšējo pētījumu rezultātiem attiecībā uz saistībām starp depresiju, disociācijas traucējumu simptomiem un bērnības vardarbības pieredzi. Tas arī papildina esošo izpratni par saistībām starp depresiju, disociācijas traucējumu simptomiem, bērnības vardarbības pieredzi un suicīda mēģinājumu risku un suicidalitāti gan vispārējā respondentu grupā, gan grupā ar diagnosticētu depresiju.

Pētījumā tika konstatēts, ka respondentu grupā ar diagnosticētu depresiju bija augstāks visu veidu respondentu norādītās vardarbības (fiziska, emocionāla, seksuāla) pieredzes līmenis, kā arī augstāks disociatīvo traucējumu simptomu (amnēzija, depersonalizācija/derealizācija) līmenis, nekā grupā bez depresijas. Visi pētītie vardarbības veidi un disociatīvie traucējumi bija saistīti savā starpā.

Būtisks pētījuma pienesums ir tas, ka respondentu grupā ar depresiju tika apstiprināta disociatīvās depresijas apakštipa pastāvēšana. Šo apakštipu raksturo augstāks suicidalitātes, depresijas simptomu, visu disociatīvo traucējumu simptomu un kopējo disociācijas traucējumu simptomu rādītāji, kā arī augstāks respondentu norādītās emocionālās un seksuālās vardarbības rādītājs. Respondentu grupā ar depresiju tieši disociācijas simptomi prognozēja suicidalitāti, bet

abās grupās – arī depresijas simptomus. Abās grupās arī tika konstatēts, ka respondentu norādītās emocionālās vardarbības pieredze jaunākiem respondentiem prognozēja disociācijas traucējumu simptomus.

Šie rezultāti ļauj secināt, ka bērnības vardarbības pieredzei un disociācijas simptomiem ir jāpievērš pienācīgā uzmanība suicīda riska prevencijā, kas īpaši attiecināms uz depresijas pacientu grupu. Esošais suicīda riska faktoru saraksts būtu jāpapildina ar disociācijas simptomiem. Darbā ar pacientiem ar depresiju un pacientiem ar suicīda mēģinājumiem būtu regulāri jāveic disociatīvo traucējumu simptomu skrīnings un jāizvērtē bērnības vardarbības pieredze.

Pētījumi ir pierādījuši, ka dažādu kultūru un etnisko grupu tradīcijas un uzskati var veicināt disociācijas veidošanos. Tādēļ saistības starp pētījumā apskatītajiem faktoriem būtu vēlams sīkāk pārbaudīt arī citās kultūrās un etniskajās grupās. Tālākie pētījumi būtu jāvērš arī uz disociatīvās depresijas terapijas efektivitāti, fokusējoties uz disociatīvo simptomu samazināšanu pacientiem ar depresiju.

Izmantotās literatūras un avotu saraksts

- Abreu, P. R., & Santos, C. E. (2008). Behavioral models of depression: A critique of the emphasis on positive reinforcement. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 4*(2), 130–145. <https://doi.org/10.1037/h0100838>.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms, & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Alayarian, A. (2011). *Trauma, torture and dissociation: A psychoanalytic view*. London, Karnac Books.
- Andrijić, N. L., Alajbegović, A., & Loga-Zec S. (2013). Comorbidity of depression in neurologic patients. *Medicinski žurnal, 19* (4), 286 – 291.
- Antypa, N., Souery, D., Tomasini, M., Albani, D., Fusco, F., Mendlewicz, J., & Serretti, A. (2015). Clinical and genetic factors associated with suicide in mood disorder patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 266*(2), 181–193. <https://doi.org/10.1007/s00406-015-0658-1>.
- Antypa, N., Serretti, A., & Rujescu, D. (2013). Serotonergic genes and suicide: A systematic review. *European Neuropsychopharmacology, 23*(10), 1125–1142. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2013.03.013>.
- Arnau-Soler, A., Adams, M. J., Clarke, T.-K., MacIntyre, D. J., Milburn, K., Navrady, L., Hayward, C., McIntosh, A., & Thomson, P. A. (2019). A validation of the diathesis-stress model for depression in Generation Scotland. *Translational Psychiatry, 9*(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-018-0356-7>.
- Arseneault, L., Cannon, M., Fisher, H. L., Polanczyk, G., Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2011). Childhood trauma and children's emerging psychotic symptoms: A genetically sensitive longitudinal cohort study. *American Journal of Psychiatry, 168*(1), 65–72. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10040567>.
- Assari, S. (2018). Multiplicative effects of social and psychological risk factors on college students' suicidal behaviors. *Brain Sciences, 8*(5), 91. <https://doi.org/10.3390/brainsci8050091>.
- Bailey, T. D., & Brown, L. S. (2020). Complex trauma: Missed and misdiagnosis in forensic evaluations. *Psychological Injury and Law, 13*(2), 109–123. <https://doi.org/10.1007/s12207-020-09383-w>.
- Beck, A. T., & Bredemeier, K. (2016). A unified model of depression. *Clinical Psychological Science, 4*(4), 596–619. <https://doi.org/10.1177/2167702616628523>.

- Becker-Blease, K. A. (2013). *Imagination and dissociation across the life span*. In M. Taylor (Ed.), *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of the development of imagination* (489–498). Oxford University Press.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., & Foote, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry, 151* (8), 1132-1136.
- Bernstein, E., & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease, 174*(12), 727–735.
<https://doi.org/10.1097/00005053-198612000-00004>.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect, 27*(2), 169–190. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00541-0).
- Bērtule, M. (2014). Depresijas, traumass pieredzes un disociācijas saistība pacientiem ar diagnosticētu depresiju un psihiski veselīgiem cilvēkiem. Maģistra darbs, aizstāvēts LU 2014. gadā.
- Bērtule, M., Koļesovs, A. (2019). Disociācijas daudzdimensionālās aptaujas sestās versijas (DDA-6) adaptācija latviešu valodā. *Baltic Journal of Psychology, 20* (1/2), 137-153.
- Bērtule, M., Melne, I. (2018). Epidemioloģijas pētījumu centra depresijas skalas (EPCD-R) latviešu valodas versijas adaptācija. *Baltic Journal of Psychology, 19*(1/2), 88-99.
- Bertule, M., Sebre, S. B., Kolesovs, A. (2021). Childhood abuse experiences, depression and dissociation symptoms in relation to suicide attempts and suicidal ideation. *Journal of Trauma, & Dissociation, 1*–17. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1869652>.
- Blumenthal, S. J., & Kupfer, D. J. (1988). Overview of early detection and treatment strategies for suicidal behavior in young people. *Journal of Youth and Adolescence, 17*(1), 1–23.
<https://doi.org/10.1007/bf01538721>.
- Bob, P., Fedor-Freybergh, P., Jasova, D., Bizik, G., Susta, M., Pavlat, J., Zima, T., Benakova, H., & Raboch J. (2008). Dissociative symptoms and neuroendocrine dysregulation in depression. *Medical Science Monitor, 14*(10).
- Bolton, D., Hill, J., O’Ryan, D., Udwin, O., Boyle, S., & Yule, W. (2004). Long-term effects of psychological trauma on psychosocial functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*(5), 1007–1014. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.t01-1-00292.x>.
- Boysan, M., Goldsmith, R. E., Çavuş, H., Kayri, M., & Keskin, S. (2009). Relations among anxiety, depression, and dissociative symptoms: The influence of abuse subtype. *Journal of Trauma & Dissociation, 10*(1), 83–101. <https://doi.org/10.1080/15299730802485185>.

