

LATVIJAS UNIVERSITĀTE
PEDAGOĢIJAS, PSIHOLOĢIJAS UN MĀKSLAS FAKULTĀTE
PSIHOLOĢIJAS NODAĻA

ILZE DAMBERGA

**DISOCIĀCIJA UN ŠIZOTIPISKAS PERSONĪBAS
PAZĪMES SIEVIETĒM AR ŠIZOFRĒNIJAS DIAGNOZI UN
VARDARBĪBAS PIEREDZI**

PROMOCIJAS DARBS

PSIHOLOĢIJAS NOZARĒ
KLĪNISKĀS PSIHOLOĢIJAS APAKŠNOZARĒ

Darba vadītāja: Ph.D., dr. psych., prof. Sandra Beatrice Sebre

Rīga 2011

Saturs

Pateicība.....	1
Ievads.....	2
1. Disociācijas jēdziena izpratne.....	8
1.1. Disociācijas jēdziens vēsturiskā kontekstā.....	10
1.2. Disociācijas jēdziens DSM-IV-TR un ICD-10 klasifikācijās.....	12
1.3. Normāla un patoloģiska disociācija.....	14
1.4. Atsvešinātība un sašķeltība.....	16
2. Šizofrēnija.....	18
3. Šizotipiskas personības pazīmes.....	23
4. Bērnībā pārdzīvotas vardarbības nozīme traucējumu izcelsmē.....	25
4.1. Bērnības vardarbības pieredze un disociācija.....	28
4.2. Bērnības vardarbības pieredze un šizofrēnija.....	30
4.3. Bērnības vardarbības pieredze un šizotipiskas personības pazīmes.....	34
5. Disociācijas saistība ar šizofrēniju un šizotipiju	35
5.1. Disociatīvo traucējumu un šizofrēnijas līdzības un atšķirības.....	36
5.2. Disociatīvo simptomu izpausmes šizofrēnijas gadījumā.....	37
5.3. Disociācija un šizotipija.....	41
6. Teorētiskās daļas kopsavilkums.....	44
7. Metode.....	47
7.1. Pētījuma dalībnieki.....	47
7.2. Pētījuma dalībnieku sadalījums pa grupām.....	48
7.3. Instrumentārijs.....	49
7.4. Procedūra.....	52
7.5. Datu apstrādes un analīzes metodes.....	53
8. Rezultāti.....	53
8.1. Disociatīvie simptomi saistībā ar šizofrēnijas diagnozi un vardarbības pieredzi	53
8.2. Šizotipiskas personības pazīmes saistībā ar šizofrēnijas diagnozi un vardarbības pieredzi.....	58
8.3. Disociatīvie simptomi un šizotipiskas personības pazīmes sievietēm saistībā ar šizofrēnijas diagnozi un vardarbības pieredzi.....	62
8.4. Disociatīvās pieredzes skalas adaptācijas latviešu valodā rezultāti.....	71
8.5. Šizotipiskās personības aptaujas adaptācijas latviešu valodā rezultāti.....	73
9. Iztirzājums.....	75
9.1. Disociatīvie simptomi saistībā ar šizofrēnijas diagnozi un vardarbības pieredzi.	75

9.2. Šizotipiskas personības pazīmes saistībā ar šizofrēnijas diagnozi un vardarbības pieredzi.....	78
9.3. Disociatīvie simptomi un šizotipiskas personības pazīmes sievietēm saistībā ar šizofrēnijas diagnozi un vardarbības pieredzi.....	80
9.4. Pētījuma instrumentu ticamība un validitāte.....	83
Secinājumi.....	85
Pētījuma ierobežojumi.....	87
Pētījuma novitāte.....	87
Pētījuma rezultātu praktiskā pielietojamība.....	88
Turpmāko pētījumu virzieni.....	88
Nobeigums.....	89
Literatūras saraksts.....	91
Pielikumi.....	109

Pateicība

Izsaku visdziļāko pateicību visiem tiem cilvēkiem, bez kuru atsaucības, atbalsta, padomiem un rūpēm šis promocijas darbs nebūtu iedomājams.

Īpaši vēlos pateikties darba vadītājai profesorei Sandrai Sebrei par padomiem, atbalstu un iedrošinājumu promocijas darba izstrādē, kā arī par palīdzību zinātnisko publikāciju sagatavošanas procesā.

Vēlos izteikt pateicību profesoram Viesturam Reņģem un asociētai profesorei Ievai Bitei par vērtīgajiem ieteikumiem promocijas darba gala varianta tapšanas laikā, kā arī profesorei Malgožatai Raščevskai par sniegtajiem padomiem, kā labāk veikt datu apstrādi un interpretāciju.

Vēlos pateikties Strenču psihoneiroloģiskās slimnīcas psiholoģei Inesei Sniķerei, Rīgas psihoneiroloģiskās slimnīcas psihiatriem Elfai un Andrim Lutumiem, Sandrai Pūcei, 4. nodaļas vecākai māsai Zanei Bitainei, ambulatorās nodaļas vecākai māsai Inetai Grīnfeldei, Jelgavas psihoneiroloģiskās slimnīcas vadītājam Uldim Čāčus, psiholoģei Simonai Saulītei un psihiatrei Inetai Roziņai, kā arī savam tētim Uldim Gerhardam un psihiatrei Rūtai Gravai par atsaucību un sniegto palīdzību datu vākšanas procesā.

Psiholoģijas doktorantūras klīniskās psiholoģijas apakšnozares doktorantu grupas dalībniecēm Andai Upmanei, Ingai Skreitulei-Pikšei, Jeļenai Ļubenko un Ilonai Laizānei vēlos pateikties par idejām un uzmundrinājumu, veicot aptauju adaptāciju un rakstot darba melnrakstu.

Eiropas Sociālā fonda projekta “Atbalsts doktora studijām Latvijas Universitātē” Nr.2009/0138/1DP/1.1.2.1.2/09/IPIA/VIAA/004 piešķirtā stipendija laika posmā no 2009.gada 1.oktobra līdz 2010.gada 30.septembrim motivēja pabeigt iesākto darbu.

Vislielākais paldies manai mammai par nerimstošo atbalstu un ticību manām spējām visu psiholoģijas studiju gadu garumā. Vissirsnīgākais paldies manam vīram un dēliņam par mīlestību, sapratni un izturību, kas ik dienas iedvesmoja un deva spēku pabeigt iesākto. Paldies brālītim un Diānai, kas dažādos veidos ir palīdzējuši promocijas darba tapšanas procesā. Šis darbs nebūtu iespējams bez Jums visiem!

Ievads

Viens no neskaidrākajiem jautājumiem garīgās veselības traucējumu jomā ir disociatīvo traucējumu un šizofrēnijas diferencēšana. Pēdējo gadu publikācijās disociācijas jomā īpaša uzmanība ir pievērsta disociācijas un šizofrēnijas līdzībām un atšķirībām, kā arī disociatīvo simptomu izpausmēm šizofrēnijas gadījumā. Visbiežāk literatūrā, kas aplūko psihiatriskus traucējumus, šizofrēnija un disociatīvie identitātes traucējumi tiek aplūkoti kā savstarpēji nesaistīti sindromi.

Šizofrēnija mūsdienās tiek aplūkota kā ģenētiskas izcelsmes saslimšana, kuras genotipa izpausmes vides faktori var veicināt vai kavēt. Šizofrēnijas pētījumos tiek pievērsta uzmanība gēnu un vides (tai skaitā, piedzīvotas vardarbības pieredzei) mijiedarbībai un to ietekmei uz šizofrēnijas simptomu izteiktību, saslimšanas smagumu un ārstēšanas pieejām. Savukārt disociācija tiek aplūkota kā simptomu kopums, kura izcelsmes pamatā ir ilgstoša un smaga bērnības trauma (Foot & Park, 2008). Galvenais iemesls, kas apgrūtina disociatīvo traucējumu un šizofrēnijas atšķiršanu, ir līdzīgie simptomi, kas raksturīgi abiem traucējumu veidiem (Ross & Keys, 2004).

Disociatīvo traucējumu un šizofrēnijas simptomu pārklāšanās ir novērota ne tikai klīnisko gadījumu pētījumos, bet arī disociācijas un šizotipisko personības pazīmju pētījumos normālās populācijās (Merckelbach, Rassin, & Muris, 2000; Moskowitz, Barker-Collo, & Ellson, 2005). Ir pierādījies, ka šizotipiskas personības pazīmes statistiski nozīmīgi korelē ar bērnībā piedzīvotu vardarbību, tāpat pastāv saistība starp disociāciju un šizotipiskām personības pazīmēm.

1977.gadā Zubins un Springs (Zubin & Spring, 1977) publicēja rakstu „Ievainojamība: jauns skatījums uz šizofrēniju”, kas zināmā mērā bija pagrieziena punkts turpmākā šizofrēnijas izpratnē. Šajā rakstā zinātnieki norādīja, ka paaugstināta ievainojamība pret stresu, kas ir psihozes pamatā, ne vienmēr ir bioloģiskas izcelsmes. „Iegūtā ievainojamība” var rasties arī tādu nelabvēlīgu dzīves notikumu rezultātā, kā, piemēram, pēcdzemdību komplikācijas, ģimenes apstākļi, pārdzīvota vardarbība vai vienaudžu attiecības pusaudžu gados. Dažādi dzīves notikumi var pastiprināt vai kavēt psihozes attīstību (Zubin & Spring, 1977).

2008.gadā veiktajā pētījumā Rīds ar kolēģiem (Read, Fink, Rudegeair, Felitti, & Whitfield, 2008) apkopoja PsycINFO datu bāzē publicētos šizofrēnijas pētījumus laika posmā no 2000. līdz 2008.gadam ar mērķi noskaidrot bioloģisko, sociālo un psiholoģisko faktoru proporciju. No 23 775 pētījumiem 26% bija veltīti medikamentu efektivitātes izvērtēšanai šizofrēnijas ārstēšanā, 19% pētījumu aplūkoja bioloģiskos faktorus šizofrēnijas izcelsmē, 0,8% pētījumu izvērtēja sociāli ekonomisko aspektu saistību ar šizofrēniju un 0,5% aplūkoja šizofrēnijas saikni ar bērnībā piedzīvotu vardarbību un atstāšanu novārtā.

Kā norāda vairums mūsdienu pētnieku, lai dziļāk izprastu šizofrēnijas būtību, ir svarīgi ņemt vērā *visus* iepriekš minētos faktorus. Nenoliedzot bioloģisko faktoru nozīmi šizofrēnijas izcelsmē, daudz lielāka uzmanība būtu jāpievērš arī psiholoģiskajiem un sociālajiem aspektiem. 2005.gadā toreizējais Amerikas psihiatru asociācijas prezidents Šarfsteins (Sharfstein, 2005) norādīja, ka šizofrēnijas izpratnē dominējošam vajadzētu būt bio-psiho-sociālajam modelim. Līdz ar to promocijas darba **aktualitāte** ir tā, ka līdz šim ir nepilnīga izpratne par bērnībā piedzīvotas emocionālās, fiziskās un seksuālās vardarbības sekām šizofrēnijas pacientiem, un padziļināta vardarbības un tās atstāto psiholoģisko seku izpēte ir nepieciešama, lai efektīvāk palīdzētu šizofrēnijas pacientu ārstēšanā.

Šobrīd aizvien lielākā skaitā pētījumu zinātnieki cenšas noskaidrot cēloņsakarību starp bērnībā piedzīvotu vardarbību un dažāda veida psihiskiem traucējumiem, kā, piemēram, trauksmes un garastāvokļa traucējumiem (Cheasty, Clare, & Collins, 1998; Swanston et al., 2003), ēšanas traucējumiem (Grilo & Masheb, 2002; van Gerko, Huges, Hamill, & Waller, 2005), alkohola un narkotiku lietošanu (Spak, Spak, & Allebeck, 1997; Kendler et al., 2000). Neskatoties uz to, ka intensīvi tiek pētīta saistība starp bērnībā piedzīvotu vardarbību un dažādām garīgās veselības problēmām, ir salīdzinoši maz pētījumu, kas cenšas izprast vardarbības nozīmi šizofrēnijas simptomu izcelsmē (Hammersley, 2007).

Attiecībā uz disociācijas jomu, eksistē daudz pētījumu, kas aplūko vardarbības un disociācijas savstarpējo saistību (Coons, Browman, Pellow, & Schneider, 1989; Irwin, 1994; Putnam et al., 1986; Sanders & Giolas, 1991). Pētījumos ir pierādījies, ka disociatīvie simptomi ir sastopami kā ilgtermiņa sekas gan emocionālās, gan fiziskās, gan seksuālās vardarbības gadījumā. Pastāv cieša saistība starp vardarbību bērnībā un disociāciju kā aizsardzības stratēģiju, jo sevišķi tad, kad bērns emocionāli un fiziski ir atkarīgs no pieaugušā.

Apkopojot iepriekš minēto, promocijas darba **novitāte** ir saistīta ar disertācijas ietvaros veikto pētījumu, kas aplūko bērnībā piedzīvotās vardarbības, disociācijas simptomu un šizotipisko personības pazīmju savstarpējo saistību šizofrēnijas pacientēm un psihiski veselām¹ sievietēm. Līdzšinējie pētījumi vairāk fokusējas uz divu, atsevišķos gadījumos, trīs aspektu savstarpējo saistību, kā, piemēram, vardarbības sekas šizofrēnijas pacientiem, disociatīvo simptomu izpausmes šizofrēnijas gadījumā vai disociatīvo simptomu saistība ar bērnībā piedzīvoto vardarbību. Promocijas darba ietvaros veiktais pētījums apkopo visus šos nosauktos aspektus: disociatīvos simptomus, šizotipiskas personības pazīmes, bērnībā pārdzīvotu vardarbību. Bez tam līdzšinējos pētījumos nav pārbaudīta disociācijas kā mediatora loma starp vardarbības pieredzi un šizotipiskām personības pazīmēm. Līdzšinējās publikācijās ir izteikti

¹ Promocijas darbā tiek lietoti jēdzieni „psihiski veselās sievietes”, kā arī „sievietes bez psihiatriskas diagnozes”. Angļu valodā, lai apzīmētu psihiski veselus respondentus, visbiežāk tiek lietoti tādi jēdzieni kā „normal sample”, „non-clinical sample” vai „healthy controls”.

pieņēmumi, ka disociācija kā vardarbības sekas var pastiprināt šizotipiskas personības pazīmes (Steingard & Frankel, 1985).

Šī pētījuma ietvaros šizotipiskās personības pazīmes tiek aplūkotas dimensionālās pieejas ietvaros, un ar tām tiek saprasts personības pazīmju kopums, kura izteiktība nosaka sliekšni uz šizofrēnijai līdzīgu uzvedību. Līdzīgi disociācija tiek aplūkota šīs pieejas ietvaros, t.i., dažādiem cilvēkiem disociatīvie simptomi var variēt pēc savas izteiktības pakāpes sākot no normālas līdz pat patoloģiskai.

Pētījuma mērķis – izpētīt, kādas saistības pastāv starp disociatīviem simptomiem un šizotipiskas personības pazīmēm šizofrēnijas pacientēm ar dažādu vardarbības pieredzi.

Lai sasniegtu pētījuma mērķi, promocijas darbā tika izvirzīti šādi **pētījuma jautājumi**:

1. Kādas ir disociatīvo simptomu atšķirības sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi un psihiski veselām sievietēm, kuras ir cietušas no emocionālas, fiziskas vai seksuālas vardarbības bērnībā?
2. Kādas ir šizotipiskās personības pazīmju atšķirības sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi un psihiski veselām sievietēm, kuras ir cietušas no emocionālas, fiziskas vai seksuālas vardarbības bērnībā?
3. Kuri no bērnībā piedzīvotiem vardarbības veidiem un disociatīviem simptomiem vislabāk prognozē šizotipiskās personības pazīmes sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi un psihiski veselām sievietēm?

Hipotēze: disociācija ir mediators starp bērnībā piedzīvotu vardarbību un šizotipiskām personības pazīmēm.

Papildus jautājumi ir saistīti ar pētījuma instrumentu pirmreizējo adaptāciju:

1. Kādi ir latviešu valodā tulkotās Disociatīvās pieredzes skalas ticamības un validitātes rādītāji?
2. Kādi ir latviešu valodā tulkotās Šizotipiskās personības aptaujas ticamības un validitātes rādītāji?

Šī pētījuma **praktiskā lietderība**, pirmkārt, ir saistīta ar to, ka šī pētījuma rezultāti pierāda, ka šizofrēnijas simptomu izpausmes un simptomu pastiprināšanās var būt saistīta ne tikai ar bioloģiskajiem faktoriem, bet arī ar bērnībā piedzīvotu vardarbību un tās sekām. Domājot par psihiatriskās palīdzības attīstību Latvijā, promocijas darba pētījums pierāda, ka šizofrēnijas ārstēšanā ir svarīgi ne tikai pētīt medikamentu efektivitāti un uzlabošanu, bet arī aktualizēt preventīvos pasākumus (piemēram, sabiedrības izglītošanu, lai mazinātu vardarbību) un psiholoģiskās un psihoterapeitiskās palīdzības sniegšanas pacientiem un viņu tuviniekiem nozīmi.

Otrkārt, ir veikta divu jaunu instrumentu adaptācija un validizācija. Disociatīvās pieredzes skala, kas ir adaptēta un validizēta šajā pētījumā, ir visplašāk lietotā aptauja

disociācijas jomas pētījumos (van Ijzendoorn & Schuengel, 1996), līdzīgi šizotipiskās personības aptauja ir viens no visbiežāk izmantotajiem instrumentiem šizotipisko pazīmju noteikšanai dažādos pētījumos.

Pētījuma priekšmets – disociācija, disociatīvie simptomi, šizotipiskas personības pazīmes, sievietes ar šizofrēnijas diagnozi, emocionāla vardarbība, fiziska vardarbība, seksuāla vardarbība, Disociatīvās pieredzes skala, Šizotipiskās personības aptauja.

Pētījuma metode

Pētījuma dalībnieki. Pētījumā brīvprātīgi piedalījās 215 latviski runājošas sievietes. No šīm 215 sievietēm, 100 sievietes bija ar paranoīdas šizofrēnijas (F 20.0 saskaņā ar 10. Starptautisko slimību klasifikatoru, turpmāk tekstā – ICD-10) vai nediferencētas šizofrēnijas (F 20.3 saskaņā ar ICD-10) diagnozi un datu ievākšanas brīdī atradās psihoneiroloģiskā slimnīcā remisijas stāvoklī. Dati tika ievākti trijās Latvijas psihoneiroloģiskās slimnīcās – Rīgā, Jelgavā un Strenčos. Šajā grupā vecuma diapazons bija no 19 līdz 67 gadiem ($M = 42,80$, $SD = 11,64$).

Pārējās 115 sievietes bija bez psihiatra uzstādītas diagnozes. Demogrāfisko rādītāju aptaujā bija kontroljautājumi par to, vai sieviete kādreiz ir apmeklējusi psihologu, psihoterapeitu vai psihiatru un vai viņa kādreiz ir ārstējusies slimnīcā; ja jā – kāda iemesla dēļ. Līdz ar to šajā grupā netika iekļautas tās sievietes, kuras bija norādījušas, ka kaut reizi ir apmeklējušas psihiatru vai arī ir ārstējušās psihiatriskā slimnīcā, neirožu klīnikā vai psihiatrisko slimnīcu ambulatorās nodaļās. Šīs grupas respondenti pēc vecuma bija pielīdzināti sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi ($M = 41,97$, $SD = 12,36$; no 19 līdz 68 gadiem).

Galvenais iemesls, kādēļ respondenti bija tikai sievietes, ir tas, ka līdzšinējos pētījumos ar psihotiskiem pacientiem (Goff, Brotman, Kindlon, Waites, & Amico, 1991; Neria, Bromet, Sievers, Lavelle, & Fochtmann, 2002) ir pierādījies, ka sievietes biežāk nekā vīrieši ir cietušas no vardarbības bērnībā. Līdzīgi rezultāti ir pētījumos par bērnībā pārdzīvotu seksuālu vardarbību un tās sastopamības biežumu psihotisku pacientu vidū (Ross, Anderson, & Clark, 2005; Heads, Taylor, & Leese, 1997; Resnic, Bond, & Mueser, 2003; Wurr & Partridge, 1996) un sabiedrībā kopumā (Putnam, 2003; Finkelhor, Hotaling, Lewis, & Smith, 1990). Līdz ar to, lai varētu izveidot dažāda veida vardarbības grupas, pētījumam tika izvēlētas tikai sievietes.