- Brand, B. L., Classen, C. C., McNary, S. W., & Zaveri, P. (2009). A review of dissociative disorders treatment studies. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 197*(9), 646–654. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e3181b3afaa>.
- Briere, J., & Eadie, E. M. (2016). Compensatory self-injury: Posttraumatic stress, depression, and the role of dissociation. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 8*(5), 618–625. <https://doi.org/10.1037/tra0000139>.
- Briere, J., Weathers, F. W., & Runtz, M. (2005). Is dissociation a multidimensional construct? Data from the Multiscale Dissociation Inventory. *Journal of Traumatic Stress, 18*(3), 221–231. <https://doi.org/10.1002/jts.20024>.
- Brown, R. J. (2006). Different Types of “Dissociation” Have Different Psychological Mechanisms. *Journal of Trauma & Dissociation, 7*(4), 7–28. https://doi.org/10.1300/j229v07n04_02.
- Buck, T. R., Viskochil, J., Farley, M., Coon, H., McMahon, W. M., Morgan, J., & Bilder, D. A. (2014). Psychiatric comorbidity and medication use in adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 44*(12), 3063–3071. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2170-2>.
- Buser, T. J., Buser, J. K., & Rutt, C. C. (2017). Predictors of unintentionally severe harm during nonsuicidal self-injury. *Journal of Counseling & Development, 95*(1), 14–23. <https://doi.org/10.1002/jcad.12113>.
- Calati, R., Bensassi, I., & Courtet, P. (2017). The link between dissociation and both suicide attempts and non-suicidal self-injury: Meta-analyses. *Psychiatry Research, 251*, 103–114. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.035>.
- Callegari, C., Ielmini, M., Caselli, I., Mattia, M., Gasparini, A., Grossi, A., Ceccon, F., & Poloni, N. (2019). The 6-d model of national culture as a tool to examine cultural interpretation of migration trauma-related dissociative disorder: A case series. *Journal of Immigrant and Minority Health, 22*(3), 588–596. <https://doi.org/10.1007/s10903-019-00904-7>.
- Carlson, E.B., & Putnam, F.W. (1993). An update on the dissociative experience scale. *Dissociation, 6* (1), 16-27.
- Carvalho, J. P., & Hopko, D. R. (2011). Behavioral theory of depression: Reinforcement as a mediating variable between avoidance and depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 42*(2), 154–162. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.10.001>.
- Chaudhary, R. K., Kumar, P., & Mishra, B. P. (2016). Depression and risk of suicide in patients with obsessive-compulsive disorder: A hospital-based study. *Industrial Psychiatry Journal, 25*(2), 166. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_63_16.

- Chu, J.A. Falling apart: Dissociation and its disorders (2005). *Harvard Mental Health Letter*, 21 (7), 1-4.
- Colodro-Conde, L., Couvy-Duchesne, B., Zhu, G., Coventry, W.L., Byrne, E.M., Gordon, S., Wright M.J., Montgomery, G.W., Madden, P.A.F., Major Depressive Disorder Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium, Ripke, S., Eaves, L.J., Heath, A.C., Wray, N.R., Medland, S.E., Martin, N.G. (2017). A direct test of the diathesis–stress model for depression, *Molecular Psychiatry advance online publication*, doi:10.1038/mp.2017.130.
- Connors, R. (1996). Self-injury in trauma survivors: Functions and meanings. *American Journal of Orthopsychiatry*, (66), 197–206.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liataud, J., Mallah, K., Olafson, E., & van der Kolk B., (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35 (5).
- Courtois, C. A., Ford, J. D., Kolk, B. A., & Herman, J. L. (2009). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders (Adults): An Evidence-Based Guide* (1st ed.). The Guilford Press.
- Culp, A. M., Clyman, M. M., & Culp R. E. (1995). Adolescent depressed mood, reports of suicide attempts, and asking for help. *Adolescence*, 30, 827–837.
- Dambergā, I. (2011). Disociācija un šizotipiskas personības pazīmes sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi un vardarbības pieredzi. Iegūts 2019. gada 15. martā no [http://www. lu. lv/fileadmin/user_upload/lu_portal/zinas/KOPSAVILKUMS_Dambergā_09311. pdf](http://www.lu.lv/fileadmin/user_upload/lu_portal/zinas/KOPSAVILKUMS_Dambergā_09311.pdf)
- Daniels, J. K., Frewen, P., Theberge, J., & Lanius, R. A. (2015). Structural brain aberrations associated with the dissociative subtype of post-traumatic stress disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 133(3), 232–240. <https://doi.org/10.1111/acps.12464>.
- Dell, P. F. (2006). The multidimensional inventory of dissociation (mid): A comprehensive measure of pathological dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(2), 77–106. https://doi.org/10.1300/j229v07n02_06.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*, Iegūts 2017. gada 17. jūnijā no [http://dsm. psychiatryonline. org/doi/abs/10. 1176/appi. books. 9780890425596. dsm08](http://dsm.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm08)
- Domínguez-Baleón, C., Gutiérrez-Mondragón, L. F., Campos-González, A. I., & Rentería, M. E. (2018). Neuroimaging studies of suicidal behavior and non-suicidal self-injury in psychiatric patients: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00500>.

- Dorahy, M. J., Middleton, W., Seager, L., Williams, M., & Chambers, R. (2015). Child abuse and neglect in complex dissociative disorder, abuse-related chronic PTSD, and mixed psychiatric samples. *Journal of Trauma & Dissociation*, *17*(2), 223–236. <https://doi.org/10.1080/15299732.2015.1077916>.
- Douglas, A. N. (2009). Racial and ethnic differences in dissociation: An examination of the dissociative experiences scale in a nonclinical population. *Journal of Trauma & Dissociation*, *10*(1), 24–37. <https://doi.org/10.1080/15299730802488452>.
- Duman, R. S., Sanacora, G., & Krystal, J. H. (2019). Altered Connectivity in Depression: GABA and Glutamate Neurotransmitter Deficits and Reversal by Novel Treatments. *Neuron*, *102*(1), 75–90. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2019.03.013>.
- Durbin, C. E. (2014). *Depression 101*. Springer Publishing Company, New York.
- Eaton, W.W., Smith, C., Ybarra, M., Muntaner, C., & Tien, A., (2004). *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: Review and Revision (CESD and CESD-R)*. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Instruments for adults* (p. 363–377). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *The Journal Of Medicine And Philosophy*, *6* (2), 101-23
- Erol, A., Ersoy, B., & Mete L. (2013). Association of suicide attempts with childhood traumatic experiences in patients with major depression. *Turkish Journal of Psychiatry*
- Espinete, S., Corrin, T., Baliunas, D., Quilty, L., Zawertailo, L., Rizvi, S. J., deRuiter, W., Bonato, S., De Luca, V., Kennedy, S., & Selby, P. (2019). Predisposing and protective factors influencing suicide ideation, attempt, and death in patients accessing substance use treatment: a systematic review and meta-analysis protocol. *Systematic Reviews*, *8*(1). <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1028-2>.
- Eurostat (2021). Death due to suicide, by sex. Iegūts 2021. gada 17. martā no: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00122/default/table?lang=en>.
- Finley, E. P., Bollinger, M., Noël, P. H., Amuan, M. E., Copeland, L. A., Pugh, J. A., Dassori, A., Palmer, R., Bryan, C., & Pugh, M. J. V. (2015). A national cohort study of the association between the polytrauma clinical triad and suicide-related behavior among us veterans who served in iraq and afghanistan. *American Journal of Public Health*, *105*(2), 380–387. <https://doi.org/10.2105/ajph.2014.301957>.
- Foote, B., Smolin, Y., Neft, D. I., & Lipschitz, D. (2008). Dissociative disorders and suicidality in psychiatric outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *196*(1), 29–36. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e31815fa4e7>.

- Forsman, J., Keltanen, T., Liberg, B., Sajantila, A., Masterman, T., & Lindroos, K. (2017). Glucose metabolism in completed suicide: a forensic-pathological pilot study. *Croatian Medical Journal*, 58(1), 34–39. <https://doi.org/10.3325/cmj.2017.58.34>.
- Fowler, J. C., Allen, J. G., Oldham, J. M., & Frueh, B. C. (2013). Exposure to interpersonal trauma, attachment insecurity, and depression severity. *Journal of Affective Disorders*, 149(1–3), 313–318. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.045>.
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187–232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>.
- Frans, O., Rimmo, P.-A., Aberg, L., & Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(4), 291–290. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00463.x>.
- Franzke, I., Wabnitz, P., & Catani, C. (2015). Dissociation as a mediator of the relationship between childhood trauma and nonsuicidal self-injury in females: A path analytic approach. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16(3), 286–302. <https://doi.org/10.1080/15299732.2015.989646>.
- Freeman, A., Mergl, R., Kohls, E., Székely, A., Gusmao, R., Arensman, E., Koburger, N., Hegerl, U., & Rummel-Kluge, C. (2017). A cross-national study on gender differences in suicide intent. *BMC Psychiatry*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1398-8>.
- Freyd, J. J. (1994). Betrayal trauma: traumatic amnesia as an adaptive response to childhood abuse. *Ethics & Behavior*, 4(4), 307–329. https://doi.org/10.1207/s15327019eb0404_1.
- Fung, H. W., Chan, C., Ross, C. A., & Choi, T. M. (2020b). A preliminary investigation of depression in people with pathological dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 21(5), 594–608. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1760168>.
- Gerharde, I. (2000). Disociācija īpatnības 20-30 un 40-50 gadus vecām sievietēm, kas cietušas no emocionālas, fiziskas vai seksuālas vardarbības. Maģistra darbs (nepublicēts materiāls). Latvijas Universitāte, 2000.
- Gentile, J. P., Dillon, K. S., & Gillig, P. M. (2013). Psychotherapy and pharmacotherapy for patients with dissociative identity disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 10(2), 22-29.
- Gilmer, W. S., Trivedi, M. H., Rush, A. J., Wisniewski, S. R., Luther, J., Howland, R. H., Yohanna, D., Khan, A., & Alpert, J. (2005). Factors associated with chronic depressive episodes: a preliminary report from the STAR-D project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(6), 425–433. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00633.x>.

- Girgus, J. S., & Yang, K. (2015) Gender and depression. *Current Opinion in Psychology*, 4, 53-60.
- Golubovic, S., Zikic, O., Slavkovic, V., Nikolic, G., & Simonovic, M. (2018). Relationship of depersonalization and suicidality in depressed patients. *Vojnosanitetski Pregled*, 75(11), 1065–1069. <https://doi.org/10.2298/vsp161201023t>.
- Gournellis, R., Tournikioti, K., Touloumi, G., Thomadakis, C., Michalopoulou, P. G., Michopoulos, I., Christodoulou, C., Papadopoulou, A., & Douzenis, A. (2018). Psychotic (delusional) depression and completed suicide: a systematic review and meta-analysis. *Annals of General Psychiatry*, 17(1), 18–29. <https://doi.org/10.1186/s12991-018-0207-1>.
- Goñi-Sarriés, A., Blanco, M., Azcárate, L., Peinado, R., & López-Goñi J. J., (2018). Are previous suicide attempts a risk factor for completed suicide? *Psicothema*, 30(1), 33-38.
- Graham, J., Salimi-Khorshidi, G., Hagan, C., Walsh, N., Goodyer, I., Lennox, B., & Suckling, J. (2013). Meta-analytic evidence for neuroimaging models of depression: State or trait? *Journal of Affective Disorders*, 151(2), 423–431. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.07.002>.
- Gu, G., Zhou, Y., Zhang, Y., & Cui, W. (2016). Increased prevalence of anxiety and depression symptoms in patients with coronary artery disease before and after percutaneous coronary intervention treatment. *BMC Psychiatry*, 16(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0972-9>.
- Hagenaars, M. A., van Minnen, A., & Hoogduin, K. A. L. (2010). The impact of dissociation and depression on the efficacy of prolonged exposure treatment for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 48(1), 19–27. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.09.001>.
- Harricharan, S., Rabellino, D., Frewen, P. A., Densmore, M., Théberge, J., McKinnon, M. C., Schore, A. N., & Lanius, R. A. (2016). fMRI functional connectivity of the periaqueductal gray in PTSD and its dissociative subtype. *Brain and Behavior*, 6(12). <https://doi.org/10.1002/brb3.579>.
- Hart, O., & Horst, R. (1989). The dissociation theory of Pierre Janet. *Journal of Traumatic Stress*, 2(4), 397–412. <https://doi.org/10.1007/bf00974598>.
- Hawton, K., Comabella, C., Haw, C., & Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 147(1–3), 17–28. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.004>.
- Hodgson, R. C., & Webster, R. A. (2011). Mediating role of peritraumatic dissociation and depression on post-MVA distress: path analysis. *Depression and Anxiety*, 28(3), 218–226. <https://doi.org/10.1002/da.20774>.

- Hölzel, L., Härter, M., Reese, C., & Kriston, L. (2011). Risk factors for chronic depression — A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 129*(1–3), 1–13.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.03.025>.
- Horwitz, A. V., & Wakefield, J. C. *An Epidemic of Depression*. Iegūts 2018. gada 14. augustāno
<http://www.psychiatrictimes.com/major-depressive-disorder/epidemic-depression>.
- Hu, L., & Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling, 6* (1), 1–55.
<https://doi.org/10.1080/10705519909540118>.
- Hunter, E.C.M., Sierra, M., & David, A.S. (2004). The epidemiology of depersonalisation and derealisation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39*(1), 9–18.
<https://doi.org/10.1007/s00127-004-0701-4>.
- Ide, N., Wyder, M., Kolves, K., & De Leo, D. (2010). Separation as an important risk factor for suicide: A systematic review. *Journal of Family Issues, 31*(12), 1689–1716.
<https://doi.org/10.1177/0192513x10365317>.
- International Classification of Diseases, version 10*. Iegūts 2017. gada 17. jūnijā no <http://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/F01-F99/F40-F48/F44->
- International Classification of Diseases, version 11*. Iegūts 2019. gada 15. septembrī no https://icd.WorldHealthOrganisation.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.WorldHealthOrganisation.int%2fid%2fentity%2f10818_0424?view=G0.
- Jang, K. L., Zweig-Frank, H., & Livesley, W. J. (1998). Twin study of dissociative experience. *The Journal of Nervous & Mental Disease, 186*(6), 345–351.
<https://doi.org/10.1097/00005053-199806000-00004>.
- Kalniņa, D. (2018). Attitudes to social action across socio-demographic groups, pluralism anxiety. Acting socially in latvia. Edited by S. Kruk. *Rīga Stradiņš University*.
- Kaneda, Y. (2012). Working memory in patients with major depressive disorder. *Psychology, 03*(09), 758–761. <https://doi.org/10.4236/psych.2012.329115>.
- Karthick, S., & Barwa, S. (2017). A review on theoretical models of suicide. *International Journal of Advances in Scientific Research, 3*(9), 101.
<https://doi.org/10.7439/ijasr.v3i9.4382>.
- Kapur, N., Cooper, J., King-Hele, S., Webb, R., Lawlor, M., Rodway, C., & Appleby, L. (2006). The repetition of suicidal behavior. *The Journal of Clinical Psychiatry, 67*(10), 1599–1609. <https://doi.org/10.4088/jcp.v67n1016>.