Instrumentārijs:

1. Demogrāfisko rādītāju aptauja (izveidota šī pētījuma vajadzībām);
2. Bērnības traumas aptauja, BTA (Childhood Trauma Questionnaire, Bernstein et al., 1994; latviešu valodā adaptētā versija, Sebre, Lebedeva un Trapenciēre, 2004);
3. Šizotipiskās personības aptauja, SPA (The Schizotypal Personality Questionnaire, Raine, 1991; latviešu valodā adaptēta šī pētījuma ietvaros);
4. Disociatīvās pieredzes skala, DPS (The Dissociative Experiences Scale, Bernstein & Putnam, 1986; latviešu valodā adaptēta šī pētījuma ietvaros);

5. Disociācijas aptauja, DA (The Dissociation Questionnaire, Vanderlinden, van Dyck, Vanderreycken, Vertommen, & Verkes, 1993; latviešu valodā adaptētā versija, Sebre, 2000).

Disociatīvie simptomi tika noteikti, izmantojot divas aptaujas: Disociatīvās pieredzes skalu un Disociācijas aptauju. Disociācijas pētījumos, kas veikti Latvijā (Sebre, 2000), līdz šim ir izmantota Disociācijas aptauja, tādēļ, lai varētu salīdzināt promocijas darbā iegūtos disociācijas rādītājus ar iepriekš Latvijā iegūtiem disociācijas rādītājiem, tika izmantota gan šī aptauja, gan arī Disociatīvās pieredzes skala, kas līdz šim nebija tulkota latviski. Kā norāda pētnieki (van Ijzendoorn & Schuengel, 1996), visbiežāk pētījumos tiek izmantota tieši Disociatīvās pieredzes skala. Viens no būtiskākajiem iemesliem, kādēļ tika izveidota DPS, bija nepieciešamība pēc aptaujas, kas ne tikai kvalitatīvi, bet arī kvantitatīvi mērītu disociatīvo simptomu izteiktību. Savukārt DA vairāk akcentē disociatīvo simptomu kvalitatīvo izpratni – tieši tādēļ tajā ir izdalīti simptomi, kas nav DPS. Bez tam atšķiras abu disociācijas aptauju apgalvojumu formulējums. Disociācijas aptaujā apgalvojumi ir formulēti „Es” formā (piemēram, „Es bieži ne par ko nedomāju”), savukārt Disociatīvās pieredzes skalā apgalvojumi sākas ar „Daži cilvēki...” (piemēram, „Daži cilvēki reizēm atceras kādu pagātnes notikumu tik spilgti, ka liekas, it kā tas atkal notiktu”). DPS skalas autori (Bernstein & Putnam, 1986) šādas formas lietošanu pamato ar lielāku apgalvojumu neitralitāti.

Procedūra. Pētījuma dati tika ievākti laika posmā no 2008.gada jūlija līdz 2008.gada oktobrim. Visi respondenti tika informēti par pētījuma norisi un pētījumā piedalījās brīvprātīgi. Aptaujas no sievietēm bez psihiatriskās diagnozes tika ievāktas nelielās grupās, apmeklējot viņas darba vai studiju vietā. No šizofrēnijas pacientēm aptaujas tika ievāktas individuāli, apmeklējot viņas klīnikā. Pētījums izstrādāts atbilstoši Latvijas Klīnisko psihologu asociācijas ētikas kodeksa prasībām, datu ievākšanas un apstrādes gaitā tika pilnībā ievērota konfidencialitāte.

Datu apstrādes un analīzes metodes. Datu apstrādei tika izmantota SPSS 17.0 versija. Datu analīzē izmantots t-Stjūdenta kritērijs, daudzfaktoru dispersiju analīze, korelāciju analīze un hierarhiskā regresiju analīze.

Promocijas darba izstrādes gaitā tika veikti šādi **uzdevumi**:

1. zinātniskās literatūras apzināšana un analīze,
2. pētījuma projekta izstrāde,
3. pētījuma instrumentu adaptācija,
4. datu vākšana, apstrāde un analīze,
5. iegūto rezultātu interpretācija un secinājumu izdarīšana,
6. pētījuma pārskata atspoguļošana disertācijas formā.

Aizstāvēšanai izvirzītās tēzes

1. Sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi ir izteiktāki disociatīvie simptomi nekā psihiski veselām sievietēm.
2. Disociatīvo simptomu atšķirības šizofrēnijas pacientēm un psihiski veselām sievietēm ir saistītas ar piedzīvoto vardarbības veidu. Sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi un seksuālās vardarbības pieredzi ir izteiktāki tādi disociatīvie simptomi kā *identitātes apjukums*, *amnēzija*, *absorbciija* un *depersonalizācija*, salīdzinot ar šizofrēnijas pacientēm, kurām nav vardarbības pieredzes vai ir emocionālās vai fiziskās vardarbības pieredze. Psihiski veselām sievietēm bez vardarbības pieredzes ir mazāk izteikti disociatīvie simptomi nekā tām sievietēm, kas cietušas no emocionālas, fiziskas vai seksuālas vardarbības. Vardarbības pieredze pastiprina lielāko daļu disociatīvo simptomu, izņemot *amnēziju* un *absorbciiju*.
3. Gan šizofrēnijas diagnoze, gan bērnības vardarbības pieredze pastiprina disociatīvo simptomu izteiktību.
4. Sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi, atšķirībā no psihiski veselām sievietēm, ir izteiktākas šizotipiskās personības pazīmes kopumā, izteiktākas pozitīvās un negatīvās šizotipijas pazīmes, dezorganizētība, kā arī augstāki rādītāji lielākajā daļā šizotipisko pazīmju, izņemot *dīvainas pārliecības* jeb *magisko domāšanu*.
5. Sievietēm, kuras cietušas no emocionālas, fiziskas vai seksuālas vardarbības, neatkarīgi no šizofrēnijas diagnozes, ir izteiktākas šizotipiskās personības pazīmes nekā sievietēm bez vardarbības pieredzes bērnībā. Sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi bērnībā piedzīvota vardarbība pastiprina gan šizotipiskas personības pazīmes kopumā, gan arī tādas pazīmes kā *murgainas idejas par īpašām norādēm*, *dīvainas pārliecības*, *netipiska uztvere*, *dīvaina uzvedība* un *aizdomīgums*. Šizofrēnijas pacientēm vardarbības pieredzes ietekme nav novērojama tādās šizotipiskās personības pazīmēs kā *pārmērīga sociālā trauksme*, *tuvu draugu trūkums*, *ierobežotas emocijas* un *dīvaina runa*. Sievietēm bez psihiatriskas diagnozes vardarbības pieredzes ietekme nav novērojama tādās pazīmēs kā *pārmērīga sociālā trauksme*, *ierobežotas emocijas* un *aizdomīgums*.
6. Gan šizofrēnijas diagnoze, gan bērnības vardarbības pieredze pastiprina šizotipiskās personības pazīmju izteiktību.
7. Šizotipiskās personības pazīmes pozitīvi korelē ar disociatīviem simptomiem, neatkarīgi no šizofrēnijas diagnozes. *Pozitīvās šizotipijas pazīmes* un *dezorganizētība* ir vidēji cieši saistītas ar disociatīviem simptomiem. *Negatīvas šizotipijas pazīmes* ir vāji saistītas vai arī nekorelē ar disociatīviem simptomiem.
8. Sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi *pozitīvās šizotipijas pazīmes* prognozē bērnībā piedzīvota seksuālā vardarbība un *identitātes apjukums*.

9. Sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi *negatīvās šizotipijas pazīmes* prognozē bērnībā piedzīvota seksuālā vardarbība un *kontroles zaudēšana*.
10. Sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi *dezorganizētības pazīmes* prognozē piedzīvota emocionālā vardarbība bērnībā, *kontroles zaudēšana* un *absorbcija*.
11. Psihiski veselām sievietēm *pozitīvās šizotipijas pazīmes* prognozē bērnībā piedzīvota seksuālā vardarbība, *identitātes apjukums* un *absorbcija*.
12. Psihiski veselām sievietēm *negatīvās šizotipijas pazīmes* prognozē emocionālās vardarbības pieredze bērnībā un *kontroles zaudēšana*.
13. Psihiski veselām sievietēm *dezorganizētības pazīmes* prognozē emocionālās vardarbības pieredze bērnībā un *identitātes apjukums*.
14. Disociatīviem simptomiem ir parciāla mediatora efekta saistība starp bērnības vardarbības pieredzi un šizotipiskām personības pazīmēm. Sievietēm, kuras ir cietušas no vardarbības bērnībā un kurām ir disociatīvi simptomi, ir pastiprinātas šizotipiskas personības pazīmes. Šis daļējā mediatora efekts ir gan sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi, gan psihiski veselām sievietēm.
15. Disociatīvās pieredzes skalas un Šizotipiskās personības aptaujas patreizējiem adaptācijas variantiem ir labi iekšējās saskaņotības rādītāji un pārbaudītie validitātes aspekti atbilst teorētiskajiem priekšstatiem par konstruktū dabu.

Promocijas darbs sastāv no ievada, teorētiskās daļas, pētījuma metožu, rezultātu analīzes un iztirzājuma daļas, nobeiguma, izmantotās literatūras saraksta un pielikumiem. Darbā ir iekļautas 26 tabulas un 5 attēli, izdarītas atsauces uz 246 literatūras avotiem. Promocijas darba apjoms bez pielikumiem ir 108 lappuses, pielikumi aizņem papildu 6 lappuses.

1. Disociācijas jēdziena izpratne

Psiholoģijā jēdziens „disociācija” tiek lietots divās nozīmēs. Pirmajā gadījumā šo jēdzienu šaurā nozīmē lieto neiropsiholoģijā un kognitīvajā psiholoģijā, lai apzīmētu tā saucamo “dubulto disociāciju”, kad divi psihiski procesi vai sistēmas darbojas neatkarīgi viens no otra. Otrajā gadījumā disociācijas jēdzienu lieto klīniskās psiholoģijas kontekstā (Holmes et al., 2005), kā tas tiks darīts arī promocijas darbā.

Disociācijas pamatā ir grūtības normālā veidā integrēt domas, emocijas, atmiņas, identitāti un pieredzi jau esošajā atmiņas sistēmā (Ross, 1996). Kā norāda van der Kolks un Fislers (van der Kolk & Fisler, 1995), šie neintegrētie pieredzes aspekti nav pieejami indivīda apziņas kontrolei, tomēr neapzinātā veidā turpina ietekmēt cilvēka uztveri, emocijas un uzvedību. Disociatīvai pieredzei var izdalīt piecus pamata simptomus (Steinberg, 1994):

amnēziju, depersonalizāciju, derealizāciju, identitātes apjukumu (*confusion*) un identitātes maiņas (*alteration*).

Amnēziju var definēt kā atmiņas zudumu par vienu vai vairākām personīgi svarīgām dzīves epizodēm, no kurām daļa var būt traumatiskas un stresu izraisošas (Steinberg, 1994). Amnēziju disociācijas gadījumā raksturo tāds izteikums kā, piemēram: „Reizēm es neko nevaru atcerēties par dažiem svarīgiem notikumiem savā dzīvē, piemēram, nobeiguma eksāmeniem vai pat savām kāzām” (Vanderlinden et al., 1993). Disociatīvo amnēziju parasti aplūko kā funkcionālu amnēziju, kurai nav organiska izcelsme.

Depersonalizācija tiek raksturota kā pastāvīga vai periodiska atsvešinātības izjūta no sevis un sava ķermeņa. Biežāk sastopamās depersonalizācijas pazīmes ir emocionāla atsvešinātība un sastingums, izjūta, it kā dzīvotu sapnī vai vērotu sevi no malas, sajūta, it kā ķermenis vai tā daļas būtu dīvainas vai svešas (Steinberg, 1994). Attiecībā uz ķermeni var būt raksturīgas izjūtas, it kā ķermenis peldētu vai lidotu, vai arī atsevišķas ķermeņa daļas mainītu savu izmēru. Piemēram, to raksturo tāds izteikums kā: „Reizēm man ir sajūta, ka mans ķermenis pārmainās” (Vanderlinden et al., 1993). Dažas depersonalizācijas pazīmes var atgādināt halucinācijas, kas rodas psihiskas saslimšanas gadījumā, taču, atšķirībā no tām, depersonalizācijas laikā saglabājas adekvāta realitātes uztvere un indivīds apzinās, ka viņa izjūtas neatbilst īstenībai.

Derealizāciju raksturo izjūta, ka apkārtējā pasaule ir nereāla. Derealizācijas gadījumā indivīdam var likties, ka viņš ir zaudējis saikni ar ārējo realitāti, piemēram, mājas, darba vieta, draugi un tuvinieki var likties savādi un nepazīstami. Derealizācijas pieredze bieži ir saistīta ar labi pazīstamu cilvēku un priekšmetu neatpazīšanu (Steinberg, 1994), piemēram: „Dažreiz man ir teikts, ka es iztuos tā, it kā draugi vai ģimenes locekļi būtu man svešinieki” (Vanderlinden et al., 1993). Derealizācija un depersonalizācija var izpausties arī kā laika un telpas uztveres traucējumi (Charbonneau & O'Connor, 1999; Steinberg, 1994).

Identitātes apjukums ir saistīts ar subjektīvu nenoteiktības izjūtu attiecībā uz savu Es. Indivīds, kas piedzīvo identitātes apjukumu, var sūdzēties par iekšēju konfliktu starp sevi un citu personu sevī, kura mēģina pārņemt kontroli pār indivīda uzvedību (Steinberg, 1994). To raksturo tādi izteikumi, kā: „Dažreiz liekas, it kā manī būtu kāds cits cilvēks, kas izlemj, ko man darīt” vai, piemēram: „Gadās, ka es dzirdu savā galvā balsis, kas norāda, ko man darīt, vai komentē to, ko es daru” (Vanderlinden et al., 1993). Kā uzsver Steinberga (Steinberg, 1994), identitātes apjukums ir saistīts nevis ar grūtībām atrast savu vietu sabiedrībā, bet gan ar konfliktējošām personībām. Tādejādi identitātes apjukums disociācijas gadījumā būtiski atšķiras gan no citu psihisko traucējumu identitātes apjukuma, gan no normālām identitātes krīzēm, kas sastopamas pusaudžu gados vai pusmūžā.

Identitātes maiņas savukārt raksturo uzvedības modeļu daudzveidība. Mainoties indivīda identitātēm, līdzī mainās arī uzvedības modeļi, piemēram, cilvēks sevi dēvē citā personvārdā, runā citā balsī, rīkojas pilnīgi atšķirīgi no pierastā (Steinberg, 1994). Identitātes maiņas bieži ir saistītas ar amnēziju, piemēram, to raksturo tāds izteikums kā: „Gadās, ka veseli laika posmi it kā pazūd no apziņas, un es nevaru atcerēties, ko tajā laikā esmu darījis” (Vanderlinden et al., 1993).

1.1. Disociācijas jēdziens vēsturiskā kontekstā

Vēsturiski franču psihiatrs Pjērs Žanē (Pierre Janet) un neirologs Žans Martins Šarko (Jean-Martin Charcot) bija disociācijas jēdziena aizsācēji, kas to lietoja histērijas ārstēšanas kontekstā (Janet, 1889, kā minēts Putnam et al., 1993). 1889.gadā Žanē publicēja rakstu „Psiholoģiskais automātisms”, kas fokusējās uz gadījumu analīzēm, kurās bija raksturoti pacienti ar disociatīviem traucējumiem, viņu uzvedība un ārstēšana ar hipnozi (Janet, 1889, kā minēts Middleton, Dorahy, & Moskowitz, 2008). Žanē uzskatīja, ka traumatiskās pieredzes neintegrētie aspekti var izpausties fiziskās sajūtās, biedējošos tēlos, nakts murgos, un hipnoze ir tā, kas var palīdzēt atkārtoti pārdzīvot pagātnes traumatiskos notikumus un tādejādi integrēt šīs atmiņas esošajās „jēgas shēmās” (Janet, 1894, kā minēts van der Kolk & van der Hart, 1995).

Žanē un Šarko uzskati sākotnēji iespaidoja Z. Freidu, kurš laika posmā no 1885. līdz 1886.gadam dzīvoja Parīzē un novēroja Žanē un Šarko darbu Salpetrijēras (*Salpetriere*) slimnīcā (Middleton, Dorahy, & Moskowitz, 2008). 1893.gadā Breiers un Freids (Breuer & Freud, 1893, kā minēts Middleton et al., 2008) rakstīja, ka, lai saprastu histēriju, ir jāpieņem disociācijas (apziņas satura sašķeltības) klātbūtne un ka histērijas lēkmes ir agrāk piedzīvotu psihisko stāvokļu atkārtošāšanās.

Turpmākajos gados interese par disociāciju pakāpeniski samazinājās. 1895.gadā Freids savā teorijā ieviesa jēdzienu „izstumšana”. Pēc Freida domām, traumatiskā pieredze sākotnēji tiek apstrādāta un tad aktīvi izstumta no apziņas, kas bija pretrunā Žanē uzskatiem, ka traumatiskās atmiņas jau no to rašanās brīža nav integrētas esošajā apziņā. Ja sākotnēji Freids un Breiers uzskatīja, ka histērijas izcelsme ir saistīta ar reālu traumatisku pieredzi (Breuer & Freud, 1893, kā minēts Middleton et al., 2008), piemēram, bērnībā notikušu seksuālu izmantošanu, tad vēlāk Freids attiecās no šīs idejas un izteica pieņēmumu, ka tas, ko pacienti izstumj, ir aizliegtas, seksuālas fantāzijas.

Vēl viens būtisks iemesls, kas veicināja disociācijas noliegšanu, bija jēdziena „šizofrēnija” parādīšanās 1911.gadā, ko piedāvāja šveiciešu psihiatrs Eižens Bleilers (Eugen Bleuler) un kas tulkojumā no grieķu valodas nozīmēja „sašķelts prāts” („schizo” – prāts un „phrenos” – sašķelt, sadalīt) (E. Bleuler, 1911/1950, kā minēts Carson, Butcher, & Mineka,

2000). Tā pacientiem, kuri cieta no disociatīviem traucējumiem, visbiežāk uzstādīja histērijas vai šizofrēnijas diagnozi (Ross, 1996).

Visbeidzot, trešais būtiskais iemesls, kas veicināja intereses samazināšanos par disociāciju, bija biheiviorisma kā dominējošā virziena nostiprināšanās ASV 20.gadsimta sākumā (Ross, 1996). Biheiviorisma teorija neatzina apziņas iekšējo stāvokļu apspriešanu, sadalītu apziņu vai simptomu cēloņus, kuri meklējami pacienta divdesmit trīsdesmit gadus vecā pagātnē. Kā norāda Ross (Ross, 1996), tēmas – disociācija, hipnoze, bērnībā pārciesta seksuāla vardarbība – 20.gadsimta sākumā tika nepelnīti atstātas novārtā.

Interese par disociāciju un izpratne par šo jēdzienu pakāpeniski sāka atgriezties 20.gadsimta sešdesmitajos un septiņdesmitajos gados, kad pētnieki un praktiķi ASV sāka runāt par reāli pastāvošu vardarbību pret bērniem. Pētījumi par vardarbību, tās sastopamību, ārstēšanas un profilakses pieejām, kā arī par tās sekām, veicināja disociācijas simptomu un traucējumu atzīšanu. Otrs iemesls, kas atjaunoja interesi par disociatīvajiem traucējumiem, bija Vjetnamas kara veterānu simptomātika un pētījumi par postraumatiskā stresa sindromu (tekstā turpmāk – PTSD). Daudziem kara veterāniem, atgriežoties mājās, saglabājās smagi psihopatoloģiski traucējumi saistībā ar karā pārdzīvoto, kas pierādīja to, ka jebkurai traumai ir psiholoģiskas sekas, kas saglabājas vēl ilgstoši pēc notikuma (Ross, 1996). Pieņemot šo likumsakarību, veidojās izpratne, ka smagai bērnības traumai var būt nopietnas sekas, kas saglabājas cilvēkam pieaugot.

Papildus sabiedrības interesi par disociatīviem traucējumiem veicināja piecdesmitajos un septiņdesmitajos gados ASV publicētās grāmatas “Ievas trīs sejas” (Thigpen & Cleckley, 1957) un “Sibilla” (Schreiber, 1973), pēc kurām tika uzņemtas filmas. Šajās grāmatās bija attēloti cilvēki ar disociatīvajiem identitātes traucējumiem (tekstā turpmāk – DIT), t.i., indivīdi, kuriem raksturīga divu vai vairāku atšķirīgu identitāšu vai personības stāvokļu eksistence, kur katra identitāte ir ar savu relatīvi ilgstošu uztveres, attiecību un domāšanas modeli un periodiski pārņem personības uzvedības kontroli (American Psychiatric Association [APA], 2000).

Būtisks pagrieziena punkts bija 1980.gadā izdotā Psihisko traucējumu diagnostikas un statistikas rokasgrāmatas trešā versija (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III, turpmāk tekstā – DSM-III) (APA, 1980), kurā pirmo reizi disociatīvie traucējumi bija aplūkoti atsevišķā nodaļā un multiplie personības traucējumi (jeb šobrīd – disociatīvie identitātes traucējumi) bija izvirzīti kā primārā diagnoze.