- Keefe, K. M., Hetzel-Riggin, M. D., & Sunami, N. (2020). The mediating roles of hostility and dissociation in the relationship between sexual assault and suicidal thinking in college students. *Journal of Interpersonal Violence, 35*(7–8), 1635–1653. <https://doi.org/10.1177/0886260517698282>.
- Khosravi, M. (2020). Child maltreatment-related dissociation and its core mediation schemas in patients with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry, 20*(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02797-5>.
- Kılıç, F., Coşkun, M., Bozkurt, H., Kaya, İ., & Zoroğlu, S. (2017). Self-injury and suicide attempt in relation with trauma and dissociation among adolescents with dissociative and non-dissociative disorders. *Psychiatry Investigation, 14*(2), 172. <https://doi.org/10.4306/pi.2017.14.2.172>.
- King, C. D., Hill, S. B., Wolff, J. D., Bigony, C. E., Winternitz, S., Ressler, K. J., Kaufman, M. L., & Lebois, L. A. M. (2020). Childhood maltreatment type and severity predict depersonalization and derealization in treatment-seeking women with posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Research, 292*, 113301. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113301>.
- Kleindienst, N., Limberger, M. F., Ebner-Priemer, U. W., Keibel-Mauchnik, J., Dyer, A., Berger, M., Schmahl, C., & Bohus, M. (2011). Dissociation predicts poor response to dialectical behavioral therapy in female patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 25*(4), 432–447. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.4.432>.
- Kluft, R. P. (1988). The dissociative disorders. In J. Talbott, R. Hales, & S. Yudofsky (Eds.), *The American Psychiatric Press textbook of psychiatry* (557–585). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Koehn, S., Stavrou, N. A. M., Cogley, J., Morris, T., Mosek, E., & Watt, A. P. (2017). Absorption in Sport: A Cross-Validation Study. *Frontiers in Psychology, 8*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01419>.
- Koven, S. G. (2016). PTSD and suicides among veterans—recent findings. *Public Integrity, 19*(5), 500–512. <https://doi.org/10.1080/10999922.2016.1248881>.
- Krause-Utz, A., Frost, R., Winter, D., & Elzinga, B. M. (2017). Dissociation and alterations in brain function and structure: implications for borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports, 19*(1). <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0757-y>.
- Krüger, C., & Fletcher, L. (2017). Predicting a dissociative disorder from type of childhood maltreatment and abuser–abused relational tie. *Journal of Trauma & Dissociation, 18*(3), 356–372. <https://doi.org/10.1080/15299732.2017.1295420>.

- 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>.
- Kucharska, J. (2016). Sexual and non-sexual trauma, depression and self-esteem in a sample of polish women. A cross-sectional study. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 24*(1), 186–194. <https://doi.org/10.1002/cpp.1994>.
- Lanius, R. A., Brand, B., Vermetten, E., Frewen, P. A., & Spiegel, D. (2012). The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder: rationale, clinical and neurobiological evidence, and implications. *Depression and Anxiety, 29*(8), 701–708.
<https://doi.org/10.1002/da.21889>.
- Lanius, R. A., Williamson, P. C., Boksman, K., Densmore, M., Gupta, M., Neufeld, R. W. J., Gati, J. S., & Menon, R. S. (2002). Brain activation during script-driven imagery induced dissociative responses in PTSD: a functional magnetic resonance imaging investigation. *Biological Psychiatry, 52*(4), 305–311. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(02\)01367-7](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(02)01367-7).
- Lanius, U. F., Paulsen, S. L., & Corrigan, F. M. (2014). Neurobiology and treatment of traumatic dissociation: toward an embodied self. *Springer Publishing Company, New York*.
- Leibetseder, M. M., Rohrer, R. R., Mackinger, H. F., & Fartacek R. R. (2006). Suicide attempts: Patients with and without an affective disorder show impaired autobiographical memory specificity. *Cognition and Emotion, 20*(3–4), 516–526.
<https://doi.org/10.1080/02699930500342449>.
- Lemche, E., Surguladze, S. A., Brammer, M. J., Phillips, M. L., Sierra, M., David, A. S., Williams, S. C. R., & Giampietro, V. P. (2013). Dissociable brain correlates for depression, anxiety, dissociation, and somatization in depersonalization-derealization disorder. *CNS Spectrums, 21*(1), 35–42. <https://doi.org/10.1017/s1092852913000588>.
- Lensvelt-Mulders, G., van der Hart, O., van Ochten, J. M., van Son, M. J. M., Steele, K., & Breeman, L. (2008). Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 28*(7), 1138–1151.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.03.006>.
- Lev-Wiesel, R., & Markus, L. (2013). Perception vs. Circumstances of the child sexual abuse event in relation to depression and post-traumatic stress symptomatology. *Journal of Child Sexual Abuse, 22*(5), 519–533. <https://doi.org/10.1080/10538712.2013.800932>.
- Levy, K., Wasserman, R. (2009). Psychodynamic model of depression, In Ingram R. (Ed.), *The International Encyclopedia of Depression* (pp.457-460). *Springer Publishing Company, New York*.

- Li, D., & He, L. (2006). Meta-analysis supports association between serotonin transporter (5-HTT) and suicidal behavior. *Molecular Psychiatry*, *12*(1), 47–54.
<https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001890>.
- Li, S., Yaseen, Z. S., Kim, H.-J., Briggs, J., Duffy, M., Frechette-Hagan, A., Cohen, L. J., & Galynker, I. I. (2018). Entrapment as a mediator of suicide crises. *BMC Psychiatry*, *18*(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1587-0>.
- Loewenstein, R. J. (1994) Diagnosis, epidemiology, clinical course, treatment, and cost effectiveness of treatment of dissociative disorders and MPD. *Report submitted to the Clinical Administration Task Force on Health Care Financing Reform. Dissociation*, *7*, 3–11.
- Loewenstein, R. J. (2018). Dissociation debates: everything you know is wrong. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *20*(3), 229–242.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.3/rloewenstein>.
- Lotfinia, S., Soorgi, Z., Mertens, Y., & Daniels, J. (2020). Structural and functional brain alterations in psychiatric patients with dissociative experiences: A systematic review of magnetic resonance imaging studies. *Journal of Psychiatric Research*, *128*, 5–15.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.05.006>.
- Łubenko, J., Perepjolkina, V., Mārtinsonē, K., Rancāns, E., & Stepens, A. (2018). The relationship between suicide ideation, depressive symptoms and personality traits in elderly: pilot study results. *Society. Integration. Education. Proceedings of the International Scientific Conference*, *7*, 129–139.
<https://doi.org/10.17770/sie2018vol1.3273>.
- Lukaschek, K., Kruse, J., Emeny, R. T., Lacruz, M. E., von Eisenhart Rothe, A., & Ladwig, K.-H. (2012). Lifetime traumatic experiences and their impact on PTSD: a general population study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *48*(4), 525–532.
<https://doi.org/10.1007/s00127-012-0585-7>.
- Lynn, S. J., Lilienfeld, S. O., Merckelbach, H., Giesbrecht, T., McNally, R. J., Loftus, E. F., Bruck, M., Garry, M., & Malaktaris, A. (2014). The trauma model of dissociation: Inconvenient truths and stubborn fictions. Comment on Dalenberg et al. (2012). *Psychological Bulletin*, *140*(3), 896–910. <https://doi.org/10.1037/a0035570>.
- Lyons-Ruth, K. (2003). Dissociation and the parent-infant dialogue: A longitudinal perspective from attachment research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *51*(3), 883–911. <https://doi.org/10.1177/00030651030510031501>.

- Maeng, S. H., & Hong, H. (2019). Inflammation as the potential basis in depression. *International Neuropsychology Journal*, 23(Suppl 2), S63-71. <https://doi.org/10.5213/inj.1938226.113>.
- Marchand, A., Bilodeau, J., Demers, A., Beaugard, N., Durand, P., & Haines, V. Y. (2016). Gendered depression: Vulnerability or exposure to work and family stressors? *Social Science & Medicine*, 166, 160–168. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.08.021>.
- Martínez-Taboas, A., Canino, G., Wang, M. Q., García, P., & Bravo, M. (2006). Prevalence and victimization correlates of pathological dissociation in a community sample of youths. *Journal of Traumatic Stress*, 19(4), 439–448. <https://doi.org/10.1002/jts.20144>.
- Martinez, A. P., Dorahy, M. J., Nesbit, A., Palmer, R., & Middleton, W. (2020). Delusional beliefs and their characteristics: A comparative study between dissociative identity disorder and schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 131, 263–268. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.09.015>.
- Mazza, J. J., & Eggert, L. L. (2001). Activity involvement among suicidal and nonsuicidal high-risk and typical adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(3), 265–281. <https://doi.org/10.1521/suli.31.3.265.24251>.
- Mazzotti, E., Farina, B., Imperatori, C., Mansutti, F., Prunetti, E., Speranza, A.M., & Barbanelli, C. (2016). Is the dissociative experiences scale able to identify detachment and compartmentalization symptoms? Factor structure of the dissociative experiences scale in a large sample of psychiatric and nonpsychiatric subjects. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 1295. <https://doi.org/10.2147/ndt.s105110>.
- McClatchey, K., Murray, J., Rowat, A., & Chouliara, Z. (2017). Risk factors for suicide and suicidal behavior relevant to emergency health care settings: A systematic review of post-2007 reviews. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(6), 729–745. <https://doi.org/10.1111/sltb.12336>.
- McGuffin, P., Marušič, A., & Farmer, A. (2001). What can psychiatric genetics offer suicidology? *Crisis*, 22(2), 61–65. <https://doi.org/10.1027//0227-5910.22.2.61>.
- McHugh, C. M., Corderoy, A., Ryan, C. J., Hickie, I. B., & Large, M. M. (2019). Association between suicidal ideation and suicide: meta-analyses of odds ratios, sensitivity, specificity and positive predictive value. *BJPsych Open*, 5(2). <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.88>
- Mętel, D., Arciszewska, A., Daren, A., Frydecka, D., Cechnicki, A., & Gawęda, Ł. (2019). Resilience and cognitive biases mediate the relationship between early exposure to traumatic life events and depressive symptoms in young adults. *Journal of Affective Disorders*, 254, 26–33. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.008>.

- Mirkovic, B., Laurent, C., Podlipski, M.-A., Frebourg, T., Cohen, D., & Gerardin, P. (2016). Genetic association studies of suicidal behavior: a review of the past 10 years, progress, limitations, and future directions. *Frontiers in Psychiatry, 7*, 158. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00158>.
- Mitsui, N., Nakai, Y., Inoue, T., Udo, N., Kitagawa, K., Wakatsuki, Y., Kameyama, R., Toyomaki, A., Ito, Y. M., Kitaichi, Y., Nakagawa, S., & Kusumi, I. (2017). Association between suicide-related ideations and affective temperaments in the Japanese general adult population. *PLOS ONE, 12*(6), e0179952. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179952>.
- Moene, F. C., Spinhoven, P., Hoogduin, K., Sandyck, P., & Roelofs, K. (2001). Hypnotizability, dissociation and trauma in patients with a conversion disorder: an exploratory study. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 8*(6), 400–410. <https://doi.org/10.1002/cpp.293>.
- Money, T., & Pridmore, S., (2017). Suicide: loss, shame, guilt and pain across millennia. *American Journal of Medical Research 4*(1), 7–19. <https://doi.org/10.22381/ajmr4120171>.
- Mościcki, E. K. (1997). Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *The Psychiatric clinics of North America, 20*(3), 499-517. [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(05\)70327-0](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(05)70327-0).
- Ng, Q. X., Yong, B. Z. J., Ho, C. Y. X., Lim, D. Y., & Yeo, W.-S. (2018). Early life sexual abuse is associated with increased suicide attempts: An update meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research, 99*, 129–141. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.02.001>.
- Nichter, B., Hill, M., Norman, S., Haller, M., & Pietrzak, R. H. (2020). Associations of childhood abuse and combat exposure with suicidal ideation and suicide attempt in U.S. military veterans: a nationally representative study. *Journal of Affective Disorders, 276*, 1102–1108. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.120>.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews, 30*(1), 133–154. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>.
- O'Connor, R. C. (2011). The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Crisis, 32*(6), 295–298. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000120>.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 129*(1), 52–73. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52>.
- Palmisano, G. L., Innamorati, M., Susca, G., Traetta, D., Sarracino, D., & Vanderlinden, J. (2017). Childhood traumatic experiences and dissociative phenomena in eating disorders:

- Level and association with the severity of binge eating symptoms. *Journal of Trauma & Dissociation*, 19(1), 88–107. <https://doi.org/10.1080/15299732.2017.1304490>.
- Paris, J. (2012). The Rise and Fall of Dissociative Identity Disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 200(12), 1076–1079. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e318275d285>.
- Parlar, M., Frewen, P. A., Oremus, C., Lanius, R. A., & McKinnon, M. C. (2016). Dissociative symptoms are associated with reduced neuropsychological performance in patients with recurrent depression and a history of trauma exposure. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 29061. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.29061>.
- Parletta, N., Zarnowiecki, D., Cho, J., Wilson, A., Bogomolova, S., Villani, A., Itsiopoulos, C., Niyonsenga, T., Blunden, S., Meyer, B., Segal, L., Baune, B. T., & O’Dea, K. (2017). A Mediterranean-style dietary intervention supplemented with fish oil improves diet quality and mental health in people with depression: A randomized controlled trial (HELFIMED). *Nutritional Neuroscience*, 22(7), 474–487. <https://doi.org/10.1080/1028415x.2017.1411320>.
- Perroud, N., Paoloni-Giacobino, A., Prada, P., Olié, E., Salzmann, A., Nicastro, R., Guillaume, S., Mouthon, D., Stouder, C., Dieben, K., Huguelet, P., Courtet, P., & Malafosse, A. (2011). Increased methylation of glucocorticoid receptor gene (NR3C1) in adults with a history of childhood maltreatment: a link with the severity and type of trauma. *Translational Psychiatry*, 1(12), e59. <https://doi.org/10.1038/tp.2011.60>.
- Place, P. J., Ling, S., & Patihis, L. (2016). Full statistical mediation of the relationship between trauma and depressive symptoms. *International Journal of Psychology*, 53(2), 142–149. <https://doi.org/10.1002/ijop.12279>.
- Plašč, I. D., Poljarevič, S., Lončar, M., & Henigsberg, N., (2011). Age-developmental stage and severity of trauma related symptoms, anxiety and depressive symptoms in participants world health organisation lost their fathers during the war in Croatia. *Collegium Antropologicum*, 35, 139–144.
- Pompili, M., Serafini, G., Innamorati, M., Battuello, M., Milelli, M., Tatarelli, R., & Lester D. (2012). Antidepressant therapy and the risk of suicide among patients with major depressive disorders. In Fusco J. R. (Ed.). *Depression - causes, diagnosis and treatment. Encyclopedia of depression research*. (505-508). Nova Science Publishers, New York.
- Popkirov, S., Flasbeck, V., Schlegel, U., Juckel, G., & Brüne, M. (2018). Childhood trauma and dissociative symptoms predict frontal EEG asymmetry in borderline personality disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 20(1), 32–47. <https://doi.org/10.1080/15299732.2018.1451808>.

- Prasko, J., Ociskova, M., Grambal, A., Sigmundova, Z., Kasalova, P., Marackova, M., Holubova, M., Vrbova, K., Latalova, K., & Slepecky, M. (2016). Personality features, dissociation, self-stigma, hope, and the complex treatment of depressive disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, Volume 12*, 2539–2552. <https://doi.org/10.2147/ndt.s117037>.
- Preacher, K. J., & Coffman, D. L. (2006, May). Computing power and minimum sample size for RMSEA [Computer software]. Available from <http://quantpsy.org/rmsear/rmsear.htm>.
- Pulmanis, T., Taube, M., Pulmane, K., Trapencieris, M. (2012). Ģimenes, vardarbības un psihoemocionālo faktoru sakarības ar pašnāvības mēģinājumiem 13-18 gadus vecu skolēnu vidū, *Rīgas Stradiņa Universitāte. Zinātniskie raksti, 1*, 183-192.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*, 385-401.
- Rancāns, E., Lapiņš, J., Salander Renberg, E., & Jacobsson, L. (2003). Self-reported suicidal and help seeking behaviours in the general population in Latvia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 38*(1), 18–26. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0602-y>
- Rancāns, E., Pulmanis, T., Taube, M., Sprinģe, L., Velika, B., Pudule, I., & Grīnberga, D. (2015). Prevalence and sociodemographic characteristics of self-reported suicidal behaviours in Latvia in 2010: A population-based study. *Nordic Journal of Psychiatry, 70*(3), 195–201. <https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1077887>.
- Rancāns, E., Vrubļevska, J., Sniķere, S., Koroļeva, I., & Trapencieris, M. (2014). The point prevalence of depression and associated sociodemographic correlates in the general population of Latvia. *Journal of Affective Disorders, 156*, 104–110. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.11.022>.
- Rhebergen, D., Batelaan, N. M., de Graaf, R., Nolen, W. A., Spijker, J., Beekman, A. T. F., & Penninx, B. W. J. H. (2011). The 7-year course of depression and anxiety in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 123*(4), 297–306. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01677.x>.
- Rhoades, G.F., & Şar, V. (2006). *Trauma and dissociation in a cross-cultural perspective: Not just a North American phenomenon*. (1st ed.). Routledge.
- Rosenman, S. (2002). Trauma and posttraumatic stress disorder in australia: Findings in the population sample of the australian national survey of mental health and wellbeing. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 36*(4), 515–520. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.01039.x>.
- Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R package for structural equation modeling. *Journal of Statistical Software, 48*(2), 1–36. <https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02>.