Neskatoties uz to, ka pēdējos trīsdesmit gadus disociācijas jomā notiek aktīva pētniecība, saistībā ar disociācijas jēdzienu un disociatīvajiem identitātes traucējumiem vēl joprojām ir ļoti daudz neskaidrību, par kurām speciālistiem ir dažādi viedokļi. Psiholoģijas un psihiatrijas speciālistu vidū ir skeptiķi, kuri uzskata, ka DIT ir radušies psihoterapijas un masu mediju ietekmē un ka šie traucējumi nav radušies traumas rezultātā (Aldridge-Morris, 1989; Chodoff,

1987; McHugh, 1993; Merskey, 1992; Spanos, 1994; Spanos, Weekes, & Bertrand, 1985). Saskaņā ar šo skeptiķu modeli, cilvēki ar DIT pārsvarā ir histeroīdas personības, kuras meklē uzmanību (Spanos, 1994). Psihoterapeitiskās metodes, ko izmanto šo cilvēku ārstēšanā, pēc Spanosa (Spanos, 1994) domām, var radīt disociatīvos identitātes traucējumus. Disociācijas būtības skeptiķiem ir oponenti, kuri iebilst, ka pacientiem ar DIT traucējumi ir bijuši jau pirms ārstniecības kursa uzsākšanas un ka vairums no šiem cilvēkiem patiesībā slēpj savus simptomus nevis tos akcentē, lai gūtu uzmanību (Boon & Draijer, 1993; Ross & Norton, 1989; Ross, Norton, & Fraser, 1989. Spiegel & Cardena, 1991).

Galvenie pētniecības virzieni disociācijas jomā šobrīd ir saistīti ar jaunu teorētisko konceptu pārbaudi (piemēram, strukturālā disociācija), DIT terapijas efektivitātes novērtēšanu, disociācijas izplatību klīniskās un normālās populācijās, kā arī par disociācijas saistību ar bērnībā piedzīvotu traumu un tās sekām. Salīdzinoši maz veikta ir disociācijas izpēte bērniem, līdzīga situācija vērojama arī starpkulturālajos pētījumos.

1.2. Disociācijas jēdziens DSM-IV-TR un ICD-10 klasifikācijās

Mūsdienās disociācijas jēdzienu visbiežāk skaidro kategorizēšanas vai dimensionālās pieejas ietvaros. Kategorizēšanas pieejā psihiskie un uzvedības traucējumi, tai skaitā disociācija, tiek grupēti diagnostiskās kategorijās un raksturoti ar specifisku kritēriju sarakstu. Šobrīd pasaulē viens no atzītākajiem psihisko traucējumu iedalījumiem ir atrodams Psihisko traucējumu diagnostikas un statistikas rokasgrāmatas ceturtajā rediģētajā versijā (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-Text Revision, turpmāk tekstā – DSM-IV-TR) (APA, 2000). Latvijā psihisko traucējumu diagnosticēšanai tiek izmantota Starptautiskās slimību klasifikācijas desmitā versija (International Classification of Diseases-10, turpmāk tekstā, ICD-10) (World Health Organization [WHO], 1992).

Lai arī disociācijas jēdziens ir pazīstams kopš 19.gadsimta beigām, psihiatrijā un psiholoģijā vēl joprojām trūkst šī jēdziena vienotas izpratnes. Daļēji šis vienotības trūkums atspoguļojas disociatīvo traucējumu atšķirībās DSM-IV-TR un ICD-10 klasifikācijās. Viena no galvenajām problēmām ir tā, ka disociācijas jēdziens šajās klasifikāciju sistēmās ir plašāks un nepietiekami skaidrots salīdzinājumā ar daudziem citiem jēdzieniem, kas tiek lietoti psihopatoloģijā, kā, piemēram, „fobija” vai „panikas lēkme” (Holmes et al., 2005).

ICD-10 disociācija tiek definēta kā “pilnīgs vai daļējs normālās integrācijas zudums starp pagātnes atmiņām, identitātes apzināšanos, pašreizējām sajūtām un kontroli pār ķermeņa kustībām” (WHO, 1992, p. 151). Līdzīgi DSM-IV-TR disociāciju raksturo kā traucējumus parasti integrētajā apziņas, atmiņas, identitātes vai apkārtējās pasaules uztveres darbībā (APA, 2000).

Kā redzams 1.tabulā, pēdējā DSM-IV-TR (APA, 2000) ir izdalīti 5 disociatīvo traucējumu veidi:

- disociatīvā amnēzija;
- disociatīvā fūga – disociatīvā amnēzija kombinācijā ar pēkšņu, negaidītu aiziešanu prom no mājām vai ierastās darba vietas un ceļošanu, parasti lielos attālumos, ko pavada apmulsums par personisko identitāti vai kādas jaunas identitātes daļēja vai pilnīga pieņemšana;
- disociatīvie identitātes traucējumi;
- depersonalizācija;
- neprecizēti disociatīvi traucējumi.

1.tabula. DSM-IV-TR un ICD-10 izdalītie disociatīvie traucējumi.

Simptomi	DSM-IV-TR	ICD-10
Disociatīvā amnēzija	•	•
Disociatīvā fūga	•	•
Depersonalizācija	•	
Neprecizēti disociatīvi traucējumi (transs un apsēstība)	•	•
Disociatīvs stupors		•
Disociatīvi kustību un sajūtu traucējumi (motoriski traucējumi, krampji, anestēzija un maņu zudums, jaukti disociatīvi traucējumi)		•
Citi disociatīvi traucējumi (tai skaitā, disociatīvie identitātes traucējumi jeb multiplie personības traucējumi)	•	•

ICD-10 traucējumu klasifikācija daļēji pārklājas ar DSM-IV-TR, bet papildus vēl tiek nosaukts stupors (spontāno kustību iztrūkums vai samazināšanās un normālas reakcijas trūkums uz ārējiem kairinātājiem – gaismu, skaņu, pieskaršanos) un disociatīvi kustību un sajūtu traucējumi (WHO, 1992) (skat. 1.tabulu). Citiem vārdiem sakot, ICD-10 disociatīvo traucējumu kategorijā ir iekļauta virkne traucējumu, kuriem raksturīgi tā saucamie pseido-neiroloģiskie simptomi (piemēram, sajūtu zudums, gaitas traucējumi, pseido-lēkmes, paralīze u.c.), kurus vēsturiski aplūkoja „histērijas” jēdziena ietvaros (Kihlstrom, 1994). Šī iemesla dēļ ICD-10 disociatīvie traucējumi pilnā nosaukumā tiek dēvēti par „disociatīviem (konversijas) traucējumiem”. Konversija tiek skaidrota kā nepatīkamo emociju (kas radušās indivīdam neatrisināmu problēmu vai konfliktu rezultātā) transformēšana somatiskos simptomos (WHO, 1992). DSM-IV-TR pretēji ICD-10 klasifikācijai šos kustību un sajūtu traucējumus ierindo plašākajā somatoformo traucējumu kategorijā. Somatoformie traucējumi ir saistīti ar somatiskām sūdzībām vai darba nespēju, bet šiem traucējumiem nevar atrast nekādu redzamu somatisku patoloģiju (APA, 2000).

ICD-10 no disociatīviem traucējumiem izslēdz depersonalizācijas traucējumus, bet kā atsevišķu kategoriju izdala transa un apsēstības traucējumus, kuri DSM-IV-TR klasifikācijā ir kategorizēti kā neprecizēti disociatīvi traucējumi (skat. 1.tabulu). Savukārt DSM-IV-TR kā atsevišķu kategoriju izdala disociatīvos identitātes traucējumus, turpretī ICD-10 klasifikācijā šie traucējumi (lietojot to iepriekšējo nosaukumu „multiplie personības traucējumi”) ir ierindoti pie citiem disociatīviem traucējumiem (skat. 1.tabulu).

1.3. Normāla un patoloģiska disociācija

Pēdējā desmitgadē psihiatrijā arvien populārāka kļūst dimensionālā pieeja (Bentall, 2004), kuras ietvaros disociācija tiek aplūkota kā nevienmērīgs fenomens, kas var variēt no apziņas stāvokļu izmaiņām, kas raksturīgas lielākai daļai cilvēku „normālā populācijā”, līdz pat patoloģiskiem simptomiem (Bernstein & Putnam, 1986; Ross, 1996; Waller, Putnam, & Carlson, 1996).

Saistībā ar dimensionālo pieeju disociācijai tiek izdalīti trīs galvenie simptomi. Pirmais no tiem ir *absorbcija*, kas tiek definēta kā pilnīga uzmanības pievēršana un iedziļināšanās noteiktā darbībā vai objektā, piemēram, „iegrimšana” aizraujošā grāmatā (Tellegen & Atkinson, 1974). Absorbciju raksturo tādi izteikumi kā, piemēram: „Kad skatos televīziju, es neievēroju, kas notiek ap mani” vai „Es varu tik ļoti ieslīgt savās fantāzijās vai sapņos, ka šķiet, ka tas, ko iztēlojos, patiešām notiek” (Vanderlinden et al., 1993). Otrs disociatīvais simptoms ir *amnēzija*, ko raksturo atmiņas zudums par vienu vai vairākām personīgi svarīgām dzīves epizodēm. Trešais simptoms ir *depersonalizācija* un *derealizācija*, kurām raksturīgs izmainīts apziņas stāvoklis ar atsvešinātības izjūtu no zināmiem ikdienas dzīves pieredzes aspektiem, vienalga, vai tas būtu ķermenis (ārpus ķermeņa pieredze), Es izjūta (kā depersonalizācija) vai apkārtējā pasaule (kā derealizācija). Nosauktie simptomi atšķiras pēc savas smaguma pakāpes. Absorbciju var uzlūkot kā daļu no „normāla” disociatīva pārdzīvojuma (Waller et al., 1996). „Normālai disociācijai” raksturīga arī aizsapņošanās un daļējs transa stāvoklis, kas var rasties, ilgstoši braucot ar mašīnu pa vienveidīgu ceļu (Braun, 1986; Ross, 1985). Amnēzija un depersonalizācija attiecas uz dimensionālās pieejas nākamo pakāpi kā smagāki disociatīvi traucējumi. Vissmagākā disociācijas forma dimensionālā pieejā ir disociatīvie identitātes traucējumi (Braun, 1986; Ross, 1985). Šie trīs simptomi ir pamatā vairākām disociācijas pētīšanas metodēm, piemēram, ASV zinātnieku Bernsteina un Putnama (Bernstein & Putnam, 1986) veidotā Disociatīvās pieredzes skala nosaka gan absorbciju, gan amnēziju, gan depersonalizāciju un derealizāciju.

Līdz pat pagājušā gadsimta deviņdesmitajiem gadiem viens no vadošajiem pētījumu pamatprincipiem bija pieņēmums par disociāciju kā variatīvu parādību jeb „disociatīvais kontinuiums” (*dissociative continuum*). Pēdējos gados veiktie pētījumi, liecina, ka pieņēmums par

disociatīvo traucējumu variāciju ir bijis pārāk vienkāršots (Spitzer, Barnow, Freyberger, & Grabe, 2006). Pētījumos pierādījies, ka eksistē divi atšķirīgi disociācijas veidi – „normālā” un „patoloģiskā disociācija”, un tikai „normālā disociācija” pēc savas būtības ir variatīva (Waller et al., 1996). „Normālai disociācijai” raksturīga jau iepriekš minētā absorbcija, aizsapņošanās un daļējs transa stāvoklis, un tā relatīvi bieži lielākā vai mazākā mērā ir sastopama normālā populācijā (Roche & McConkey, 1990). „Patoloģiskās disociācijas” pamatā ir depersonalizācija, derealizācija vai disociatīvā amnēzija, un pēc savas būtības tā ir taksoniska (*taxonic*) jeb citiem vārdiem – cilvēkam vai nu ir bijusi patoloģiska disociatīva pieredze, vai nav (Waller et al., 1996). „Patoloģiskās disociācijas” noteikšanai tiek izmantoti 8 apgalvojumi no Disociatīvās pieredzes skalas (Bernstein & Putnam, 1986; Waller et al., 1996).

Pētījumi liecina, ka Ziemeļamerikā patoloģiskā disociācija ir sastopama 2 – 3,3% populācijas (Waller & Ross, 1997; Seedat, Stein, & Forde, 2003). Savukārt Eiropā patoloģiskā disociācija parādās 1,8 – 2,9% psihiski veselo cilvēku grupā (Spitzer, Barnow, & Grabe, 2006). Pētījumos ar nejaušām izlasēm psihiatrisko pacientu grupās rādītāji bija 5,4 – 12,7% (Modestin & Erni, 2004; Spitzer, Barnow, & Grabe, 2006). Atsevišķas diagnožu grupas uzrādīja augstākus rādītājus, piemēram, sievietēm ar ēšanas traucējumiem patoloģiskā disociācija variēja no 4,8 līdz 48,6%, atkarībā no ēšanas traucējuma veida (Modestin & Erni, 2004; Spitzer, Barnow, & Grabe, 2006).

Pierādījumi par patoloģiskās disociācijas saistību ar dažādiem demogrāfiskiem rādītājiem joprojām ir nepārliciecināmi. Atsevišķos pētījumos parādās, ka patoloģiskā disociācija biežāk ir sastopama bērniem un jauniešiem (Irwin, 1999; Seedat et al., 2003; Spitzer, Barnow, & Grabe, 2006; Waller & Ross, 1997), taču šāda sakarība nav novērota pacientiem ar depersonalizācijas traucējumiem (Simeon, Knutelska, Nelson, Guralnik, & Schmeidler, 2003). Lielākajā daļā pētījumu nav izdevies konstatēt patoloģiskās disociācijas dzimumatšķirības (Irwin, 1999; Simeon et al., 2003; Spitzer et al., 2003; Waller & Ross, 1997), tomēr viena pētījuma (Seedat et al., 2003) rezultāti uzrāda, ka vīriešiem biežāk ir sastopama patoloģiskā disociācija.

Lai arī daudzi zinātnieki akceptē patoloģiskās disociācijas jēdziena noderīgumu, tā klīnisko un zinātnisko vērtību samazina metodoloģiskās problēmas (Spitzer, Barnow, Freyberger et al., 2006), piemēram, trūkst vienotas procedūras patoloģiskās disociācijas noteikšanai, līdz ar to dažādos pētījumos iegūtos rezultātus nav iespējams savstarpēji salīdzināt. Vēl viena metodoloģiska problēma ir patoloģiskās disociācijas stabilitāte laikā – vienā no pētījumiem parādījās, ka divu mēnešu periodā rezultātu stabilitāte ir vāja (Watson, 2003). Apkopojot iepriekš teikto, jāsecina, ka salīdzinājumā ar kategorizēšanas pieeju dimensionālā pieeja ir devusi lielu ieguldījumu tieši normālās un patoloģiskās disociācijas izpratnē.

1.4. Atsvešinātība un sašķeltība

Viena no jaunākajām pieejām disociācijas izpratnē ir disociācijas dalījums divos kvalitatīvi atšķirīgos konceptos: atsvešinātība (*detachment*) un sašķeltība (*compartmentalization*) (Allen, 2001; Holmes et al., 2005).

Sakaņā ar disociatīvā kontinuumu izpratni visi disociatīvie simptomi pēc būtības ir līdzīgi un atšķiras tikai pēc izteiktības pakāpes. Taču, kā atzīmē vairāki autori (Allen, 2001; Cardena, 1994; Ehlers & Clark, 2000; Frankel, 1990; Kihlstrom, 1994; van der Kolk & Fisler, 1995), šāda disociācijas jēdziena lietošana ir radījusi zināmu apjukumu. Piemēram, klīniskais psihologs var šo jēdzienu attiecināt uz klientu, kurš konsultācijas laikā izrāda emocionālu atsvešinātību un sastingumu. Savukārt cits psihologs ar disociāciju var saprast tādus klienta simptomus kā amnēzija vai sajūtu zudums. Vai šie speciālisti runā par vienu un to pašu fenomenu, kas atšķiras tikai pēc smaguma pakāpes?

Virkne pētījumu ir pierādījuši, ka runa ir par dažādiem disociācijas veidiem. Piemēram, Kardenā (Cardena, 1994) izdala trīs disociācijas veidus:

- disociācija kā dezintegrēti jeb sašķelti psihiski procesi (piemēram, disociatīva amnēzija un absorbcija);
- disociācija kā izmainīts apziņas stāvoklis, kas saistīts ar atsvešinātību no sevis vai pasaules (derealizācija un depersonalizācija);
- disociācija kā aizsardzības mehānisms.

Līdzīgi Kardenam vēl virkne citu pētnieku (Allen, 2001; Brown, 2002; Putnam, 1997) uzsver atšķirības, kas pastāv starp disociāciju kā psihisko procesu sašķeltību un disociāciju kā atsvešinātību no sevis un apkārtējās pasaules. Allena (Allen, 2001) piedāvātais disociācijas iedalījums atsvešinātībā un sašķeltībā šobrīd ir guvis lielāko atsaucību zinātnieku vidū (Holmes et al., 2005). Pēc Allena domām, atsvešinātība ir visizplatītākais disociatīvo traucējumu veids un ietver sevī depersonalizāciju un derealizāciju (Allen, 2001). Sašķeltības jēdzienu Allens izmanto, lai raksturotu sarežģītākus disociatīvus traucējumus – amnēziju, fūgu un disociatīvos identitātes traucējumus. Arī Putnams (Putnam, 1997) atdala “disociatīvā procesa simptomus” (depersonalizāciju un derealizāciju) no simptomiem, kam raksturīgs integrācijas trūkums starp atsevišķām pieredzes vai zināšanu daļām (piemēram, DIT). Līdzīgi citiem autoriem arī van der Kolks un Fislers (van der Kolk & Fisler, 1995), runājot par traumu, nošķir depersonalizāciju un derealizāciju no stāvokļiem, kam raksturīga patoloģiska informācijas sašķeltība atmiņā, kā tas ir, piemēram, DIT gadījumā.

Izmantojot Allena (Allen, 2001) piedāvāto disociācijas iedalījumu atsvešinātībā un sašķeltībā, tālāk tiks raksturoti šie divi pēc būtības atšķirīgie disociācijas veidi. Kā jau minēts iepriekš, atsvešinātība attiecas uz depersonalizāciju, derealizāciju un līdzīgiem

fenomeniem, kā, piemēram, ārpus ķermeņa pieredzi. Jebkurā no šiem gadījumiem cilvēks piedzīvo izmainītu apziņas stāvokli, kam raksturīga atsvešinātības izjūta no zināmiem ikdienas dzīves pieredzes aspektiem, vienalga, vai tas būtu ķermenis (ārpus ķermeņa pieredze), „es” izjūta (kā depersonalizācija) vai apkārtējā pasaule (kā derealizācija). Šīs disociācijas izpausmes bieži vien parādās, savstarpēji kombinējoties (Allen, Console, & Lewis, 1999; Steinberg 1993), kas, iespējams, liecina par kopēju neirobioloģisku mehānismu darbību (Sierra & Berrios, 1998).

Cilvēki, kas piedzīvo atsvešinātības izjūtu, bieži sūdzas par „nerealitātes” vai „kā sapnī” izjūtu. Citos aprakstos tiek uzsvērts izmainīts emocionāls pārdzīvojums vai emociju trūkums atsvešinātības brīdī (Sierra & Berrios, 1998). Indivīdam apkārtējā pasaule var šķist bez dzīvības, un viņš var stāstīt par piedzīvotajiem notikumiem bez īstas sajūtas, ka tie patiešām risinājušies (Allen et al., 1999).

Atsvešinātības jēdziens daudzos aspektos pārklājas ar citām disociatīvām izpausmēm, kas ir saistītas ar traumu un posttraumatisko stresu. Piemēram, jēdziens „peri-traumatiskā disociācija” atbilst atsvešinātībai, kas piedzīvota traumatiskā notikuma laikā (Dalgleish & Power, 2004). Savukārt emocionālais nejūtīgums, kas bieži raksturīgs PTSD, attiecas arī uz atsevišķām depersonalizācijas un derealizācijas formām (Spiegel & Cardena, 1991).

Viens no Allena (Allen, 2001) pieņēmumiem, kas skaidro atsvešinātības saistību ar PTSD, ir, ka traumas brīdī atsvešinātības rezultātā rodas psiholoģiskas un fizioloģiskas izmaiņas, kas kavē traumatiskās informācijas kodēšanu, un tas savukārt noved pie vāji integrētas traumatiskā notikuma reprezentācijas autobiogrāfiskajā atmiņā. Daļa pētnieku uzskata, ka šādi traucēti atmiņas procesi spēlē nozīmīgu lomu vēlāko uzmācīgo tēlu un atmiņu uzliesmojumu attīstībā (Brewin, Dalgleish, & Joseph, 1996; Brewin & Holmes, 2003; Conway & Pleydell-Pearce, 2000; Ehlers & Clark, 2000).