- Rush, A. J., & Beck, A. T. (1978). Cognitive therapy of depression and suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 32(2), 201–219.
<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1978.32.2.201>.
- Salas-Magaña, M., Tovilla-Zárate, C. A., González-Castro, T. B., Juárez-Rojop, I. E., López-Narváez, M. L., Rodríguez-Pérez, J. M., & Ramírez Bello, J. (2017). Decrease in brain-derived neurotrophic factor at plasma level but not in serum concentrations in suicide behavior: A systematic review and meta-analysis. *Brain and Behavior*, 7(6), e00706.
<https://doi.org/10.1002/brb3.706>.
- Saffer, B. Y., & Klonsky, E. D. (2018). Do neurocognitive abilities distinguish suicide attempters from suicide ideators? A systematic review of an emerging research area. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(1), e12227.
<https://doi.org/10.1111/cpsp.12227>.
- Sar, V. (2011). Epidemiology of Dissociative Disorders: An Overview. *Epidemiology Research International*, 2011, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2011/404538>.
- Sar, V., Akyüz, G., Öztürk, E., & Alioğlu, F. (2013). Dissociative depression among women in the community. *Journal of Trauma & Dissociation*, 14(4), 423–438.
<https://doi.org/10.1080/15299732.2012.753654>.
- Sar, V., Alioğlu, F., & Akyuz, G. (2016). Depersonalization and derealization in self-report and clinical interview: The spectrum of borderline personality disorder, dissociative disorders, and healthy controls. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1–17.
<https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1240737>.
- Sar, V., Alioğlu, F., Akyuz, G., & Karabulut, S. (2014). Dissociative amnesia in dissociative disorders and borderline personality disorder: self-rating assessment in a college population. *Journal of Trauma & Dissociation*, 15(4), 477–493.
<https://doi.org/10.1080/15299732.2014.902415>.
- Sarma, Z., M. (2005). Adaptation of the minnesota multiphasic personality inventory-2 to Latvian (unpublished dissertation), Graduate School of the University of Minnesota, 2005.
- Satorra, A., & Bentler, P.M. (1994). Corrections to test statistics and standard errors in covariance structure analysis. In A. von Eye & C.C. Clogg (Eds.), *Latent variables analysis: Applications for developmental research* (pp. 399–419). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sebre, S. (2002). Disociācijas un neiecietības izpausmes dažādās paaudzēs Latvijā. Izglītības zinātne un pedagogija mūsdienu pasaulē. *LU Pedagoģijas un psiholoģijas fakultātes Zinātniskie raksti*, 497 – 510.

- Sebre, S. (2002). Disociatīvi pārrāvumi no vardarbības cietušas sievietes dzīves stāstījumā. *Cilvēks. Dzīve. Stāstījums. Folkloras pētniecības institūts*, 43-57.
- Sebre, S. (2015) Ahenbaha Pieaugušo (18 – 59) pašnovērtējuma aptauja: teorētiskie, psihometriskie aspekti un praktiskā pielietojamība. Prezentācija Latvijas Klīnisko psihologu asociācijas konferencē, Rīgā, 2015. gada jūnijā.
- Sebre, S. (2000). Dissociation, hostility, resentment and intolerance in relation to familial and political abuse. *Journal of Baltic Psychology*, 1(1), 27-45.
- Sebre, S., Lebedeva, L., & Trapenciere, I. (2004). Laulība, dzimstība un pozitīvu bērnu - vecāku veicinošu faktoru izpēte. Rīga: Projekts ABD, 1-48 .
- Schalinski, I., Teicher, M. H., & Rockstroh, B. (2019). Early neglect is a key determinant of adult hair cortisol concentration and is associated with increased vulnerability to trauma in a transdiagnostic sample. *Psychoneuroendocrinology*, 108, 35–42.
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.06.007>.
- Schaffrath, C., Rullkoetter, N., Mensebach, C., Schlosser, N., Beblo, T., Driessen, M., & Meyer, B., (2011). Associations of childhood trauma, trauma in adulthood and previous-year stress with psychopathology in patients with major depression and borderline personality disorder. *Child Abuse, & Neglect: The International Journal*, 35, 647-654.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.04.003>.
- Scheuer, S., Wiggert, N., Brückl, T. M., Awaloff, Y., Uhr, M., Lucae, S., Kloiber, S., Holsboer, F., Ising, M., & Wilhelm, F. H. (2018). Childhood abuse and depression in adulthood: The mediating role of allostatic load. *Psychoneuroendocrinology*, 94, 134–142.
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.04.020>.
- Schimmenti, A. (2017). The trauma factor: Examining the relationships among different types of trauma, dissociation, and psychopathology. *Journal of Trauma & Dissociation*, 19(5), 552–571. <https://doi.org/10.1080/15299732.2017.1402400>.
- Schrijvers, D. L., Bollen, J., & Sabbe, B. G. (2012). The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *Journal of Affective Disorders*, 138(1–2), 19–26.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.050>.
- Selvi, Y., Besiroglu, L., Aydin, A., Gulec, M., Atli, A., Boysan, M., & Celik, C. (2011). Relations between childhood traumatic experiences, dissociation, and cognitive models in obsessive compulsive disorder. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 16(1), 53–59. <https://doi.org/10.3109/13651501.2011.617458>.
- Sharpley, C. F., & Bitsika, V. (2010). Is depression “evolutionary” or just “adaptive”? A comment. *Depression Research and Treatment*, 2010, 1–7.
<https://doi.org/10.1155/2010/631502>.

- Sho, N., Oiji, A., Konno, C., Toyohara, K., Minami, T., Arai, T., & Seike, Y. (2009). Relationship of intentional self-harm using sharp objects with depressive and dissociative tendencies in pre-adolescence-adolescence. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *63*(3), 410–416. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2009.01959.x>.
- Siddiqua, A., Saeed, F., & Syeda, F. J. (2011). A comparison of life events in depressive illness and dissociative (conversion) disorders. *Journal of Pakistan Psychiatric Society*, *8*, 54-61.
- Simmons, J. G., Badcock, P. B., Whittle, S. L., Byrne, M. L., Mundy, L., Patton, G. C., Olsson, C. A., & Allen, N. B. (2016). The lifetime experience of traumatic events is associated with hair cortisol concentrations in community-based children. *Psychoneuroendocrinology*, *63*, 276–281. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.10.004>.
- Slimību profilakses un kontroles centrs (2021). *Latvijas veselības un veselības aprūpes rādītāju datubāze. 2000-2017. gads*. Iegūts 2021. gada 13. februārī no <https://www.spkc.gov.lv/lv/dps-latvijas-veselibas-un-veselibas-aprupes-raditaju-datu-baze>.
- Soffer-Dudek, N., Lassri, D., Soffer-Dudek, N., & Shahar, G. (2015). Dissociative absorption: An empirically unique, clinically relevant, dissociative factor. *Consciousness and Cognition*, *36*, 338–351. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2015.07.013>.
- Spiegel, D., Loewenstein, R. J., Lewis-Fernández, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., Cardena, E., & Dell P. F. (2011). Dissociative disorders in DSM-5. *Annual Review Of Clinical Psychology*, *28*.
- Spijker, J., De Graaf, R., Bijl, R. V., Beekman, A. T. F., Ormel, J., & Nolen, W. A. (2002). Duration of major depressive episodes in the general population: Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *British Journal of Psychiatry*, *181*(3), 208–213. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.3.208>.
- Spindler, H., & Elklit, A. (2003). Dissociation, psychiatric symptoms, and personality traits in a non-clinical population. *Journal of Trauma & Dissociation*, *4*(2), 89–107. https://doi.org/10.1300/j229v04n02_06.
- Sogutlu, L., & Alaca, N. (2019). The relationship between subjective memory complaints and objective memory performance, depression and anxiety levels in patients under 55 years of age. *Turkish Journal of Psychiatry*, *30*. <https://doi.org/10.5080/u23084>.
- Somer, E., & Dell, P. F. (2005). Development of the Hebrew-Multidimensional Inventory of Dissociation (H-MID): A valid and reliable measure of pathological dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, *6*(1), 31–53. https://doi.org/10.1300/j229v06n01_03.