Otrs Allena (Allen, 2001) izdalītais disociācijas veids „sašķeltība” ir saistīts ar disociatīvo amnēziju, disociatīviem kustību un sajūtu traucējumiem (krampjiem, anestēziju, sajūtu zudumu), pseidohalucinācijām, kā arī disociatīvo fūgu un DIT. Visus šos sašķeltības fenomenus raksturo kontroles zudums pār psihiskajiem procesiem vai darbībām. Šo kontroles zudumu raksturo tādi izteikumi, kā: „Nemaz to negribot, es varu izplūst smieklos vai asarās bez jebkāda iemesla” vai „Es nezinu, kā es varētu sevi atturēt no kaut kādas rīcības” (Vanderlinden et al., 1993). Viena no būtiskām pazīmēm sašķeltībai ir tā, ka, neskatoties uz integrācijas zudumu, psihiskie procesi turpina darboties un var ietekmēt indivīda emocijas, kognitīvos procesus un rīcību (Brown, 2002; Cardena, 1994; Kihlstrom, 1992)

Kopumā jāsecina, ka disociācijas iedalījums kvalitatīvi dažādos veidos (patoloģiskā/ normālā disociācija un atsvešinātība/ sašķeltība) ir mēģinājumi padarīt disociācijas jēdzienu saprotamāku un precīzāku.

2. Šizofrēnija

1896.gadā vācu psihiatrs Emīls Krepelīns (Emil Kraepelin) nodalīja *dementia praecox* jeb priekšlaicīgo demenci (citā literatūrā – agrīno plānprātību) no maniakāli – depresīvās psihozes (Maddux & Winstead, 2007). Priekšlaicīgo demenci viņš raksturoja kā hronisku un progresējošu psihisku degradāciju, uzsverot gribas un emocionālās sfēras izmaiņas.

1911.gadā šveiciešu psihiatrs Eižens Bleilers (Eugen Bleuler) piedāvāja termina „priekšlaicīgās demences” vietā lietot jēdzienu „šizofrēnija”, kas tulkojumā no grieķu valodas nozīmē „sašķelts prāts” („schizo” – prāts un „phrenos” – sašķelt, sadalīt). E. Bleilers par šizofrēniju rakstīja: „Šī slimība ir kā orķestris bez diriģenta”, kas arī izsaka šizofrēnijas būtību – cilvēka iekšējās pasaules vienotības, harmonijas un nepārtrauktības izjūtas trūkums (E. Bleuler, 1911/1950, kā minēts Carson, Butcher, & Mineka, 2000).

Mūsdienās šizofrēnija tiek aplūkota kā ģenētiskas izcelsmes saslimšana, kuras genotipa izpausmes vides faktori var veicināt vai kavēt. Šizofrēnijas pētījumos tiek pievērsta uzmanība gēnu un vides (tai skaitā, piedzīvotas vardarbības pieredzei) mijiedarbībai un to ietekmei uz šizofrēnijas simptomu izteiktību, saslimšanas smagumu un ārstēšanas pieejām. Bieži vien saistībā ar šizofrēniju tiek lietots jēdziens „psihoze”, ar ko saprot kontakta zaudēšanu ar realitāti (Carson et al., 2000). Psihoze ir plašāks jēdziens nekā šizofrēnija, un tā var būt sastopama ne tikai šizofrēnijas gadījumā, bet arī bipolāru traucējumu, organiskas izcelsmes psihisku traucējumu, kā arī dažu garastāvokļa traucējumu gadījumā.

Par spīti bieži sastopamam pieņēmumam, ka šizofrēnija cilvēkus dažādās pasaules vietās skar vienlīdz bieži, tās sastopamība pasaulē un pat konkrētu valstu robežās ir atšķirīga. Ir pētījumi, kas nepārprotami norāda uz saistību starp urbanizētu dzīves veidu un šizofrēnijas diagnozi arī tādos gadījumos, kad tiek kontrolēti citi faktori, piemēram, dažādu atkarību izraisīto vielu lietošana, piederība noteiktai etniskai grupai vai sociālie aspekti (Maddux & Winstead, 2007). Šizofrēnijas sastopamība parasti tiek lēsta vidēji 1% no populācijas. Latvijā 2008.gadā reģistrēti 18820 pacientu ar šizofrēnijas, šizotipisko traucējumu un murgu diagnozi (F20 pēc ICD-10), kas ir aptuveni 0,83% no populācijas (Veselības ekonomikas centrs, 2009). Lai arī šizofrēnija vienlīdz bieži skar kā vīriešus, tā sievietes, tā parasti agrāk izpaužas vīriešiem (20 – 25 gadu vecumā), pretstatā sievietēm, kurām tā parasti sākas 25 – 29 gadu vecumā. Daudz retāk

sastopami gadījumi, kad šizofrēnija rodas bērnībā, kā arī vēlīnos pusmūža un mūža norieta gados (Maddux & Winstead, 2007).

Bleilers (Bleuler, 1911, kā minēts Boyle, 2002) uzskatīja, ka šizofrēnijai ir četri, tā saucamie, pamatsimptomi: *autisms* jeb noslēgtība, gremdēšanās sevī un intereses trūkums par apkārtni, *asociāciju jeb integrētības traucējumi*, *ambivalence*, kas pacientam izpaužas neizlēmībā, kas viņu pilnīgi paralizē, un *afektīvie traucējumi*, kad, piemēram, dabiskas, situācijai piemērotas jūtas vai nu netiek izpaustas vispār, vai arī ir stipri atšķirīgas no normālām. Kā papildus simptomus Bleilers (Bleuler, 1911, kā minēts Maddux & Winstead, 2007) izdalīja murgus, halucinācijas, kustību traucējumus, somatiskos simptomus, maniakālos un melanholiskos stāvokļus. Viņš uzskatīja, ka atšķirībā no pamata simptomiem papildinošie simptomi nav sastopami visiem šizofrēnijas pacientiem un bieži ir novērojami arī citu slimību gadījumos.

1959.gadā vācu psihiatrs Kurts Šnaiders (Kurt Schneider) piedāvāja nedaudz savādākus šizofrēnijas diagnostikas kritērijus (Maddux & Winstead, 2007). Līdzīgi Bleileram, Šnaiders uzskatīja, ka pastāv noteikti vadošie simptomi, kas raksturīgi tikai šizofrēnijai un ir izmantojami tās diagnosticēšanai (Schneider, 1959; kā minēts Maddux & Winstead, 2007). Savā klasifikācijā šos diagnostikas simptomus viņš nosauca par „pirmās pakāpes simptomiem” (skatīt 2.tabulu). Kā norāda Medaks un Vinsteda (Maddux & Winstead, 2007), Šnaidera pieeja lielā mērā ir pamatā pašreizējam šizofrēnijas diagnostikas simptomu iedalījumam, kas sastopams abās klasifikācijās DSM-IV-TR un ICD-10.

2.tabula. Šnaidera pirmās pakāpes simptomi (Maddux & Winstead, 2007).

Domu atbalsošanās vai sadzirdamas domas (pacienti savas domas dzird neparasti skaļi)
Domu pārraidīšana (pacienti tic, ka citi var dzirdēt viņu domas)
Domu uzspiešana (pacienti izjūt, ka daļa no viņu domām ir no ārienes, ka tās nerodas pacienta paša prātā)
Domu atņemšana (pacienti tic, ka cēlonis pārrāvumiem domu gaitā ir tas, ka kāds atņem viņu domas)
Somatiskas halucinācijas (neparastas, neizskaidrojamas ķermeņa izjūtas)
Pasivitātes izjūta (pacienti tic, ka viņu domas, jūtas un rīcību kontrolē kāds cits vai citi)
Murgaina uztvere (pēkšņa, uzmācīga un kļūdaina pārliecība par kādiem noteiktiem ikdienas notikumiem)

Mūsdienās šizofrēnija visbiežāk tiek raksturota ar *pozitīviem* (jeb produktīviem) un *negatīviem* (jeb deficīta) simptomiem (Harvey & Walker, 1987). Nereti literatūrā tiek aprakstīta trešā simptomu grupa – *dezorganizācijas sindroms*, kam raksturīga haotiska runa, domas un uzvedība (Ratakonda, Gorman, & Yale, 1998; Toomey, Faraon, Simpson, & Tsuang, 1998).

Par pozitīvajiem simptomiem sauc slimības izsauktās pārmaiņas. Šie simptomi ir uztveres un uzvedības traucējumi: halucinācijas (nereālu lietu redzēšana, dzirdēšana vai jušana), murgu

idejas (pārliecība, kura nav pamatota ar faktiem), izteikti domāšanas traucējumi, dezorganizēta uzvedība un katatonija (neiropsihiski traucējumi, kuriem raksturīgs galēji paaugstināts muskulatūras tonuss un kuru izpausme ir uzbudinājums vai sastingums). Lielāko daļu šizofrēnijas pirmā ranga simptomu, ko piedāvāja Šnaiders, var attiecināt uz pozitīvajiem simptomiem.

Negatīvie simptomi ir slimības rezultātā zūdošās rakstura īpašības, intereses, vēlmes vai spējas. Šiem simptomiem raksturīga emocionāla vienaldzība, nabadzīga runa, enerģijas un gribas aktivitātes zudums un anhedonija (depresīvs noskaņojums, nespēja izjust prieku par ikdienišķām un iepriecinošām lietām). Šos simptomus savukārt izcēla Bleilers (Bleuler, 1911, kā minēts Boyle, 2002). Neskatoties uz to, ka slimības gaitā vairums pacientu uzrāda gan pozitīvās, gan negatīvās pazīmes, pētījumos ir pierādījies – slimībai ir nelabvēlīgāka norise tad, ja dominē šizofrēnijas negatīvie simptomi (Fenton & McGlashan, 1994).

Krova (Crow, 1985) piedāvātajā simptomu klasifikācijā vairāk akcentēti šizofrēnijas bioloģiskie faktori un laiks, kad slimība sākas. Krovs (Crow, 1985) izdala I tipa un II tipa šizofrēniju, taču pēc savas būtības šī klasifikācija papildina jau minētos pozitīvos un negatīvos simptomus. Krova (Crow, 1985) izdalītajai I tipa šizofrēnijai atbilst pozitīvie simptomi, un tā vieglāk padodas ārstēšanai ar antipsihotiskajiem medikamentiem. Cilvēkiem ar I tipa šizofrēniju ir normāli attīstīti galvas smadzeņu ventrikuli, bet vērojami traucējumi limbiskajā sistēmā. II tipa šizofrēnijai atbilst negatīvie simptomi, slimības gadījumā cilvēkam raksturīgi palielināti galvas smadzeņu ventrikuli, raksturīgi pieres daivas funkciju traucējumi un neskaidra reakcija uz medikamentiem.

Mūsdienās šizofrēnijas diagnozes uzstādīšanai tiek izmantota vai nu DSM-IV-TR vai ICD-10 klasifikācija.

Saskaņā ar DSM-IV-TR (APA, 2000) šizofrēnijas diagnozi var uzstādīt, ja ir vērojami kritēriji:

A. Raksturīgie simptomi: murgi, halucinācijas, dezorganizēta runa, dezorganizēta vai katatoniska uzvedība, negatīvie simptomi (afektīvs trulums, u.c.). Vismaz diviem vai vairāk simptomiem jābūt novērotiem 1 mēneša garumā (vai īsākā laika periodā, ja tiek efektīvi ārstēti). Izņēmuma simptomi ir ļoti īpatnējas murgu idejas, dzirdes halucinācijas kā balsis, kuras komentē cilvēka uzvedību vai domas, vai arī vairākas balsis, kas savstarpēji sarunājas. Šo simptomu gadījumā pietiek tikai ar vienu simptomu, lai diagnosticētu šizofrēniju.

B. Sociālā disfunkcija: salīdzinājumā ar periodu pirms saslimšanas ir ievērojamas negatīvas izmaiņas vienā vai vairākās galvenajās sociālās funkcionēšanas jomās (mācības, darbs, savstarpējās attiecības, pašaprūpe).

C. Ilgums: traucējuma pazīmes tiek novērotas vismaz 6 mēnešu garumā. Šajā periodā ir iekļauts vismaz viena mēneša periods, kad parādās A kritērija simptomi; var būt arī periodi, kad izpaužas

tikai negatīvie simptomi vai divi vai vairāk pozitīvie A kritērija simptomi pavājinātā veidā (piem. dīvaini uzskati, neparastas uztveres pieredzes).

D. Šizoafektīva vai garastāvokļa traucējumu izslēgšana

E. Ķīmisko vielu/ medikamentu ietekmes izslēgšana: traucējums nav saistīts ar vielu lietošanas tiešu fizioloģisko efektu vai cilvēka medicīnisko stāvokli.

F. Attiecības ar attīstības traucējumiem: ja anamnēzē ir autisms vai citi attīstības traucējumi, šizofrēnija tiek diagnosticēta, ja vismaz 1 mēnesi novēro murgus vai halucinācijas

Latvijā psihiatri šizofrēnijas diagnosticēšanai izmanto ICD-10 (WHO, 1992) piedāvātos kritērijus:

- (a) domu atbalsošanās, uzspiešana, atņemšana vai pārraidīšana;
 - (b) murgi par kontroli vai ietekmi uz ķermeni, domām, rīcību vai sajūtām; murgaina uztvere;
 - (c) dzirdes halucinācijas, kurās balsis komentē vai apspriež pacientu vai viņa uzvedību; vai jebkura veida dzirdes halucinācijas, kas nāk no kādas ķermeņa daļas;
 - (d) pastāvīgi murgi, kas ir pilnīgi neiespējami vai kultūrāli nepieļaujami;
 - (e) pastāvīgas halucinācijas bez afektīva satura;
 - (f) domu plūsmas jeb asociāciju pārrāvumi, kā rezultātā rodas nesakarīga vai neatbilstoša runa vai jaunvārdi;
 - (g) katatoniska uzvedība;
 - (h) „negatīvi simptomi”;
 - (i) nozīmīgas un pastāvīgas izmaiņas dažādos personības uzvedības aspektos, kā, piemēram, intereses zaudēšana, bezmērķīgums, bezdarbība un iegrimšana sevī vai sociālā attālināšanās.
- Šizofrēnijas diagnozi uzstāda, ja var novērot:

- I. Vienu vai vairākus iepriekš nosauktos simptomus, kas pieder pie a, b, c vai d grupas; vai divus vai vairākus simptomus no e, f, g, h vai i grupām;
- II. Šie simptomi ir skaidri izteikti un turpinās mēnesi un ilgāk;
- III. Tiek izslēgti primāri afektīvi traucējumi un organiska traucējumu izcelsme (WHO, 1992).

DSM-IV-TR klasifikatorā tiek izdalīti pieci šizofrēnijas tipi: dezorganizētais, katatoniskais, paranoīdais, reziduālais un nediferencētais šizofrēnijas tips (APA, 2000).

Dezorganizētais tips visbiežāk attīstās agrīnākā vecuma posmā nekā pārējie šizofrēnijas tipi un izpaužas smagākā personības dezintegrācijā. Šim šizofrēnijas tipam raksturīga dezorganizēta runa un uzvedība, kā arī emocionāls trulums vai neadekvātas emocijas (Maddux & Winstead, 2007). Iepriekšējā klasifikācijā DSM- III šis tips tika saukts – hebefrēnā šizofrēnija (APA, 1987).

Katatoniskajam šizofrēnijas tipam uzbudinājuma stāvokli periodiski nomaina izteikta nošķirtība un attālināšanās no citiem. Attālināšanās gadījumā vērojams pēkšņs aktivitātes zudums, kustību traucējumi un, tā saucamais, katatoniskais stupors – tendence ieņemt specifiskas

pozas, kuras var saglabāties vairākas stundas un pat dienas, kā arī izteikts negatīvisms.

Pāreja no stupora uz pārspīlētu uzbudinājumu var notikt negaidīti.

Paranoīdam šizofrēnijas tipam īpaši dominē absurdi un neloģiski murgi, ko bieži pavada spilgtas halucinācijas. Šim šizofrēnijas tipam ir traucēta spēja izdarīt kritiskus spriedumus un raksturīga nepastāvīga, neprognozējama un bieži vien bīstama uzvedība, kas saistīta ar pacienta izjūtu, ka viņu vajā un pret viņu tiek vērstas sazvērestības. Hroniskos gadījumos uzvedība parasti ir mazāk dezorganizēta nekā citiem šizofrēnijas tipiem un mazākā mērā ir izteikta attālināšanās no sociālajām attiecībām, kā arī šim šizofrēnijas tipam ir vislabākās ārstēšanas prognozes.

Reziduālā šizofrēnijas tipa gadījumā pacienti cieš no mānijām, halucinācijām vai jucekļīgas runas un uzvedības. Trūkst motivācijas un intereses par ikdienas dzīvi.

Nediferencētais šizofrēnijas tips atbilst ICD-10 galvenajiem šizofrēnijas diagnostiskajiem kritērijiem, bet nesaskan ne ar vienu no minētajiem tipiem vai uzrāda līdzību ar vairākiem, bez izteikta atsevišķo diagnostisko parametru pārsvara.

Līdzīgs šizofrēnijas iedalījums ar dažām atšķirībām vērojams otrā klasifikācijā ICD-10. Tāpat kā DSM-IV, arī ICD-10 izdala katatonu, paranoīdu, nediferencētu, reziduālu un hebefrēnu šizofrēniju. Papildus vēl tiek izdalīta vienkārša šizofrēnija, cita veida šizofrēnija un neprecizēta šizofrēnija (WHO, 1992).

Atkarībā no šizofrēnijas tipa, tās norise var būt vai nu nepārtraukta vai periodiska. Pirmajā gadījumā slimība 1 – 2 gadu laikā var radīt noteiktas izmaiņas, ko raksturo domāšanas sašķelšanās un emocionāls trulums. Citos gadījumos slimības norises process attīstās lēni, pakāpeniski, un tikai pēc daudziem gadiem izdodas diagnosticēt domāšanas un emociju izmaiņu cēloni (Maddux & Winstead, 2007). Periodiskā norise ir labvēlīgāka, jo slimības attīstības procesā ir ilgāki vai īsāki pārtraukumi, kad slimnieks uzskatāms par relatīvi veselu. Šajā grupā ietilpst arī tādi slimnieki, kam visa mūža garumā bijusi tikai viena šizofrēnijas lēkme, kas beigusies ar izveseļošanos. Taču parasti šī slimība periodiski atkārtojas. Uzlabošanās var iestāties jebkurā slimības stadijā, un faktiskā izveseļošanās ir ātrāka, ja uzlabošanās iestājas agrāk un aptver ilgāku laika periodu.

Mūsdienās šizofrēnijas izcelsmi skaidro ar bioloģisko, psiholoģisko un sociālo faktoru mijiedarbību. Pētījumu rezultāti liecina, ka slimības simptomu rašanos, smaguma pakāpi, sastopamības biežumu ietekmē galvas smadzeņu ķīmiskās darbības izmaiņas, smadzeņu strukturālās izmaiņas, kā arī tādi faktori, kā attiecības ar vecākiem, pārdzīvota vardarbība, socioekonomiskie apstākļi u.c. (Maddux & Winstead, 2007).

3. Šizotipiskas personības pazīmes

Jēdziens „šizotips” ir saīsinājums no vārdiem „šizofrēniskais fenotips” (Rado, 1956). Amerikāņu psihologs Pols Mīls (Meehl, 1962) bija viens no pirmajiem, kas definēja šizotipijas jēdzienu. Savā runā, ko Mīls teica kā Amerikas Psihologu Asociācijas prezidents, viņš norādīja, ka neviennozīmīgie ģenētiskie atklājumi šizofrēnijas izcelsmes jomā var būt skaidrojami ar to, ka tiek pārmantota nevis pati slimība, bet gan nosliece uz to (Meehl, 1962).

Mūsdienās šizotipija ir nevienmērīgs jēdziens, kas sevī ietver dažādas nozīmes. Visbiežāk šo jēdzienu skaidro līdzīgi tam, kā to darīja Mīls, tas ir, kā personības pazīmju kopumu, kas parāda sliekšni uz psihozi (Claridge et al., 1996), respektīvi, noslieci uz kontakta zaudēšanu ar realitāti. Psihoze ir sastopama ne tikai šizofrēnijas gadījumā, bet arī bipolāru traucējumu, organiskas izcelsmes psihisku traucējumu, kā arī atsevišķu garastāvokļa traucējumu gadījumā. Kā uzsvērs Torgersens (Torgersen, 1985), jēdziens „šizotipija” norāda uz šizofrēnijas un šizotipisko personības traucējumu kopējo ģenētisko pamatu.

Sākotnēji traucējumus, kas atgādināja pavājinātu šizofrēnijas formu, mēdza dēvēt par latentu, ambulatoru, pseidoneirotizisku vai robežstāvokļa šizofrēniju (Torgersen, 1985). Šizotipiskas personības jēdzienu pirmie sāka lietot dāņu zinātnieki (Kety, Rosenthal, Wender, & Schulsinger, 1968), kuri atklāja, ka tiem bērniem, kuriem kāds no vecākiem slimoja ar šizofrēniju, daudz biežāk nekā psihiski veselu vecāku bērniem tika novēroti traucējumi, kas atgādināja vieglu šizofrēniju. Rezultātā šos traucējumus sāka dēvēt par šizotipiskiem personības traucējumiem.

Mūsdienās šizotipiski personības traucējumi tiek definēti kā personības traucējumi, kuriem raksturīgi kognitīvie un uztveres traucējumi, dīvaina un ekscentriskā runa un uzvedība, kā arī izteikta intraversija un tendence distancēties no citiem cilvēkiem (Carson et al., 2000). Ne vienmēr par šizotipisku personības traucējumu simptomiem var runāt kā par psihopatoloģiju. Ja cilvēkam piemīt tikai atsevišķi šizotipiskas personības simptomi, bet tie nav tik izteikti, lai radītu grūtības apkārtējiem cilvēkiem vai indivīdam, kam tie piemīt, tad var runāt par šizotipiskas personības pazīmēm (Claridge, 1997; Claridge & Beech, 1995; McCreery & Claridge, 2002). Šādā nozīmē jēdziens „šizotipiskas personības pazīmes” tiek lietots arī promocijas darbā.

DSM-IV-TR un ICD-10 klasifikācijās izdalīti deviņi šizotipiskas personības traucējumu simptomi (skatīt 3.tabulu) – no tiem septiņi simptomi abās klasifikācijās ir līdzīgi. Kā redzams 3.tabulā, DSM-IV-TR kā pēdējos divus simptomus min murgu idejas par īpašām zīmēm un pārmērīgu sociālo trauksmi, savukārt ICD-10- neregulāras, pārejošas psihotiskas epizodes un uzmācīgas idejas. Šīs atšķirības norāda uz abu klasifikāciju nelielu atšķirīgo šizotipiskas personības traucējumu izpratni. DSM-IV-TR salīdzinājumā ar ICD-10 šos traucējumus aplūko kā tādus, kas var būt novērojami arī normālā populācijā.

3.tabula. DSM-IV-TR un ICD-10 izdalītie šizotipiskas personības traucējumu simptomi.

Simptomi	DSM-IV-TR	ICD-10
Dīvainas pārlicības un uzskati vai maģiska domāšana	●	●
Netipiska sajūtu un uztveres pieredze	●	●
Dīvaina domāšana un runa	●	●
Dīvaina, ekscentriskā uzvedība un āriene	●	●
Aizdomīgums vai paranoīdas idejas	●	●
Neadekvātas vai ierobežotas jūtas un emocijas	●	●
Tuvu savstarpējo attiecību trūkums, sociāla norobežošanās	●	●
Murgainas idejas par īpašām zīmēm un norādēm	●	
Pārmērīga sociālā trauksme	●	
Neregulāras, pārejošas psihotiskas epizodes ar intensīviem murgiem, dzirdes vai cita veida halucinācijām, mānijām līdzīgām idejām, kas parasti rodas bez ārējiem iemesliem		●
Uzmācīgas idejas bez iekšējas pretestības, bieži vien ar dismorfofobisku, seksuālu vai agresīvu saturu		●

Dīvainas pārlicības vai „maģiskā domāšana” izpaužas kā īpaša interese un ticība pārdabiskām lietām un parādībām. Šizotipiskai personībai var būt vērojama pārlicība par savām gaišredzības vai telepātiskām spējām, par spējām ietekmēt un kontrolēt citus cilvēkus. Šo personību uzskatu sistēma ir pretrunā ar sabiedrībā pieņemtajiem uzskatiem (APA, 2000; Moore & Jefferson, 2004).

Netipiska sajūtu un uztveres pieredze izpaužas kā izkropļota sajūtu uztvere, sensori motoras ilūzijas, dažos gadījumos kā ķermeņa ilūzijas, reizēm kā halucinācijas, piemēram, sajūta, ka kāds atrodas blakus, lai arī neviena nav, sadzīves priekšmeti pēkšņi var likties neatbilstoši mazi vai lieli (Moore & Jefferson, 2004).

Dīvaina domāšana un runa izpaužas kā savāda vārdu izvēle un lietošana, neatbilstoša teikumu konstrukciju veidošana. Runa var būt bezmērķīga un neskaidra, citiem grūti saprotama. Indivīds var pēkšņi bez jebkāda redzama iemesla mainīt sarunas tematu (APA, 2000).

Dīvaina, ekscentriskā uzvedība un āriene izpaužas kā īpatnēja un neatbilstoša apģērba nēsāšana vai neparastas apģērbu kombinācijas, kas indivīda tēlu padara dīvainu, kā arī specifiskas manieres, savdabīgi ieradumi un uzvedība, kas neatbilst sabiedrībā pieņemtai uzvedībai (Moore & Jefferson, 2004).

Aizdomīgums vai paranoīdas idejas izpaužas kā pārlicība, ka apkārtējie cilvēki, pat tuvi draugi un paziņas vēlas kaitēt un nav uzticami. Indivīdam ar šizotipiskām personības pazīmēm var būt izjūta, ka citi viņus aiz muguras aprunā un plāno ļaunprātīgus plānus pret viņiem (Moore & Jefferson, 2004; Raine, 1991).

Neadekvātas vai ierobežotas jūtas un emocijas izpaužas kā emocionāls vēsums attiecībās, maz attīstīta neverbālā komunikācija (žesti, mīmika) un grūtības uzturēt acu kontaktu ar sarunu biedru (Moore & Jefferson, 2004; Raine, 1991).

Tuvu savstarpējo attiecību trūkums izpaužas kā nevēlēšanās veidot attiecības un tikties ar citiem cilvēkiem. Arī tad, ja šie cilvēki izjūt neapmierinātību par tuvu attiecību trūkumu, attiecības tiek uztvertas kā apgrūtināšas, tāpēc šie cilvēki labprātāk izvēlas palikt vienatnē un neveidot tuvas attiecības ar citiem cilvēkiem (Moore & Jefferson, 2004).

Murgainas idejas par īpašām zīmēm un norādēm izpaužas kā indivīda pārlicība, ka apkārt esošajām lietām un notikumiem ir kāda īpaša nozīme. Notikumi tiek skaidroti un uztverti neatbilstoši realitātei (APA, 2000), piemēram, var tikt uztvertas īpašas, tikai konkrētajam indivīdam domātas zīmes laikrakstos, televīzijas raidījumos un reklāmās (Raine, 1991).

Pārmērīga sociālā trauksme izpaužas kā izteiktas trauksmes izjūšana sociālās situācijās un vietās, kur ir daudz cilvēku, bez tam trauksmei ir tendence palielināties laika gaitā. Šizotipiskai personībai sagādā grūtības iepazīšanās ar citiem cilvēkiem ārpus viņa ģimenes loka (Moore & Jefferson, 2004).

Šizotipiski personības traucējumi sastopami apmēram 3% cilvēku no populācijas, un vīriešiem biežāk nekā sievietēm (APA, 2000). Līdzīgi šizofrēnijas raksturošanai, šizotipiskas personības pazīmes tiek iedalītas pozitīvajās un negatīvajās pazīmēs. Pozitīvās šizotipijas pazīmes ir saistītas ar kognitīvajiem un uztveres traucējumiem, bet negatīvās pazīmes – ar traucējumiem savstarpējo attiecību jomā (Kring, Davidson, Neale, & Johnson, 2007). Veneibls un Beils (Venables & Bailes, 1994), pamatojoties uz pētījuma rezultātiem, norāda, ka pozitīvām un negatīvām šizotipijas pazīmēm ir saistība ar šizofrēnijas pozitīvajiem un negatīvajiem simptomiem. Šizotipiskie personības traucējumi ir aktuāls klīniskās psiholoģijas un psihiatrijas pētījumu objekts, jo tie atrodas uz robežas starp normu un psihisku saslimšanu – šizofrēniju.

4. Bērnībā pārdzīvotas vardarbības nozīme traucējumu izcelsmē

Vardarbība pret bērnu tiek definēta kā jebkura veida psiholoģisks, fizisks vai seksuāls pāridarījums bērnam (Briere & Runtz, 1990). Attiecībā uz bērniem tiek izdalīts arī ceturtais vardarbības veids – bērna atstāšana novārtā jeb nolaidība –, kas bieži vien tiek aplūkots emocionālās vardarbības ietvaros.

Attiecībā uz bērnu parasti identificē *emocionālas vardarbības* veidus, kas izpaužas tādā vecāku uzvedībā kā: bērna verbāla noraidīšana vai ignorēšana; terorizēšana, izsakot draudus, kas bērnam rada bailes vai trauksmi; lamāšana, kritizēšana, kaunināšana, vainošana, pazemošana, izolēšana, bērna emocionālo reakciju noliegšana, bērna rosināšana uz antisociālu uzvedību, piemēram, zagšanu, ubagošanu, un citi neprecizēti emocionālas vardarbības veidi (Barnett, Miller-Perrin, & Perrin, 2005).

Kā jau minēts, dažkārt emocionālās vardarbības ietvaros tiek aplūkota bērna pamešana novārtā jeb pastāvīga bērna veselības aprūpes, izglītības, vides, uztura, kā arī citu fizisko vai emocionālo vajadzību neapmierināšana. Par nolaidību var runāt visos tajos gadījumos, kad bērnam netiek nodrošināta pilnvērtīga barība, mīlestība un atbalsts no apkārtējiem, fiziskā aprūpe un drošība, personiskā izaugsme, garīgās un fiziskās attīstības veicināšana.

Esošie pētījumi norāda uz dažādām psiholoģiskām problēmām, kas rodas kā ilgtermiņa sekas pēc piedzīvotas emocionālas vardarbības:

- zems pašvērtējums (parasti saistās ar depresijas simptomiem; izpaužas kā negatīva sevis uztvere, naidis pret sevi, bezspēcības izjūta, kauns, tukšuma sajūta, nespēja uz sevi paļauties),
- depresija (garastāvoklis, kas izpaužas kā nomāktība, bezcerība, neatbilstības izjūta, pazemināta aktivitāte un interese par notikumiem, pesimisms, bēdīgums un ar to saistīti simptomi. Depresijas pazīmes parādās emocionālajā, kognitīvajā, motivācijas un fiziski veģetatīvajā sfērā (Briere & Runtz, 1990),
- trauksme (neskaidrs, nepatīkams emocionāls stāvoklis, kura galvenās pazīmes ir bažīgums, bailes, distress, nemiers, satraukums (Briere & Runtz, 1990),
- disociatīvie traucējumi,
- paaugstināts jūtīgums starppersonu attiecībās (Briere & Runz, 1990), izpaužas kā atsvešināšanās, izolēšanās, vispārējas attiecību grūtības, bailes no intimitātes (Sanderson, 1991),
- dusmas (bērnībā pārciesta emocionāla vardarbība ir saistīta ar izpaustām un neizpaustām dusmām (Holglund & Nicholas, 1995). Emocionālo vardarbību pārcietušiem cilvēkiem bieži ir grūtības modulēt intensīvas dusmas – tas izpaužas kā svārstības starp nekontrolētām dusmu izpausmēm un nespēju pieņemt agresiju nevienā formā (Herman, 1992). Tā kā visbiežāk varmāka ir lielāks, stiprāks un no viņa baidās, liela daļa vardarbības upuru izjūt intensīvu niknumu un dusmas, kas ne vienmēr ir vērstas pret varmāku, bet ir brīvi peldošas, difūzas, bez noteikta fokusa. Dažkārt tās ir internalizētas un izpaužas pašdestruktīvā uzvedībā (Sanderson, 1991).

Eksistē pētījumi, kas pierāda, ka bieži vien emocionāla vardarbība rada depresijas simptomus un atstāj būtisku negatīvu ietekmi uz pašvērtējumu vēl lielākā mērā kā seksuālas un fiziskas vardarbības pieredze (Gross & Keller, 1992). Kā atzīst daļa pētnieku, emocionāla vardarbība ir visneskaidrākais no visiem vardarbības veidiem, jo ietver sevī daudz savstarpējo attiecību nianšu un ir sastopams kopā ar citiem vardarbības veidiem (Brassard, Germain, & Hart, 1987). Šis vardarbības veids var būt regulārākais no visiem vardarbības veidiem, jo parasti tas notiek ģimenē no tuvu cilvēku puses, līdz ar to tā izraisītās sekas var būt tikpat smagas un nozīmīgas kā fiziskās un seksuālās vardarbības gadījumā (Brassard, Germain, & Hart, 1987).

Fiziska vardarbība ir spēka pielietojums, kas veikts ar nolūku sagādāt sāpes, savainot vai iznīcināt citu personu (Gelles & Cornell, 1990). Fiziska vardarbība attiecībā pret bērnu var variēt no sīkiem nobrāzumiem līdz pat nāvējošiem ievainojumiem (Barnett, Miller-Perrin, & Perrin, 2005), tā var izpausties kā sišana, purināšana, dedzināšana, griešana, kniebšana un apmētāšana ar priekšmetiem u.c.

Fiziska vardarbība bieži rodas saistībā ar citām problēmām ģimenē, piemēram, vecāku depresiju, partneru savstarpējo vardarbību, alkohola un narkotiku lietošanu, zemu ienākumu līmeni. Fiziska vardarbība nav vienkārša agresīva un destruktīva uzvedības forma, bet gan sarežģīta savstarpējo attiecību un uzvedības mijiedarbība.

Biežāk sastopamās ilgtermiņa sekas pēc fiziskās vardarbības ir šādas:

- atkārtotas viktimizācijas risks,
- atkarība no alkohola vai narkotikām,
- agresija, vardarbīga un krimināla uzvedība,
- pašdestruktīva uzvedība, suicidālas domas un rīcība,
- afektīvie traucējumi – depresija, trauksme,
- disociatīvie traucējumi,
- grūtības attiecību veidošanā un uzturēšanā ar citiem cilvēkiem (Bryer, Nelson, Miller, & Krol, 1987; Briere & Runtz, 1990).

Par seksuālu vardarbību pret bērnu uzskata bērna izmantošanu pieaugušā seksuālo vajadzību apmierināšanai. Bērna seksuāla izmantošana sevī var iekļaut gan tiešu fizisku kontaktu, gan arī darbības, kurās nav bijis tieša fiziska vai seksuāla kontakta. Sabiedrībā pastāv mīts, ka seksuāla vardarbība parasti notiek ārpus mājas un varmāka ir nepazīstams svešinieks. Statistika uzrāda pretējus datus – gan sievietes, gan bērni no seksuālas vardarbības visbiežāk cieš ģimenēs no tuviem cilvēkiem (Briere & Runtz, 1993).

Seksuāla vardarbība pret bērnu ir iedalāma vairākos veidos:

- izmantošana ar fiziska pārspēka pielietojumu (vardarbības draudi, brutāla vardarbība, izvarošana),
- izmantošana ar tiešu fizisku seksuālu kontaktu (bērna dzimumorgānu aizskaršana, piespiešana aizskart uzbrucēja dzimumorgānus, intīma skūpstīšana vai glāstīšana, orāla, ģenitāla vai anāla stimulācija, dzimumakts),
- izmantošana bez tieša fiziska seksuāla kontakta (ekshibicionisms jeb atkailināšanās, seksuāla rakstura sarunas, telefona zvani, e- pasta sarakste, bērna izģērbšana vai aplūkošana, bērna kailfotogrāfēšana).

Sandersona (Sanderson, 1991) izdala šādas seksuālas vardarbības ilgtermiņa sekas:

- emocionālās sekas, kas izpaužas kā depresija (pašnāvnieciskas domas un uzvedība, zems pašvērtējums, vainas izjūta, negatīvs paštēls, sevis vainošana) un trauksme (trauksmes lēkmes, bailes, fobijas, dusmas, uzmācības),
- sekas savstarpējās attiecībās (grūtības uzticēties, vājas sociālās prasmes, izolācija, atsvešinātības un nedrošības sajūta, grūtības veidot un uzturēt attiecības, grūtības uzņemties vecāku lomu, seksuāla un fiziska viktimizācija),
- pēctraumatiskā stresa sindroma simptomi, kas izpaužas atkārtota notikušā pārdzīvošanā (uzmācīgas domas, pēkšņi atmiņu uzliesmojumi, murgi), disociatīvos traucējumos un vājās koncentrēšanās spējās,
- fiziskās sekas, kas izpaužas psihosomātiskās sāpēs (galvassāpes, alerģiskas reakcijas, gastroenteroloģiskas saslimšanas u.tml.) un miega traucējumos,
- seksuālie traucējumi (uzbudināmības traucējumi, seksuālas fobijas, seksuāla trauksme, neizvēlīgums dzimumattiecībās u.c.),
- uzvedības traucējumi, piemēram, ēšanas traucējumi (pārēšanās, apetītes trūkums, uzdzīvošana), narkotisko vielu lietošana, pašsāpīgums (ķermeņa daļu graizīšana, ķermeņa daļu sišana pret priekšmetiem) un pašnāvības mēģinājumi.

Kā redzams pēc apkopotās informācijas – gan emocionālā, gan fiziskā, gan seksuālā vardarbība atstāj ilgstošas un smagas sekas uz cilvēka garīgo un fizisko veselību. Disociācija kā sekas ir sastopamas pie visiem trim vardarbības veidiem. Vardarbības un disociācijas savstarpēja saistība ir aplūkota nākamajā nodaļā.

4.1. Bērnības vardarbības pieredze un disociācija

Iepriekšējā nodaļā jau minēts, ka disociatīvie traucējumi ir sastopami kā ilgtermiņa sekas gan pie emocionālās, gan fiziskās, gan seksuālās vardarbības. Pastāv cieša saistība starp vardarbību bērnībā un disociāciju kā aizsardzības stratēģiju, jo sevišķi tad, ja bērns emocionāli un fiziski ir atkarīgs no pieaugušā. Pētījumā no 111 psihiatrijas slimnīcas pacientiem 15% bija ļoti augsti disociācijas līmeņa rādītāji. Visi pacienti ar augstajiem disociācijas rādītājiem bija piedzīvojuši seksuālu vardarbību, 86% – fizisku vardarbību, 79% – emocionālu vardarbību (Saxe et al., 1993).

Vardarbības gadījumā disociācija ir veids, kā organizēt traumatisko informāciju vai pieredzi. Disociācija kā aizsardzības mehānisms var parādīties gan traumatiskā notikuma laikā (Bremner et al., 1992; Marmar et al., 1994), gan posttraumatiski – pēc notikuma kā ilgtermiņa sekas (Bremner et al., 1993). Van der Harts ar kolēģiem (van der Hart, Nijenhuis, Steele, & Brown, 2004) uzskata, ka disociācijas būtība ir tā, ka indivīds nav spējīgs integrēt vardarbīgo pieredzi vai atsevišķus tās elementus vienotā veselumā. Traumatiskās atmiņas tiek glabātas

atdalīti no pārējām atmiņām nošķirtos personības stāvokļos. Traumas sakarībā jēdzienu “disociācija” izmanto, lai apzīmētu trīs atšķirīgus, bet savstarpēji saistītus disociācijas veidus (van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2005; van der Hart et al., 2004): primārā disociācija, sekundārā disociācija un trešās pakāpes disociācija.

Primārā disociācija (*primary dissociation*) novērojama gadījumos, kad bērns vai pieaugušais saskaras ar notikumu (piemēram, izvarošana), kas emocionāli ir tik smags un nepieņemams, ka indivīds nav spējīgs to pilnībā integrēt apziņā. Notikušā pieredze ir sašķelta atsevišķos emocionālos vai somatosensoros elementos (van der Kolk & Fisler, 1995). Šai sašķeltībai raksturīgi apziņas stāvokļi, kas ir atšķirīgi no normālā apziņas stāvokļa. Raksturīgākās primārās disociācijas izpausmes ir murgi, pēkšņi atmiņu uzplaiksnījumi par notikušo, uzmācīgas atmiņas (van der Hart et al., 2005; van der Hart et al., 2004).

Sekundārā disociācija (*secondary dissociation*) visbiežāk ir raksturīga tiem indivīdiem, kas ir pārcietuši incestu vai izvarošanu (van der Hart et al., 2005; van der Hart et al., 2004). Daudzi bērni un pieaugušie, kuri ir bijuši traumēti bērnībā, atzīmē, ka stresa brīžos viņi var likt sev “izzust”, t.i., viņi var vērot notiekošo no attāluma, līdz ar to uzturot sajūtu, ka tas, kas notiek, nenotiek ar viņiem, bet ar kādu citu. Sekundārā disociācija ļauj cilvēkam traumatisko notikumu skatīties kā novērotājam un tādā veidā ierobežot savas sāpes un ciešanas. Indivīds ir pasargāts no notikuma radītā emocionālā trieciena pilnas apzināšanās.