- Steenbergen, L., Sellaro, R., van Hemert, S., Bosch, J. A., & Colzato, L. S. (2015). A randomized controlled trial to test the effect of multispecies probiotics on cognitive reactivity to sad mood. *Brain, Behavior, and Immunity*, *48*, 258–264. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2015.04.003>.
- Strawbridge, R. J., Ward, J., Ferguson, A., Graham, N., Shaw, R. J., Cullen, B., Pearsall, R., Lyall, L. M., Johnston, K. J. A., Niedzwiedz, C. L., Pell, J. P., Mackay, D., Martin, J. L., Lyall, D. M., Bailey, M. E. S., & Smith, D. J. (2019). Identification of novel genome-wide associations for suicidality in UK Biobank, genetic correlation with psychiatric disorders and polygenic association with completed suicide. *EBioMedicine*, *41*, 517–525. <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2019.02.005>.
- Street, A. E., Gibson, L. E., & Holohan, D. R. (2005). Impact of childhood traumatic events, trauma-related guilt, and avoidant coping strategies on PTSD symptoms in female survivors of domestic violence. *Journal of Traumatic Stress*, *18*(3), 245–252. <https://doi.org/10.1002/jts.20026>.
- Suresh, K. P. N., Anish, P. K., & George, B. (2015). Risk factors for suicide in elderly in comparison to younger age groups. *Indian Journal of Psychiatry*, *57*(3), 249. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.166614>.
- Takahashi, M., Shirayama, Y., Muneoka, K., Suzuki, M., Sato, K., & Hashimoto, K. (2013). Personality traits as risk factors for treatment-resistant depression. *PLoS ONE*, *8*(5), e63756. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0063756>.
- Tanskanen, A., Hintikka, J., Honkalampi, K., Haatainen, K., Koivumaa-honkanen, H., & Viinamäki, H. (2004). Impact of multiple traumatic experiences on the persistence of depressive symptoms – a population-based study. *Nordic Journal of Psychiatry*, *58*(6), 459–464. <https://doi.org/10.1080/08039480410011687>.
- Taube, M., Damberga, I., Varnik, A. (2009). Pašnāvības Latvijā – situācija, perspektīvas, risinājumi. Ziņojums par situāciju. *Sabiedrības veselības aģentūra*. Iegūts 2019. gada 14. septembrī no https://spkc.gov.lv/upload/Petijumi%20un%20zinojumi/Sabiedribas%20veselibas%20petijumi/pasnavibas_latvija_situacijas_perspektivas_risinajumi_2009.pdf
- Taupin, P. (2012). Adult neurogenesis and depression: A novel theory for depression? In Fusco J. R. (Ed.). *Depression - causes, diagnosis and treatment. Encyclopedia of depression research*. (505-508). Nova Science Publishers, New York.
- Taylor, P. J., Gooding, P., Wood, A. M., & Tarrier, N. (2011). The role of defeat and entrapment in depression, anxiety, and suicide. *Psychological Bulletin*, *137*(3), 391–420. <https://doi.org/10.1037/a0022935>.

- Teodoru, R. (2015). Dissociation-the window for/towards understanding: plea for a model of the dissociative mind. *Romanian Journal of Psychoanalysis*, 8(2), 46-70.
- Thomson, P., & Jaque, S. V. (2017). Depersonalization, adversity, emotionality, and coping with stressful situations. *Journal of Trauma & Dissociation*, 19(2), 143–161. <https://doi.org/10.1080/15299732.2017.1329770>.
- Twaite, J. A., & Rodriguez-Srednicki, O. (2004). Childhood sexual and physical abuse and adult vulnerability to PTSD: the mediating effects of attachment and dissociation. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13(1), 17–38. https://doi.org/10.1300/j070v13n01_02.
- Ural, C., Belli, H., Akbudak, M., & Tabo, A. (2015). Childhood traumatic experiences, dissociative symptoms, and dissociative disorder comorbidity among patients with panic disorder: A preliminary study. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16(4), 463–475. <https://doi.org/10.1080/15299732.2015.1019175>.
- Van der Kolk, B. A., & Fisler R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and exploratory study. *Journal of traumatic stress*, 8, 505-525. <https://doi.org/10.1007/bf02102887>
- Vanderlinden, J., van der Hart, O., & Varga, K. (1996). European studies of dissociation. In Michelson, L.K., & Ray, W.J. (Eds.) *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical and clinical perspectives* (25 – 49). New York: Plenum.
- Van Dijke, A., Ford, J. D., Frank, L. E., & van der Hart, O. (2015). Association of childhood complex trauma and dissociation with complex posttraumatic stress disorder symptoms in adulthood. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16(4), 428–441. <https://doi.org/10.1080/15299732.2015.1016253>.
- Van Orden, A. K., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S., Selby, E. A., & Joiner, T. E. Jr. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600.
- Vogel, M., Braungardt, T., Grabe, H. J., Schneider, W., & Klauer, T. (2013). Detachment, compartmentalization, and schizophrenia: linking dissociation and psychosis by subtype. *Journal of Trauma & Dissociation*, 14(3), 273–287. <https://doi.org/10.1080/15299732.2012.724760>.
- Vythilingam, M., Heim, C., Newport, J., Miller, A. H., Anderson, E., Bronen, R., Brummer, M., Staib, L., Vermetten, E., Charney, D. S., Nemeroff, C. B., & Bremner, J. D. (2002). Childhood trauma associated with smaller hippocampal volume in women with major depression. *American Journal of Psychiatry*, 159(12), 2072–2080. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.12.2072>.