Ja salīdzina primāro un sekundāro disociāciju, tad primārā ierobežo cilvēka spējas pilnībā apzināties traumatiskās pieredzes realitāti un uz kādu laiku dod iespēju darboties tā, it kā nekas nebūtu noticis (Nijenhuis, van der Hart, & Steele, 2002; van der Hart et al., 2004). Savukārt sekundārā disociācija atslēdz indivīdu no saskares ar savām emocijām un sajūtām, kas ir saistītas ar vardarbības pieredzi. Jaunākajās publikācijās sekundārā disociācija tiek saukta arī par “peritraumatisko disociāciju” (van der Hart et al., 2005).

Trešās pakāpes disociācija (*tertiary dissociation*) ir parādība, kad indivīds traumas, tai skaitā vardarbības, rezultātā attīsta atdalītus apziņas stāvokļus. Daži no šiem apziņas stāvokļiem var saturēt sāpes, bailes vai dusmas, kas ir saistītas ar noteiktu traumatisko pieredzi. Citi apziņas stāvokļi var neapzināties traumu un turpināt darboties pierastajā veidā (piemēram, kā DIT). Raksturīgi, ka šī disociācija ir cieši saistīta ar hronisku un intensīvu seksuālo, fizisko un emocionālo vardarbību, kas sākusies ļoti agrīnā vecumā (van der Hart et al., 2005; van der Hart et al., 2004). Pētījumā, kurā piedalījās 185 cilvēki, kas ārstējās slimnīcā sakarā ar disociatīvajiem identitātes traucējumiem, 89% bija bērnībā cietuši no fiziskas vardarbības, 98% – no seksuālas vardarbības bērnībā; lielākā daļa – gan no fiziskas, gan seksuālas vardarbības. Līdzīgā pētījumā, kurā piedalījās 100 cilvēki ar disociatīvajiem identitātes traucējumiem, 81% cilvēku uzrādīja gan fizisku, gan seksuālu vardarbību bērnībā, 1% – tikai fizisku vardarbību, 18% – tikai seksuālu vardarbību (Rivera, 1991).

Pētījumos ir pierādīts, ja cilvēks traumas laikā ir iemācījies disociēties, tad viņam ir tendence citās stresa situācijās rīkoties līdzīgi (Spiegel & Cardena, 1991). No vienas puses tas pasargā indivīdu no pilnīgas notiekošā apzināšanās un ir efektīvs veids, kā funkcionēt vardarbības laikā, bet no otras puses – vardarbīgās pieredzes disociēšana nozīmē, ka cilvēks nevar no tās mācīties un tas traucē vispārējo adaptāciju. Nespēja integrēt traumu var novest pie pēctraumatiskā stresa sindroma attīstības un turpināšanās.

Disociācija ir adaptīva un pieņemama kā sākotnējais aizsardzības mehānisms pret psihisku traumu, bet kļūst nepieņemama un neproduktīva kā aizsardzības stratēģija pieaugušā vecumā, jo traucē efektīvi tikt galā ar realitāti (Sanderson, 1991). Pat, ja potenciāli biedējošo stimulu izslēgšana palīdz cilvēkam tikt galā ar stresu, ilgstošas sekas ir tādas, ka traumas upuriem ir problēmas ar aktīvām problēmu risināšanas stratēģijām, t.i., viņi var nostiprināt bezpalīdzīgu un pasīvu sociālo uzvedību (Wolfe, Keane, Kaloupek, Mora, & Wine, 1993). Disociācijas izmantošana ilgākā laika posmā var novest pie tā, ka attīstās plašs garīgo traucējumu spektrs. Pieaugušie, kuri cieš no disociatīviem traucējumiem, daudz biežāk piedzīvo murgus, pēkšņus nepatīkamu atmiņu uzplaisnījumus, psihosomatiskas problēmas, daudz biežāk mēģina izdarīt pašnāvību, sevi sakropļot vai kļūst par vardarbības upuriem (van der Hart et al., 2004).

4.2. Bērnības vardarbības pieredze un šizofrēnija

Šobrīd aizvien lielāks skaits autoru savos pētījumos cenšas noskaidrot cēloņsakarību starp bērnībā piedzīvotu vardarbību un dažāda veida psihiskiem traucējumiem, kā, piemēram, trauksmes un garastāvokļa traucējumiem (Cheasty, Clare & Collins, 1998; Swanston et al., 2003), ēšanas traucējumiem (Grilo & Masheb, 2002; van Gerko, Huges, Hamill, & Waller, 2005), alkohola un narkotiku lietošanu (Kendler et al., 2000; Spak, Spak, & Allebeck, 1997).

Neskatoties uz to, ka intensīvi tiek pētīta saistība starp bērnībā piedzīvotu vardarbību un dažādām garīgās veselības problēmām, ir salīdzinoši maz pētījumu, kas cenšas izprast vardarbības nozīmi psihotisku traucējumu un šizofrēnijas izcelsmē (Hammersley, 2007). Lielākoties šie pētījumi fokusējas uz bērnībā pārdzīvotu fizisku un seksuālu vardarbību, mazāk vai vispār nepievēršot uzmanību emocionālas vardarbības un atstāšanas novārtā ietekmei uz indivīda garīgo veselību (Kim, Kaspar, Noth, & Nam, 2006; Read, Agar, Argyle, & Aderhold, 2003; Shevlin, Dorahy, & Adamson, 2007a; Spataro, Mullen, Burgess, Wells, & Moss, 2004). Iespējams, ka tas izskaidrojams ar to, ka emocionāla vardarbība ir visplašākā no visiem vardarbības veidiem, jo ietver sevī daudz savstarpējās mijiedarbības nianšu un ir saistīta ar visiem vardarbības veidiem.

Psihiatrijā, tai skaitā arī Latvijas psihiatru vidū, tradicionāli ir bijis pieņemts, ka psihozes un šizofrēnijas izcelsme ir bioloģiska (Watkins, 2001; Boyle, 2002). Tomēr bioloģiskās teorijas tiek asi kritizētas par vienkāršoto šizofrēnijas izcelsmes izpratni, un daži zinātnieki pat uzskata, ka šīs teorijas ir atbildīgas par nehumāno ārstēšanu, elektrošoka un psihotropo medikamentu lietošanu, kas tika pieļauta psihiatrijā gadiem ilgi (Read, Mosher, & Bentall, 2004). Psihozes un šizofrēnijas izcelsmei pastāv alternatīvi skaidrojumi, kas mēģina izprast starp traumu un šizofrēniju pastāvošo mijiedarbību (Hammersley, Bullimore, Fiddler, & Read, 2008).

Apkopojot pēdējā desmitgadē veikto pētījumu rezultātus par traumas un psihozes savstarpējo saistību, jāsecina, ka tie konsekventi uzrāda augstus traumas, it īpaši fiziskās un seksuālās vardarbības, rādītājus pacientiem ar psihozi vai šizofrēnijas diagnozi. Piemēram, Rīds ar kolēģiem (Read, van Os, Morrison, & Ross, 2005), analizējot 51 rakstu par bērnībā piedzīvotas traumas un šizofrēnijas savstarpējo mijiedarbību, secināja, ka lielākā daļa šizofrēnijas pacientu sievietes (69%) norāda uz bērnībā piedzīvotu seksuālu (48%) un/vai fizisku (48%) vardarbību. Morgans un Fišers (Morgan & Fisher, 2007) apkopojot 20 šizofrēnijas un traumas pētījumu rezultātus, ieguva nedaudz zemākus rādītājus – vidēji 42% šizofrēnijas pacientu norādīja, ka ir cietušas no seksuālās vardarbības, un 35%, ka cietušas no fiziskas vardarbības. Salīdzinoši mazāks skaits pētījumu aplūko bērnībā pārdzīvotu emocionālu vardarbību un atstāšanu novārtā. Piemēram, Šafera un kolēģu (Schafer, Harfst, & Aderhold, 2006) pētījumā ar šizofrēnijas pacientēm, 37% bija cietušas no fiziskas vardarbības, 40% no emocionālas vardarbības un 43% no atstāšanas novārtā.

Kā norāda Šafers, Ross un Rīds (Schafer, Ross, & Read, 2008), balstoties tikai uz klīnisko gadījumu pētījumiem, nevar spriest par bērnības traumas un psihozes mijiedarbību, taču var izdarīt secinājumus, balstoties uz plašākas sabiedrības pētījumiem. Dažādās izlasēs veiktie pētījumi apstiprina pieņēmumu, ka bērnībā piedzīvota vardarbība ir viens no cēloņiem psihozes izcelsmei (Janssen et al., 2004; Lataster et al., 2006; Shevlin, Dorahy, & Adamson, 2007b; Whitfield, Dube, Felitti, & Anda, 2005). Jansena un kolēģu (Janssen et al., 2004) veiktajā pētījumā Holandē tika apsekoti 4045 cilvēki vecumā no 18 līdz 64 gadiem. Pētījuma dalībniekiem, kuri bija cietuši no emocionālas, fiziskas vai seksuālas vardarbības pirms 16 gadu vecuma, biežāk parādījās tendence pakāpeniski attīstīties šizofrēnijas pozitīvajiem simptomiem – jo smagāka bija bērnībā piedzīvotā vardarbība, jo izteiktāki bija simptomi. Līdzīgi rezultāti tika iegūti arī citā pētījumā (Lataster et al., 2006), kur tika apsekoti 1290 pusaudži vecumā no 13 līdz 14 gadiem – psihotiskie simptomi bija cieši saistīti gan ar piedzīvotu bulingu (*bullying*), gan seksuālo vardarbību.

Tomēr ir arī vairāki pētījumi (Brown & Anderson, 1991; Pribor & Dinwiddie, 1992; Spataro et al., 2004), kuros nav parādījusies nozīmīga saistība starp vardarbību un šizofrēniju. Piemēram, Spataro (Spataro et al., 2004) pētījums neuzrādīja korelāciju starp bērnībā piedzīvotu

seksuālu vardarbību un šizofrēniju. Taču, kā norāda gan paši autori, gan citi zinātnieki (Read & Hammersley, 2005), šim pētījumam ir būtiski ierobežojumi. Piemēram, dati par seksuālo vardarbību tika ievākti no oficiāliem dokumentiem – šis fakts no vienas puses var šķist pētījuma priekšrocība, kas nodrošina augstu validitāti un ticamību, bet no otras puses – tajos gadījumos, kad vardarbību identificēja speciālisti, cietušie bērni tika izņemti no apdraudošās vides un saņēma atbilstošu palīdzību, līdz ar to drošība un psiholoģiskais atbalsts varēja kalpot kā aizsargājošais faktors šizofrēnijas simptomu attīstībai turpmākajā bērnu dzīvē. Tātad var secināt, ka lielākā daļa pētījumu tomēr apstiprina saistību starp bērībā piedzīvotu vardarbību un šizofrēniju.

Vairumā pētījumu secināts, ka šizofrēnijas pacientiem ar vardarbības pieredzi ir smagāki klīniskie profili nekā tiem pacientiem, kuriem šādas pieredzes nav. Šiem pacientiem ir agrīnāks slimības sākums (Garno, Goldberg, Ramirez, & Ritzler, 2005; Leverich et al., 2002; Schenkel, Spaulding, DiLillo, & Silverstein, 2005), lielāks skaits hospitalizāciju (Schenkel et al., 2005) un daudz smagāks ārstniecības kurss (Leverich et al., 2002; Garno et al., 2005). Turklāt pacientiem ar bērības traumu ir augstāks posttraumatiskā stresa līmenis (Brown, McBride, Bauer, & Williford, 2005; Goldberg & Garno, 2005), turpmākajā dzīvē viņi daudz biežāk piedzīvo atkārtotu vardarbību (Darves-Bornoz, Lemperiere, Degiovanni, & Gaillard, 1995) un biežāk cieš no atkarības problēmām (Brown et al., 2005; Leverich et al., 2002; Scheller-Gilkey, Moynes, Cooper, Kant, & Miller, 2004). Šiem pacientiem ir augstāks depresijas un trauksmes līmenis (Lysaker & Salyers, 2007; Scheller-Gilkey et al., 2004; Schenkel et al., 2005), dzīves laikā viņi biežāk piedzīvo depresijas epizodes (Brown et al., 2005) un uzrāda augstākus disociatīvos rādītājus nekā šizofrēnijas pacienti bez vardarbības pieredzes (Holowka, King, Saheb, Pukall & Brunet, 2003; Ross & Keys, 2004; Schafer et al., 2006). Vardarbībā cietušie šizofrēnijas pacienti uzrāda izteiktākus pašnāvības nolūkus un augstākus pašnāvības mēģinājumu rādītājus (Brown et al., 2005; Darves-Bornoz et al., 1995; Garno et al., 2005; Leverich et al., 2002; Schenkel et al., 2005). Līdzīgi secinājumi par agrīnas traumas sekām, neatkarīgi no psihiatriskās diagnozes, ir iegūti arī citos pētījumos (Cloitre, Tardiff, Marzuk, Leon, & Portera, 1996; Hien, Cohen, & Campbell, 2005; Read, Perry, Moskowitz, & Connolly, 2001).

Tālāk tiks aplūkoti specifiski psihotisko simptomu veidi un satura atšķirības šizofrēnijas pacientiem ar vardarbības pieredzi. Ross, Andersons un Klarks (Ross, Anderson, & Clark, 2005) atklāja, ka tiem pacientiem, kuri cietuši no seksuālas vai fiziskas vardarbības, ir nozīmīgi vairāk šizofrēnijas pozitīvo simptomu (t.i., halucinācijas, idejas par īpašām norādēm, domāšanas traucējumi), bet nedaudz mazāk negatīvo simptomu salīdzinājumā ar pacientiem bez vardarbības pieredzes. Citā populācijas pētījumā (Ross & Joshi, 1992) dalībnieki tika sadalīti divās grupās – tie, kuriem ir trīs vai vairāk Šnaidera šizofrēnijas simptomi, un tie, kuriem šādu simptomu nav.

Pirmajā grupā 46% cilvēku uzrādīja, ka ir cietuši no fiziskas vai seksuālas vardarbības, savukārt otrā grupā tikai 8% pētījuma dalībnieku norādīja uz līdzīgu pieredzi.

Pētījumu rezultāti par saistību starp bērnības traumu un tādām šizofrēnijas izpausmēm kā murgiem, domāšanas traucējumiem un negatīviem simptomiem, ir neviennozīmīgi (Goff, Brotman, Kindlon, Waites, & Amico, 1991; Hammersley et al., 2003; Janssen et al., 2004; Lysaker, Meyr, Evans, & Marks, 2001; Morrison, Frame, & Larkin, 2003; Resnick, Bond, & Mueser, 2003), taču pētījumos atkārtoti ir parādījusies nozīmīga korelācija starp bērnības vardarbības pieredzi un halucinācijām.

Vairākos pētījumos, kuros bija iesaistīti pacienti ar dažādām psihiatriskām diagnozēm (Hammersley et al., 2003; Lysaker et al., 2005; Read & Argyle, 1999; Read et al., 2003), kā arī populācijas pētījumos (Shevlin, Dorahy, & Adamson, 2007a; Whitfield et al., 2005) ir atklāta cieša korelācija starp bērnības traumu un dzirdes halucinācijām. Rosa pētījumā (Ross et al., 2005) no visiem psihotiskajiem simptomiem tieši balsis, kas komentē (*voices commenting*), bija visciešāk saistītas ar bērnības traumu.

Rīds (Read et al., 2003) pētījumā, kurā bija pacienti ar dažādām psihiatriskām diagnozēm, tai skaitā šizofrēniju, atklāja, ka visbiežāk dažāda veida halucinācijas bija sastopamas pacientiem ar vardarbības pieredzi, un šīs pacientu grupas rādītāji statistiski nozīmīgi atšķīrās no pacientu grupas bez vardarbības. Līdzīgi Rosa pētījumam (Ross et al., 2005), komentējošās balsis bija biežāk sastopamais halucināciju veids, un visvairāk tās bija sastopamas pacientiem, kuri pārcietuši gan seksuālo, gan fizisko vardarbību (36%) vai arī tikai seksuālo (27%) vai tikai fizisko (21%) vardarbību (Read et al., 2003). Līdzīgi arī pavēlošās (*command*), vizuālās un ožas halucinācijas biežāk bija novērojamas tiem respondentiem, kuri cietuši no fiziskas un/ vai seksuālas vardarbības bērnībā – arī šajos gadījumos procentuāli lielākais skaits bija to pacientu, kas cietuši no abiem vardarbības veidiem. Savukārt taustes halucinācijas ar līdzīgu biežumu bija sastopamas gan fiziskas, gan seksuālas vardarbības gadījumā, gan abu vardarbības veidu kombinācijas gadījumā.

Citā lielā populācijas pētījumā (Shevlin et al., 2007a), kura mērķis bija noskaidrot korelāciju starp bērnībā piedzīvotu vardarbību un dažādiem halucināciju veidiem, tika atklāts, ka seksuāla vardarbība nozīmīgi korelē ar vizuālās, dzirdes un taustes halucinācijām. Fiziskā vardarbība nozīmīgi korelē tikai ar taustes halucinācijām, savukārt bērna atstāšanas novārtā pieredze ir saistīta tikai ar vizuālām halucinācijām. Tātad tie vardarbības veidi, kuros ir bijis fiziskais kontakts, korelē ar taustes halucinācijām.

Seksuālā, fiziskā un emocionālā vardarbība bērnībā nozīmīgi palielina halucināciju rašanās risku turpmākajā cilvēka dzīvē (Whitfield et al., 2005). Kā atzīmē Vitfilds (Whitfield et al., 2005) – jo smagāka ir vardarbības veidu kombinācija, jo pastāv lielāks halucināciju risks.

Visbeidzot pastāv saistība starp bērnības traumu un psihotisko simptomu saturu. Vairāku pētījumu (Heins, Gray, & Tennat, 1990; Read & Argyle, 1999; Read et al., 2003; Romme & Escher, 2006) rezultāti uzrāda korelāciju starp halucināciju un murgu tēmām un pagātnes traumatiskajiem notikumiem. Psihotiskie pacienti ar bērnības vardarbības pieredzi ir vairāk tendēti dzirdēt ļaunprātīgas (*malevolent*) balsis (Offen, Waller, & Thomas, 2003). Hārdijs ar kolēģiem (Hardy et al., 2005) atklāja, ka ne tik daudz pats saturs, cik halucināciju tēmas (piemēram, draudi, vaina, pazemošana) ir saistītas ar pagātnes traumatisko pieredzi. Turklāt uzmācīgi (*intrusive*) traumatiski notikumi statistiski nozīmīgi korelē ar uzmācīgām halucinācijām.

Apkopojot visu iepriekš teikto, var secināt, ka mūsdienās viennozīmīgi tiek uzskatīts, ka šizofrēnija ir viena no psihopatoloģijas formām ar īpaši izteiktu neirofizioloģisko pamatu, bet vides apstākļi var veicināt vai kavēt šī genotipa izpausmi.

4.3. Bērnības vardarbības pieredze un šizotipiskas personības pazīmes

Literatūrā izdala vairākus riska faktorus, kas palielina iespēju šizotipisku personības traucējumu izcelsmei. No ģenētiskajiem faktoriem visbiežāk tiek minēta radniecība ar šizofrēnijas pacientiem. Torgensens (Torgensen, 1985), apkopojot vairākus pētījumus par ģimenēm, kurās kādam ģimenes loceklim vērojami šizotipiski personības traucējumi, secināja, ka šizotipiski personības traucējumi ir saistīti ar šizofrēniju. Apkopojot dvīņu un adoptēto bērnu pētījumu datus, Torgensens (Torgensen, 1985) secināja, ka šizotipisku personības traucējumu pārņemšanai no paaudzes paaudzē ir ģenētisks pamats. No vides faktoriem, kas paaugstina iespēju rasties šizotipiskiem traucējumiem, tiek minēta dažāda veida vardarbība bērnībā (Berenbaum, Valera, & Kerns, 2003; Johnson, Cohen, Brown, Smailes, & Bernstein, 2000; Johnson et al., 2001; Norden, Klein, Donaldson, Pepper, & Klein, 1995), nedrošais vai dezorganizētais piesaistes stils vecākiem (Brennan & Shaver, 1998; Erozkan, 2009; Tiliopoulos & Goodall, 2009) un nelabvēlīgi dzīves apstākļi, kas daļēji sevī ietver arī emocionālu un fizisku nolaidību pret bērnu (Raine, Mellingen, Liu, Venables, & Mednic, 2003). Pētījumā (Ruggiero, Bernstein, & Handelsman, 1999), kurā zinātnieki veica izpēti vīriešiem ar personības traucējumiem un alkohola atkarību, visizteiktākie šizotipiskie simptomi bija tiem pacientiem, kas bērnībā piedzīvojuši smagu seksuālu, fizisku vai emocionālu vardarbību vai smagu nolaidību no vecāku puses.

Kā apgalvo Berenbaums (Berenbaum, 1999; Berenbaum et al., 2003; Berenbaum, Thompson, Milanak, Boden, & Bredemeier, 2008), no visiem bērnībā piedzīvotiem vardarbības veidiem tieši emocionāla vardarbība un bērna atstāšana novārtā visvairāk var sekmēt šizotipiskas

personības pazīmju, piemēram, dīvainu uzskatu un neparastas uztveres, attīstību. Šo pieņēmumu apstiprina vairāki citi pētījumi (Johnson et al., 2000, Johnson et al., 2001), kuros parādījās, ka verbāla vardarbība (*verbal abuse*) un fiziska vai emocionāla bērna atstāšana novārtā, salīdzinājumā ar piedzīvotu fizisku vai seksuālu vardarbību, uzrāda visciešāko korelāciju ar paaugstinātiem šizotipisku personības pazīmju rādītājiem, un šī saistība pastāv neatkarīgi no indivīda vecuma, vecāku izglītības vai vecāku psihiatriskiem traucējumiem.

Reina un kolēģu (Raine et al., 2003) longitudinālais pētījums norāda, ka bērna izglītošana, fiziskas aktivitātes un uzturs var ietekmēt šizotipiskas personības attīstību. Pētījuma rezultāti rāda, ka tiem pētījuma dalībniekiem, kuriem 3 līdz 5 gadu vecumā netika nodrošinātas atbilstošas fiziskās aktivitātes, izglītošana un uzturs, 17 līdz 23 gadu vecumā uzrādīja augstākus šizotipiskas personības rādītājus nekā jaunieši, kuriem bērnībā tas tika nodrošināts. Tātad, var secināt, ka arī Reina un kolēģu pētījums netieši apstiprina Berenbauma pieņēmumu par nolaidības pret bērnu ietekmi uz šizotipisku personības pazīmju izcelsmi. Iemesli, kādēļ tieši emocionāla vardarbība un bērna atstāšana novārtā visciešāk ir saistīti ar šizotipiskiem personības rādītājiem, nav vēl līdz galam skaidri.

5. Disociācijas saistība ar šizofrēniju un šizotipiju

Analizējot pētījumus, jāsecina, ka viens no neskaidrākajiem jautājumiem disociācijas izpētē ir disociatīvo traucējumu un šizofrēnijas diferenciālā diagnostika. Visbiežāk literatūrā, kas aplūko psihiatriskus traucējumus, šizofrēnija un disociatīvie identitātes traucējumi tiek aplūkoti kā savstarpēji nesaistīti sindromi. Šizofrēnija parasti tiek aplūkota kā ģenētiskas izcelsmes saslimšana, kuras etioloģijā vides faktoriem ir minimāla loma un kuras ārstēšanas pamatā ir medikamenti. Savukārt disociatīvo traucējumu izcelsmes pamatā ir ilgstoša un smaga bērnības trauma un ārstēšana balstās uz psihoterapiju (Foot & Park, 2008), turklāt no bioloģiskās psihiatrijas viedokļa disociatīvie traucējumi ir ļoti reti sastopami (Gottesman, 1991; Torrey, Bowler, Taylor, & Gottesman, 1994). Taču, kā norāda Ross (Ross, 1997), desmit pētījumi, kas veikti sešās pasaules valstīs, uzrāda, ka no visiem pieaugušajiem psihiatriskajiem pacientiem 4% būtu jāuzstāda disociatīvo traucējumu diagnoze pašreizējās diagnozes vietā. Kanādā veiktie pētījumi arī liecina, ka, pirms pacientiem tika uzstādīta diagnoze – disociatīvie identitātes traucējumi, sākotnējās diagnozes bija: depresija (46%), robežstāvokļa personības traucējumi (37%), šizofrēnija (33%), bipolāri afektīvi traucējumi (16%), personības traucējumi (12%), trauksme (10%) (Rivera, 1991).

Latvijā disociatīvo traucējumu diagnoze tiek uzstādīta salīdzinoši reti. Saskaņā ar Veselības ekonomikas centra datiem (Veselības ekonomikas centrs, 2009) 2008.gadā Latvijā bija 80 pacienti ar disociatīvo traucējumu diagnozi (F44 pēc ICD-10), kas sastāda 0,1% no visiem

2008.gada psihiatrijas pacientiem Latvijā. No šiem 80 pacientiem astoņi pacienti bija pirmreizēji. Salīdzinājumam: 2008.gadā Latvijā bija 15850 šizofrēnijas pacientu (F20 pēc ICD-10) jeb 23,7%, no visiem 2008.gada psihiatrijas pacientiem Latvijā, no tiem 299 pirmreizēji.

Galvenais iemesls, kas apgrūtina disociatīvo traucējumu un šizofrēnijas diferencēšanu, ir līdzīgie simptomi, kas raksturīgi abiem traucējumu veidiem (Ross & Keys, 2004). Minētā iemesla dēļ pēdējo gadu publikācijas disociācijas jomā īpašu uzmanību pievērš disociācijas un šizofrēnijas līdzībām un atšķirībām, kā arī disociatīvo simptomu izpausmēm šizofrēnijas gadījumā. Daļa zinātnieku (Schafer, Ross, & Read, 2008) norāda, ka ļoti svarīgi ir precīzi diagnosticēt tos pacientus, kuriem ir šizofrēnijas diagnoze un kuri uzrāda arī augstus patoloģiskās disociācijas rādītājus.

Disociatīvo traucējumu un šizofrēnijas simptomu pārklāšanās ir novērota ne tikai klīnisko gadījumu pētījumos, bet arī disociācijas un šizotipijas pētījumos normālā populācijā. Piemēram, Bernsteina un Patnama (Bernstein & Putnam, 1986) pētījumā disociācija cieši korelēja ar šizotipijas rādītājiem.

5.1. Disociatīvo traucējumu un šizofrēnijas līdzības un atšķirības

Eksistē virkne simptomu, kurus var attiecināt gan uz šizofrēniju, gan disociatīvajiem traucējumiem. Kā parāda pētījumi (Merckelbach et al., 2005; Ross & Keys, 2004), pacienti ar šizofrēnijas diagnozi uzrāda izteiktus disociatīvus simptomus vai pat patoloģisku disociāciju, savukārt pacientiem ar disociatīviem identitātes traucējumiem biežāk nekā pacientiem ar šizofrēniju novēro Šnaidera pirmās pakāpes simptomus (Kluft, 1987; Ross, 2004).

Viens no svarīgākajiem faktiem saistībā ar simptomu pārklāšanos attiecas uz Šnaidera pirmās pakāpes simptomiem. Šnaidera pieeja lielā mērā ir pamatā pašreizējam šizofrēnijas diagnostikas simptomu iedalījumam, kas sastopams abās klasifikācijās DSM-IV-TR un ICD-10 (Maddux & Winstead, 2007). Šnaidera simptomi ir dzirdes un somatiskas halucinācijas, domu atbalsošanās, pārliecība par domu pārraidīšanu, uzspiešanu un atņemšanu, kā arī pasivitātes izjūta un murgaina uztvere (Maddux & Winstead, 2007).

Sākotnēji uzskatīja, ka Šnaidera simptomi piemīt tikai šizofrēnijai, taču pēdējo gadu pētījumi pierāda, ka pirmās pakāpes simptomus var novērot arī cilvēkiem ar disociatīviem identitātes traucējumiem. Piemēram, dzirdes halucinācijas DIT pacientiem ir vērojamas biežāk nekā cilvēkiem ar šizofrēnijas diagnozi (Ross, 2004) un sastopamas gandrīz 80% disociatīvo identitātes traucējumu gadījumu (Foot & Park 2008). Tādejādi cilvēkam ar DIT, kurš sūdzas par to, ka dzird balsis, var uzstādīt kļūdainu diagnozi, ja vien psihiatrs nav informēts par halucināciju esamību DIT gadījumā. Diagnostikas grūtības saasina arī tas, ka DSM-IV-TR klasifikācijā

pietiek ar vienu no nosauktajiem Šnaidera simptomiem, piemēram, ar dzirdes halucinācijām, kurās balss nepārtraukti komentē cilvēka uzvedību un domas, lai uzstādītu šizofrēnijas diagnozi.

Padziļināta Šnaidera pirmās pakāpes simptomu izpēte šizofrēnijas un disociatīvo traucējumu gadījumā uzrāda būtiskas kvalitatīvas atšķirības (Steinberg, Cicchetti, Buchanan, Rakfeldt, & Rounsaville, 1994). Piemēram, šizofrēnijas pacientiem dzirdes halucināciju saturs ir dīvains, alogisks un murgains, tās tiek uztvertas kā balsis no ārpusē. Šizofrēnijas gadījumā parasti ir traucēta realitātes uztvere un dzirdētās balsis ir kontekstā ar citiem psihotiskajiem traucējumiem, piemēram, vajāšanas murgiem. Disociatīvo traucējumu gadījumā dzirdes halucinācijas tiek uztvertas kā līdzīgas domām, kas rodas paša cilvēka prātā. Šīs halucinācijas ir saistītas ar dažādo identitāšu esamību, kā arī ir kontekstā ar citiem disociatīviem simptomiem, piemēram, amnēziju, depersonalizāciju, derealizāciju un identitātes apjukumu, bet tās nav dīvainas vai murgainas.

Kvalitatīvas atšķirības vērojamas arī simptomos, kas saistīti ar identitātes apjukumu vai traucējumiem. Šarfeters (Scharfetter, 2008) šizofrēnijas pacienta identitāti salīdzina ar stiklu, bet DIT pacienta identitāti ar dzīvsudrabu: saplīstot stiklam, tā atsevišķās daļas sašķeļas un ir grūti atjaunojamas vienā veselā, savukārt, izlīstot dzīvsudrabam, tas veido aplū, kurus ir iespējams atkal savienot vienā veselā.

5.2. Disociatīvo simptomu izpausmes šizofrēnijas gadījumā

Lielākā daļa autoru, kuri ir pētījuši disociācijas izpausmes šizofrēnijas pacientiem, izmantojuši Disociatīvās pieredzes skalu (Dissociative Experience Scale, DPS; Bernstein & Putnam, 1986) – visplašāk lietoto aptauju arī disociācijas jomas pētījumos (van Ijzendoorn & Schuengel, 1996).

Līdzšinējie pētījumi galvenokārt fokusējas uz diviem aspektiem:

- disociatīvo simptomu saistība ar šizofrēnijas simptomu izteiktības pakāpi, sastopamības biežumu un hroniskumu,
- disociācijas un traumatiskās pieredzes (arī bērnībā piedzīvotas vardarbības) savstarpējā saistība šizofrēnijas pacientu vidū.

Pastāv pārliecinoši pierādījumi, galvenokārt no pētījumiem, kuros izmantota Disociatīvās pieredzes skala, ka šizofrēnijas pacientiem disociatīvie simptomi ir sastopami daudz biežāk un izteiktāk nekā psihiski veseliem cilvēkiem, taču ar zemāku intensitāti un biežumu nekā pacientiem ar robežstāvokļa personības traucējumiem, pēctraumatiskā stresa traucējumiem vai disociatīvās identitātes traucējumiem (Schafer, Aderhold, Freyberger & Spitzer, 2008). Šajos pētījumos šizofrēnijas pacientiem Disociatīvās pieredzes skalas vidējie rādītāji variē no 15 līdz

30 ballēm. Šizofrēnijas gadījumā šie skaitļi ir ievērojami augstāki nekā vidējie rādītāji normālā populācijā, kur tie variē no 4 līdz 12 ballēm, bet zemāki rādītāji nekā PTSD (25 – 41) vai DIT (42 – 57) gadījumā (Carlson et al., 1993; Putnam et al., 1996; van Ijzendoorn & Schuengel, 1996).

Arī citos pētījumos rādītāju variācija ir ļoti augsta. Piemēram, Modestina un līdzstrādnieku pētījumā ambulatoriem šizofrēnijas pacientiem remisijā jeb uzlabošanās fāzē DPS vidējie rādītāji bija 9,9 ar standartnovirzi 6,8 (Modestin, Hermann, & Endrass, 2007) (skat. 4.tabulu). Savukārt Ross ar kolēģi (Ross & Keys, 2004) savā pētījumā novēroja, ka 60% šizofrēnijas pacientu DPS rādītāji bija virs 25 un šīs grupas vidējais rādītājs bija 28,5 balles.

Kā vienu no skaidrojumiem šai lielajai variācijai Šafers ar kolēģiem (Schafer et al., 2008) min to, ka šizofrēnijas slimības stadijai var būt nozīmīga loma disociācijas izteiktībā. Pētījumi, kuros piedalījušies šizofrēnijas pacienti remisijā, pārsvarā uzrāda zemākus DPS vidējos rādītājus, kas variē no 9,9 līdz 15,3 ballēm (Modestin et al., 2007; Vogel, Spitzer, Barnow, Freyberger, & Grabe, 2006). Bruners ar kolēģiem (Brunner, Parzer, Schmitt, & Resch, 2004) pētīja šizofrēnijas pacientus pozitīvo simptomu remisijas periodā un arī atklāja salīdzinoši zemus vidējos rādītājus DPS. Līdzīgi, citā pētījumā ar 30 šizofrēnijas pacientēm bija vērojams nozīmīgs DPS vidējo rādītāju samazinājums no 21,0 ballēm, uzņemot pacientus slimnīcā, uz 11,9 ballēm otrās intervijas laikā, kas notika, kad pacienta stāvoklis bija stabilizējies (Schafer et al., 2006) (skat. 4.tabulu).

Pētījumos, kuros netika ņemta vērā pacientu slimības stadija, konsekventi parādījās augstāki Disociatīvās pieredzes skalas vidējie rādītāji nekā pētījumos, kuros slimības stadija tika kontrolēta (Bob et al., 2006; Glaslova et al., 2004; Hlastala & McClellan, 2005; Ross & Keys, 2004) (skat. 4.tabulu). Šie pētījumi uzrādīja vidējos rādītājus starp 15,7 un 28,4 ballēm, norādot uz saistību starp akūtiem šizofrēnijas simptomiem un disociāciju (Schafer, Aderhold, Freyberger, & Spitzer, 2008). Pētījumā ar 27 šizofrēnijas pacientiem Spitzers ar kolēģiem (Spitzer, Haug, & Freyberger, 1997) atklāja, ka pastāv cieša korelācija starp disociatīviem simptomiem un šizofrēnijas pozitīvajiem simptomiem (Kay, Fiszbein, & Opler, 1987). Pacientiem, kuriem dominēja pozitīvie simptomi, bija statistiski nozīmīgi augstāki DPS vidējie rādītāji, salīdzinot ar pacientiem, kuriem dominēja negatīvie simptomi ($M = 21,1 / M = 9,2$). Mānijas un halucinācijas bija cieši un pozitīvi saistītas ar DPS kopējo rezultātu un lielāko daļu DPS apakšskalu. Starp citiem pozitīviem psihotiskiem simptomiem un disociāciju bija tikai dažas nozīmīgas korelācijas. Līdzīgi Ross un Keijs (Ross & Keys, 2004) un Kilkomons un Morisons (Kilcommons & Morrison, 2005) savos pārskatos norāda, ka disociācija ir saistīta ar šizofrēnijas pozitīvajiem simptomiem, īpaši ar halucinācijām.

4.tabula. Pārskats par pētījumiem, kuros pacientiem ar šizofrēnijas spektra traucējumiem izmantota Disociatīvās pieredzes skala (Schafer et al., 2008).

Pētījums	Izlase	DPS rādītāji
Horen, Leichner, & Lawson (1995)	Šizofrēnija (N = 19; DSM-IV)	$M = 20,4$, $SD = 19,6$ ($16\% \geq 25$)
Putnam et al. (1996)	Šizofrēnija (N = 65; DSM- III-R)	$M = 17,6$, $SD = 16,0$ ($20\% \geq 30$)
Spitzer, Haug, & Freyberger (1997)	Šizofrēnijas spektra traucējumi (N = 27; ICD-10) Kontrolgrupa (N = 27)	$M = 15,8$, $SD = 10,5$ $M = 5,5$, $SD = 3,0$
Brunner et al. (2004)	Šizofrēnijas spektra traucējumi remisijā (N = 26; ICD-10) Robežstāvokļa personības traucējumi (N = 26) Kontrolgrupa (N = 1056)	$M = 14,0$, $SD = 10,6$ $M = 28,1$, $SD = 16,7$ $M = 17,2$, $SD = 11,3$
Ross & Keys (2004)	Šizofrēnija (N = 60; DSM-IV)	40% uzrāda ≤ 10 ($M = 4,6$) 60% uzrāda ≥ 25 ($M = 28,5$)
Glaslova et al. (2004)	Šizofrēnija (N = 50; DSM-IV) Kontrolgrupa (N = 50)	$M = 28,4$, $SD = 8,4$ ($44\% \geq 25$) $M = 8,9$, $SD = 9,7$
Hlastala & McClellan (2005)	Šizofrēnija (N = 27; DSM-IV) Atipiski psihotiski simptomi (N = 20) Bipolāri traucējumi (N = 22)	$M = 26,9$, $SD = 21,5$ $M = 34,9$, $SD = 19,4$ $M = 19,0$, $SD = 18,0$
Schafer et al. (2006)	Šizofrēnijas spektra traucējumi (N = 30; DSM-IV)	Akūtā stāvoklī: $M = 21,0$, $SD = 17,7$ Remisijā: $M = 11,9$, $SD = 9,9$
Bob et al. (2006)	Šizofrēnija (N = 82; DSM-IV) Kontrolgrupa (N = 50)	$M = 15,7$, $SD = 8,5$ ($30\% \geq 25$) $M = 8,5$, $SD = 9,0$
Vogel et al. (2006)	Šizofrēnijas spektra traucējumi daļējā remisijā (N = 87; ICD-10) Kontrolgrupa (N = 297)	$M = 15,3$, $SD = 14,1$ $M = 6,4$, $SD = 5,3$
Modestin, Hermann, & Endrass (2007)	Šizofrēnijas spektra traucējumi ambulatoriem pacientiem remisijā (N = 43; ICD-10) Personības traucējumi (N = 47) Kontrolgrupa (N = 42)	$M = 9,9$, $SD = 6,8$ $M = 11,5$, $SD = 11,8$ $M = 7,6$, $SD = 6,3$

Neviennozīmīgi dati ir par disociācijas saistību ar šizofrēnijas negatīvajiem simptomiem. Ir pētījumi, kuru rezultāti liecina, ka starp disociāciju un distancēšanos no sociālajām attiecībām pastāv negatīva korelācija, t.i., jo izteiktāki disociatīvie simptomi, jo mazāk izteikta distancēšanās no tuvām attiecībām (Spitzer, Haug, & Freyberger, 1997). Savukārt Ross un Keijs (Ross & Keys, 2004) izsaka pieņēmumu, ka šizofrēnijas pacientiem ar augstiem disociācijas rādītājiem ir vairāk izteikti negatīvie simptomi nekā pacientiem ar zemu disociācijas līmeni.

Otrs lielais izpētes virziens fokusējas uz disociācijas un traumas savstarpējo saistību šizofrēnijas pacientu vidū. Lielākā daļa pētījumu šajā jomā apstiprina korelāciju starp bērnībā

piedzīvoto vardarbību un disociatīviem simptomiem. Gofs ar kolēģiem (Goff et al., 1991a, Goff et al., 1991b) savā pētījumā centās noskaidrot, vai pastāv saistība starp bērnības traumu, disociāciju un citiem simptomiem (piemēram, murgiem un dzirdes halucinācijām). Pētījumu grupu veidoja 61 pacients ar psihotiskiem traucējumiem. Tie pacienti, kuriem bija bērnībā pārdzīvotas fiziskas un/ vai seksuālas vardarbības pieredze (43% no visas grupas) uzrādīja statistiski nozīmīgi augstākus DPS rādītājus ($M = 20,0$, $SD = 16,1$) nekā pacienti bez vardarbības pieredzes ($M = 12,5$, $SD = 12,4$). Turklāt, seksuālā vardarbība ar disociatīviem simptomiem korelē ciešāk nekā fiziskā vardarbība ($r = 0,34$ iepretim $r = 0,19$). Tāpat šajā pētījumā tika atklātas nozīmīgas pozitīvas korelācijas starp vardarbības pieredzi un citiem simptomiem (murgiem un dzirdes halucinācijām). Līdzīga korelācija starp vardarbības pieredzi un disociāciju tika iegūta pētījumā ar pirmreizējiem šizofrēnijas pacientiem (Greenfield et al., 1994).