- Waller, N., Putnam, F. W., & Carlson, E. B. (1996). Types of dissociation and dissociative types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods, 1*(3), 300–321. <https://doi.org/10.1037/1082-989x.1.3.300>.
- Watson, D. (2003). Investigating the construct validity of the dissociative taxon: Stability analyses of normal and pathological dissociation. *Journal of Abnormal Psychology, 112*(2), 298–305. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.112.2.298>.
- Wasserman, D. (2011). *Depression. 2nd edition*. Oxford University Press.
- Webermann, A. R., Myrick, A. C., Taylor, C. L., Chasson, G. S., & Brand, B. L. (2015). Dissociative, depressive, and PTSD symptom severity as correlates of nonsuicidal self-injury and suicidality in dissociative disorder patients. *Journal of Trauma & Dissociation, 17*(1), 67–80. <https://doi.org/10.1080/15299732.2015.1067941>.
- Welch, E., Jangmo, A., Thornton, L. M., Norring, C., von Hausswolff-Juhlin, Y., Herman, B. K., Pawaskar, M., Larsson, H., & Bulik, C. M. (2016). Treatment-seeking patients with binge-eating disorder in the Swedish national registers: clinical course and psychiatric comorbidity. *BMC Psychiatry, 16*(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0840-7>.
- Westefeld, J. S., Casper, D., Galligan, P., Gibbons, S., Lustgarten, S., Rice, A., Rowe-Johnson, M., & Yeates K., (2015). Suicide and older adults: Risk factors and recommendations. *Journal of Loss and Trauma, 20*(6), 491–508. <https://doi.org/10.1080/15325024.2014.949154>.
- Wiersma, J. E., Hovens, J. G. F. M., van Oppen, P., Giltay, E. J., van Schaik, D. J. F., Beekman, A. T. F., & Penninx, B. W. J. H. (2009). The importance of childhood trauma and childhood life events for chronicity of depression in adults. *The Journal of Clinical Psychiatry, 70*(7), 983–989. <https://doi.org/10.4088/jcp.08m04521>.
- World Health Organization (2021). *Suicide rate estimates, age-standardized Estimates by WHO region*. Iegūts 2021. gada 17.martā no <https://apps.who.int/gho/data/view.main.MHSUICIDEASDRREGv?lang=en>
- Yang, C., Tiemessen, K. M., Bosker, F. J., Wardenaar, K. J., Lie, J., & Schoevers, R. A. (2018). Interleukin, tumor necrosis factor- α and C-reactive protein profiles in melancholic and non-melancholic depression: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research, 111*, 58–68. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.05.008>.
- Zeanah, C. H., & Humphreys, K. L. (2018). Child Abuse and Neglect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 57*(9), 637–644. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.007>.
- Zerubavel, N., Messman-Moore, T. L., DiLillo, D., & Gratz, K. L. (2017). Childhood sexual abuse and fear of abandonment moderate the relation of intimate partner violence to

severity of dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 19(1), 9–24.

<https://doi.org/10.1080/15299732.2017.1289491>.

Zhuo, C., Li, G., Lin, X., Jiang, D., Xu, Y., Tian, H., Wang, W., & Song, X. (2019). The rise and fall of MRI studies in major depressive disorder. *Translational Psychiatry*, 9(1).

<https://doi.org/10.1038/s41398-019-0680-6>.

Summary

The aim of this study was to examine the associations between suicide attempts, suicidal ideation, depression symptoms, dissociative symptoms, self-reported childhood abuse experiences (emotional, physical and sexual abuse), as well as to explore predictors of suicidal attempts and suicidal ideation, as well as potential mediating effects.. The study also aimed to examine support for a dissociative depression subtype.

A total of 342 respondents participated in this study, of which 138 were respondents with diagnosed depression (depression group) and 204 respondents were without known diagnosed disorders (community sample). Respondents provided information on their their demographics, diagnosed disorders, indicated the number of suicide attempts, and filled out Center for Epidemiologic Studies Depression Scale Revised (CESD-R), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) and Dissociative Experience Scale (DES). All measures were translated into Latvian.

The results indicate that all variables in the study, excluding dissociative absorption and depersonalisation/derealization, were higher in the respondent group with depression. The regression analysis results indicated that suicide attempts in the community sample were predicted by sexual abuse and dissociative amnesia. The structural equation modeling (SEM) results indicated that there are complex associations between variables in both groups. SEM analysis results indicated that emotional abuse was associated with dissociation, which in turn was associated with depression. Depression, in turn, predicted suicidal ideation. Depression had a full mediating effect between dissociation and suicidal ideation in the community sample and a partial mediating effect in the respondent group with depression. In the respondent group with depression, sexual abuse was found to directly predict depression and suicidal ideation. The existence of a dissociative depression subtype was supported in the respondent group with depression in a result of the cluster analysis.

Key words: suicide attempts, suicide ideation, suicide risk, depression, dissociation, childhood abuse experience.

Pielikumi

1. pielikums. Epidemioloģijas Pētījumu Centra Depresijas skala, EPCD-R

Epidemioloģijas Pētījumu Centra Depresijas skala, EPCD-R

Zemāk aprakstīts, kā cilvēki dažkārt var justies vai uzvesties. Lūdzu, novērtējiet un atzīmējiet cik bieži jūs šādi jutāties pēdējās nedēļas vai pēdējo divu nedēļu laikā.

| | Reti vai nekad (mazāk, kā 1 dienu) | Dažkārt vai nedaudz (1-2 dienas) | Vairākkārt vai daļu laika (3-4 dienas) | Lielākoties vai lielāko laika daļu (5-7 dienas) | Gandrīz katru dienu divas nedēļas pēc kārtas |
|---|---|--|--|--|---|
| 1. Man bija slikta apetīte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Es nespēju tikt vaļā no skumjām | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Man bija grūti koncentrēties uz to, ko es darīju | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Es jutos nomākts | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Man bija nemierīgs miegs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Es jutos noskumis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Es nespēju saņemties uzsākt kaut ko darīt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Nekas nespēja mani iepriecināt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Es jutos kā slikts cilvēks | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Es zaudēju interesi par ikdienas aktivitātēm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Es gulēju vairāk, nekā parasti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Man bija sajūta, ka es kustos pārāk lēni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Es jutos nemierīgi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Es vēlējos, kaut varētu nomirt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Es vēlējos sevi sāpināt vai ievainot | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Es visu laiku jutu nogurumu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Es sev nepatiku | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Es zaudēju daudz svāra, lai gan necentos to darīt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Man bija ļoti grūti iemigt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Es nespēju fokusēties uz svarīgām lietām | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2.pielikums. Pētījuma mainīgo normalitātes sadalījums

| | | Kolmogorova-Smirnova tests ^a | | | Shapiro-Wilk tests | | |
|-----|---------------------------|---|-----------|----------|--------------------|-----------|----------|
| | | <i>Statistic</i> | <i>DF</i> | <i>P</i> | <i>Statistic</i> | <i>DF</i> | <i>P</i> |
| 1* | Suicīda mēģinājumu skaits | 0,51 | 204 | 0,00 | 0,25 | 204 | 0,00 |
| | Depresija | 0,12 | 204 | 0,00 | 0,90 | 204 | 0,00 |
| | Suicidalitāte | 0,43 | 204 | 0,00 | 0,49 | 204 | 0,00 |
| | Fiziskā vardarbība | 0,35 | 204 | 0,00 | 0,55 | 204 | 0,00 |
| | Emocionālā vardarbība | 0,15 | 204 | 0,00 | 0,87 | 204 | 0,00 |
| | Seksuālā vardarbība | 0,43 | 204 | 0,00 | 0,45 | 204 | 0,00 |
| | Amnēzija | 0,24 | 204 | 0,00 | 0,69 | 204 | 0,00 |
| | Absorbcija | 0,13 | 204 | 0,00 | 0,92 | 204 | 0,00 |
| | Depersonal./Derealiz. | 0,22 | 204 | 0,00 | 0,77 | 204 | 0,00 |
| | Disociācija, kopējā | 0,14 | 204 | 0,00 | 0,89 | 204 | 0,00 |
| 2** | Suicīda mēģinājumu skaits | 0,34 | 138 | 0,00 | 0,73 | 138 | 0,00 |
| | Depresija | 0,08 | 138 | 0,04 | 0,97 | 138 | 0,00 |
| | Suicidalitāte | 0,31 | 138 | 0,00 | 0,73 | 138 | 0,00 |
| | Fiziskā vardarbība | 0,23 | 138 | 0,00 | 0,76 | 138 | 0,00 |
| | Emocionālā vardarbība | 0,13 | 138 | 0,00 | 0,92 | 138 | 0,00 |
| | Seksuālā vardarbība | 0,30 | 138 | 0,00 | 0,58 | 138 | 0,00 |
| | Amnēzija | 0,17 | 138 | 0,00 | 0,84 | 138 | 0,00 |
| | Absorbcija | 0,12 | 138 | 0,00 | 0,95 | 138 | 0,00 |
| | Depersonal./Derealiz. | 0,23 | 138 | 0,00 | 0,75 | 138 | 0,00 |
| | Disociācija, kopējā | 0,12 | 138 | 0,00 | 0,92 | 138 | 0,00 |

* Vispārējā respondentu grupa; **Respondentu grupa ar depresiju

^aar Lillefora korekciju