Rosa un Keija (Ross & Keys, 2004) pētījuma izlasē bija 60 šizofrēnijas pacienti, kuri tika sadalīti divās grupās, ņemot vērā Disociatīvās pieredzes skalā iegūtos rādītājus. Tie 60% pacientu, kuru DPS rādītāji bija ≥ 25 , uzrādīja statistiski nozīmīgi biežāk un smagāk piedzīvotu seksuālu un/ vai fizisku vardarbību nekā pacienti ar zemiem (≤ 10) DPS rādītājiem. Līdzīgi divos citos pētījumos (Bob et al., 2006; Glaslova et al., 2004) DPS rādītāji statistiski nozīmīgi korelē ar seksuālās vardarbības pieredzi.

Jāuzsver, ka korelācija ir novērota ne tikai starp fizisku un/ vai seksuālu vardarbību un disociāciju, bet arī starp emocionālu vardarbību un disociāciju. Dažos pētījumos (Holowka et al., 2003; Schafer et al., 2006) tieši bērnībā piedzīvotai emocionālai vardarbībai bija visciešākā korelācija ar disociatīviem simptomiem, un saistība saglabājās arī tad, kad mērījumi tika izdarīti pēc psihotisko traucējumu remisijas (Schafer et al., 2006). Līdzīgi rezultāti ir iegūti pētījumos citās diagnožu grupās, piemēram, alkohola atkarīgajiem (Schafer et al., 2007) vai pacientiem ar depersonalizācijas traucējumu (Simeon, Guralnik, Schmeidler, Sirof, & Knutelska, 2001).

Zinātnieki piedāvā divus hipotētiskus skaidrojumus disociatīvo simptomu izpausmēm šizofrēnijas gadījumā. Viens no tiem ir, ka smaga disociācija var radīt psihotiskus simptomus vai arī var būt kā mediators starp piedzīvotu vardarbību un psihotiskiem simptomiem (Steingard & Frankel, 1985). Alens, Koins un Konsols (Allen, Coyne, & Console, 1997) šajā kontekstā uzsver disociācijas „atsvešinātības” īpašo lomu. Viņi izsaka pieņēmumu, ka atsvešinātība traucē indivīdam adekvāti uztvert ārējo realitāti un tādējādi padara viņu uzņēmīgu pret murgainu iekšējo pasauli. Daļa zinātnieku (Ross, 2004; Schafer, Ross, & Read, 2008) izsaka pieņēmumu, ka šizofrēnijas pacientu vidū var izdalīt atsevišķi eksistējošu apakšgrupu, kas uzrāda augstus patoloģiskās disociācijas rādītājus. Šī apakšgrupa varētu būt tā, kas sliktāk reaģē uz antipsihotiskajiem medikamentiem un kurai paralēli medikamentozai ārstēšanai varētu piedāvāt psihoterapiju. Daļa pētījumu apstiprina pieņēmumu par patoloģiskas disociācijas apakšgrupas eksistenci šizofrēnijas pacientu vidū gan akūtajā slimības fāzē (Bob et al., 2006; Glaslova et al.,

2004; Ross & Keys, 2004), gan pēc psihotisko simptomu remisijas fāzes (Schafer, Reitemeier, Langer, Aderhold, & Harfst, 2008).

Otrs hipotētiskais skaidrojums norāda uz pretējo – disociācija šizofrēnijas gadījumā var rasties kā aizsardzība pret iekšējās pasaules murgiem un haosu, un to pamato ar gadījumiem, kad pēc psihotisku simptomu veiksmīgas ārstēšanas pazuda pat tik smagi disociatīvi simptomi, kā alternatīvas identitātes un amnēzijas epizodes (Giese, Thomas & Dubovsky, 1997). Arī citos pētījumos pacientiem ar šizofrēnijas spektra traucējumiem ir novērota līdzīga korelācija starp psihotisko simptomu ārstēšanu un disociatīvo simptomu samazināšanos (Schafer et al., 2006).

Apkopojot visu iepriekš minēto, var secināt, ka disociācija šizofrēnijas gadījumā ir daudzšķautņains un sarežģīts fenomens. Vienā gadījumā disociācija var būt kā atsevišķa diagnoze, kas pastāv paralēli šizofrēnijas diagnozei, citā gadījumā disociācija var būt tiešā veidā saistīta ar psihotisko saslimšanu. Kā norāda Šafers ar kolēģiem (Schafer, Aderhold, Freyberger & Spitzer, 2008), turpmākajiem pētījumiem vairāk vajadzētu pievērsties šizofrēnijas un disociācijas savstarpējās saistības izpētei, īpašu uzmanību pievēršot tiem faktoriem, kas potenciāli varētu būt mediatori šajā saiknē.

5.3. Disociācija un šizotipija

Šīs nodaļas sākumā jau minēts, ka disociatīvo traucējumu un šizofrēnijas simptomu pārklāšanās ir vērojama ne tikai klīnisko gadījumu pētījumos, bet arī disociācijas un šizotipijas pētījumos normālās izlasēs.

Pētījumos, kuros izmantota Disociatīvās pieredze skala, ir novērota korelācija starp disociāciju un dažāda veida šizotipijas vai psihotisma skalu rādītājiem. Piemēram, Pous un Kvapils (Pope & Kwapil, 2000) savā pētījumā izmantoja DPS un vairākas metodikas, kas mēra dažādus šizotipijas aspektus. Autori atklāja, ka pastāv korelācija starp disociāciju un dažādās skalās mērītu šizotipiju. Arī citos pētījumos (Bernstein & Putnam, 1986; Merckelbach, Rassin & Muris, 2000) parādās statistiski nozīmīga saistība starp disociāciju un šizotipiju, neatkarīgi no tā, kāda metodika izmantota šizotipijas noteikšanai.

Saistība starp disociatīviem simptomiem un šizotipiju parādās arī klīnisko gadījumu pētījumos (Allen & Coyne, 1995; Gleaves & Eberenz, 1995), kuros šizotipijas noteikšanai izmantota MMPI-2 šizofrēnijas skala.

Apkopojot iepriekš teikto, dažāda veida pētījumos ar dažādām izlasēm un dažādām šizotipijas skalām parādās korelācija starp disociāciju un šizotipiju (Moskowitz, Barker-Collo, & Ellson, 2005). Šo pārklāšanos starp disociāciju un šizotipiju mēdz skaidrot dažādi:

- disociācijas un šizotipijas skalas skar vienu un to pašu nediferencēto dimensiju (Watson, 2001);

- abas attiecas uz atvērtību pieredzei (Merckelbach, Rassin, & Muris, 2000);
- gan disociācijai, gan šizotipijai ir traumatiska izcelsme (Startup, 1999);
- disociācija un šizotipija attiecas uz kopīgu kognitīvu deficītu (Giesbrecht, Merckelbach, Kater, & Sluis, 2007).

Pierādījumi pieņēmumam par vienu nediferencētu disociācijas un šizotipijas dimensiju rodami pētījumos, kuros parādās augsta korelācija starp disociāciju un šizotipiju. Piemēram, (Merckelbach, Rassin & Muris, 2000) tika atklāta korelācija $r = 0,64$ starp DPS un Kleridža šizotipiskās personības skalu (Claridge Schizotypal Personality Scale; STA; Claridge & Broks, 1984), kas ir tikpat augsta kā konverģentās korelācijas rādītājs, kas parasti sastopams starp dažādām disociācijas skalām (van Ijzendoorn & Schuengel, 1996). Disociācijas un šizotipijas simptomu pārklāšanās varētu būt skaidrojama ar skalu apgalvojumu pārklāšanos. Taču pētījumos (Giesbrecht et al., 2007; Merckelbach & Giesbrecht, 2006), kuros tika izslēgti līdzīgie apgalvojumi, tik un tā saglabājās statistiski nozīmīga saistība starp disociāciju un šizotipiju.

Otra interpretācija pieņem, ka disociācijas – šizotipijas pārklāšanās galvenokārt ir attiecināma uz to, ka abu fenomenu pamatā ir „atvērtība pieredzei” (Merckelbach et al., 2000). „Atvērtība” attiecas uz gatavību uztvert un pieņemt jaunas idejas, pieejas un pieredzes (McCrae & Costa, 1990), un tā ir viena no Lielā piecinieka personības modeļa faktoriem. Atvērtību pieredzei veido sešas šķautnes jeb apakšskalas – fantāzija, estētika, jūtas, darbības, idejas un vērtības (Costa & McCrae, 1992). Šī interpretācija pieņem, ka gan disociācijas, gan šizotipijas pamatā ir viena un tā pati pazīme. Īpaši disociācija, izmainīta uztvere un maģiskā domāšana var atspoguļot atvērtības pieredzei fantāzijas apakšskalu.

Vairākos pētījumos ir aplūkota fantāzijas dispozīcija (*fantasy proneness*) disociācijas – šizotipijas saiknē (Giesbrecht et al., 2007; Merckelbach & Giesbrecht, 2006; Merckelbach et al., 2000). Fantāzijas predispozīcija ir radniecīga fenomenam atvērtība pieredzei, un pirmoreiz to lietoja Vilsons un Barbers (Wilson & Barber, 1983), lai raksturotu indivīdus, kurus viņi nosauca par fantazētājiem. Šie cilvēki lielu dienas daļu pavadīja fantazējot, viņiem bija ļoti spilgtas fantāzijas un bērnības atmiņas, un fantāzijas cieši bija saistītas ar ķermeņa izjūtām. Turklāt fantazētāji norādīja uz ārpus ķermeņa un citu paranormālu pieredzi. Fantāzijas predispozīcija uzrāda vidēji ciešu korelāciju ar disociācijas un šizotipijas mērījumu skalām (Giesbrecht & Merckelbach, 2006; Merckelbach, Horselenberg, & Schmidt, 2002; Merckelbach et al., 2000).

Jāsecina, ka gan atvērtība pieredzei, gan fantāzijas dispozīcija palīdz izskaidrot nelielu daļu neskaidrību, bet neviena no tām pilnībā neizskaidro disociācijas – šizotipijas pārklāšanos (Merckelbach & Giesbrecht, 2006; Merckelbach et al., 2000).

Trešā interpretācija balstās uz pieņēmumu, ka gan šizotipijai, gan disociācijai ir traumatoloģiska etioloģija. Pētījumos ir pierādījies, ka disociācija ir smagas traumatiskas pieredzes, it īpaši bērnībā pārdzīvotas seksuālas vardarbības sekas (Holmes et al., 2005).

Piemēram, Geršans un Taiers (Gershuny & Thayer, 1999) apgalvo, ka brīdī, kad emocionālās sāpes ir akūtas un cietušajam nepanesamas, disociācija ir veids, kā no sāpēm aizbēgt. Šie disociatīviem simptomi izpaužas sastingšanas, fiziska un emocionāla nejūtīguma formā (Nijenhuis, Spinhoven, van Dyck, van der Hart, & Vanderlinden, J., 1998). Saskaņā ar šo pieņēmumu, sākumā disociācija tiek pielietota, lai tiktu galā ar izteikti nepatīkamu notikumu, taču pēc tam disociēšana notiek automātiski un var parādīties kā pierasta reakcija pat nenozīmīga stresa gadījumā. Šobrīd pieņēmums, ka trauma tiešā veidā ir saistīta ar disociāciju, ir dominējošais klīniskajā literatūrā un bieži vien tiek pasniegts kā vienprātīgs vai pat neapspriežams fakts (Gast et al., 2001; Gershuny & Thayer, 1999; Irwin, 1998).

Salīdzinoši nesen ir atjaunojusies interese par bērnības traumas lomu psihozes attīstībā. Savā teorijas pārskatā Rīds ar kolēģiem (Read et al., 2005) secina, ka bērnībā piedzīvota vardarbība ir viens no cēloņiem psihozes un šizofrēnijas izcelsmē. Tomēr šim pieņēmumam ir arī daudz opozicionāru, kas norāda, ka saikne starp bērnības traumu un psihozi nav tik viennozīmīga (Morgan & Fisher, 2007), kā arī to, ka, pētot bērnības vardarbības pieredzi šizofrēnijas pacientiem, galvenokārt tiek izmantotas pašnovērtējuma aptaujas (Pope & Hudson, 1995).

Visbeidzot, ceturtais iespējamais iemesls disociācijas – šizotipijas saiknei ir uzmanības un atmiņas traucējumi, kas ir raksturīgi gan disociācijai (Bernstein & Putnam, 1986), gan šizotipijai (Lee & Park, 2005; Pukrop et al., 2003). Pētījumi uzrāda, ka disociatīvie simptomi ir saistīti ar minimāliem traucējumiem vadības (*executive*) funkcijā (Giesbrecht et al., 2004) un viegliem neiropsiholoģiskiem traucējumiem depersonalizācijas gadījumā (Guralnik, Schmeidler, & Simeon, 2000), kamēr augsts šizotipijas līmenis ir saistīts ar vājiem uzmanības noturības rādītājiem (Gooding, Matts, & Rollmann, 2006). Kopumā pētījumos šiem kognitīvajiem traucējumiem ir pievērsta salīdzinoši maza uzmanība, taču, kā norāda daži zinātnieki (Giesbrecht et al., 2007), tiem var būt neliela ietekme uz disociācijas – šizotipijas pārklāšanos.

Katrs atsevišķi neviens no šiem nosauktajiem faktoriem līdz galam neizskaidro disociācijas un šizotipijas savstarpējo pārklāšanos (Giesbrecht & Merckelbach, 2006). Nesen veiktajā pētījumā (Giesbrecht et al., 2007) zinātnieki, izmantojot dažādas aptaujas, ievāca datus par disociācijas, šizotipijas, fantāzijas dispozīcijas, kognitīvo traucējumu un bērnības traumas rādītājiem. Fantāzijas dispozīcijas, kognitīvo traucējumu un bērnības traumas rādītāji bija nozīmīgi saistīti gan ar disociāciju, gan ar šizotipiju. Savstarpēji kombinējot šos trīs faktorus, tie izskaidroja nozīmīgu daļu (58%) no disociācijas – šizotipijas saiknes.

Vēl līdz galam nav skaidra ģenētisko faktoru loma šizotipijas un disociācijas saiknē. Attiecībā uz šizotipiju ir virkne pētījumu (Jang et al., 2005), kas pierāda ģenētisko faktoru lomu tās izcelsmē, taču attiecībā uz disociāciju pētījumu rezultāti šajā jomā ir neviennozīmīgi. Piemēram, Volers un Ross (Waller & Ross, 1997) savā pētījumā neatklāja nekādu saistību disociācijai ar ģenētiskajiem faktoriem, savukārt kāda jaunākā pētījuma (Becker- Bleas et al.,

2004) dati, kas ievākti no bērniem un jauniešiem, apstiprina pieņēmumu par disociācijas ģenētisku predispozīciju.

6. Teorētiskās daļas kopsavilkums

Neskatoties uz to, ka pētījumi disociācijas jomā notiek jau vairākas desmitgades, disociācijas jēdziena un disociatīvo identitātes traucējumu saistībā vēl joprojām ir ļoti daudz neskaidrību.

Viens no galvenajiem pētījumu virzieniem disociācijas jomā šobrīd ir saistīts ar disociācijas izplatību klīniskās un normālās populācijās, kā arī par disociācijas saistību ar bērnībā piedzīvotu traumu un tās sekām. Pastāv pārliecinoši pierādījumi, ka šizofrēnijas pacientiem disociatīvie simptomi ir daudz biežāk un izteiktāk nekā psihiski veseliem cilvēkiem, taču ar zemāku intensitāti un biežumu nekā pacientiem ar robežstāvokļa personības traucējumiem, pēctraumatiskā stresa traucējumiem vai disociatīvās identitātes traucējumiem. Līdz ar to ir izvirzīts **pirmais pētījuma jautājums**: kādas ir disociatīvo simptomu atšķirības sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi un psihiski veselām sievietēm, kuras ir cietušas no emocionālas, fiziskas vai seksuālas vardarbības bērnībā?

Apkopojot pētījumus, kas veikti disociācijas, bērnībā piedzīvotas vardarbības, šizofrēnijas un šizotipisku personības pazīmju izpētes jomās, jāsecina, ka trūkst pētījumu, kas apkopotu visus šos aspektus. **Līdzšinējie pētījumi** vairāk **fokusējas** uz divu, atsevišķos gadījumos, trīs aspektu savstarpējo saistību, kā, piemēram:

- Šizofrēnija un vardarbība

Dažādās izlasēs veiktie pētījumi apstiprina pieņēmumu, ka bērnībā piedzīvota vardarbība ir viens no cēloņiem, kas var veicināt psihozes rašanos (Janssen et.al., 2004; Lataster et al., 2006; Shevlin et al., 2007; Whitfield et al., 2005). Vairumā pētījumu parādās, ka šizofrēnijas pacientiem ar vardarbības pieredzi ir smagāki klīniskie profili nekā tiem pacientiem, kuriem šādas pieredzes nav. Šiem pacientiem ir agrīnāks slimības sākums, lielāks skaits hospitalizāciju un daudz smagāks ārstniecības kurss, augstāks posttraumatiskā stresa līmenis, turpmākajā dzīvē viņi daudz biežāk piedzīvo atkārtotu vardarbību un biežāk cieš no atkarības problēmām. Citos pētījumos atklāts, ka tiem šizofrēnijas pacientiem, kuri cietuši no seksuālas vai fiziskas vardarbības, ir nozīmīgi vairāk šizofrēnijas pozitīvo simptomu, t.i., halucinācijas, idejas par īpašām norādēm, domāšanas traucējumi. Pētījumu rezultāti par saistību starp bērnības traumu un negatīviem simptomiem, ir neviennozīmīgi.

- Disociācijas un traumas savstarpējā saistība šizofrēnijas pacientu vidū

Vairumā pētījumu šizofrēnijas pacienti, kuriem ir bērnībā pārdzīvotas fiziskas un/ vai seksuālas vardarbības pieredze, uzrāda nozīmīgi augstākus disociācijas simptomus nekā pacienti

bez vardarbības pieredzes. Turklāt, seksuālā vardarbība ar disociatīviem simptomiem korelē ciešāk nekā fiziskā vardarbība. Jāuzsver, ka šizofrēnijas pacientiem korelācija ir novērota ne tikai starp fizisku un/ vai seksuālu vardarbību un disociāciju, bet arī starp emocionālu vardarbību un disociāciju. Dažos pētījumos (Holowka et al., 2003; Schafer et al., 2006) tieši bērnībā piedzīvotai emocionālai vardarbībai bija visciešākā korelācija ar disociatīviem simptomiem un saistība saglabājās arī tad, kad mērījumi tika izdarīti pēc psihotisko traucējumu remisijas (Schafer et al., 2006). Līdzīgi rezultāti ir iegūti pētījumos citās diagnožu grupās, piemēram, alkohola atkarīgajiem (Schafer et al., 2007) vai pacientiem ar depersonalizācijas traucējumu (Simeon et al., 2001).

- Disociācijas simptomu izpausmes šizofrēnijas pacientiem

Kā rāda pētījumi (Merckelbach et al., 2005; Ross & Keys, 2004), pacientiem ar šizofrēnijas diagnozi ir izteiktāki disociatīvie simptomi vai pat patoloģiska disociācija, savukārt pacientiem ar disociatīviem identitātes traucējumiem biežāk nekā pacientiem ar šizofrēniju novēro Šnaidera pirmās pakāpes simptomus (Kluft, 1987; Ross et al., 1990). Šizofrēnijas slimības stadijai var būt nozīmīga loma disociācijas izteiktībā. Pētījumi, kuros piedalījušies šizofrēnijas pacienti remisijā, pārsvarā uzrāda zemākus disociācijas rādītājus, bet pētījumos, kuros netika ņemta vērā pacientu slimības stadija, konsekventi parādījās augstāki disociācijas rādītāji nekā pētījumos, kuros slimības stadija tika kontrolēta (Bob et al., 2006; Glaslova et al., 2004; Hlastala & McClellan, 2005; Ross & Keys, 2004).

- Šizotipiskas personības pazīmes un vardarbība

No vides faktoriem, kas paaugstina iespēju rasties šizotipiskiem traucējumiem, tiek minēta dažāda veida vardarbība bērnībā (Berenbaum et al., 2003; Johnson et al., 2000; Johnson, et.al., 2001; Norden et al., 1995), nedrošais vai dezorganizētais piesaistes stils vecākiem (Brennan & Shaver, 1998; Erozkan, 2009; Tiliopoulos & Goodall, 2009) un nelabvēlīgi dzīves apstākļi, kas daļēji sevī ietver arī emocionālu un fizisku nolaidību pret bērnu (Raine et al., 2003). Kā apgalvo Berenbaums (Berenbaum, 1996; Berenbaum et al., 2003; Berenbaum et al., 2008), no visiem bērnībā piedzīvotiem vardarbības veidiem tieši emocionāla vardarbība un bērna atstāšana novārtā visvairāk var sekmēt šizotipiskas personības simptomu, piemēram, dīvainu uzskatu un neparastas uztveres, attīstību. Iemesli, kādēļ tieši emocionāla vardarbība un bērna atstāšana novārtā visciešāk ir saistīti ar šizotipiskiem personības rādītājiem, nav vēl līdz galam skaidri.

- Disociatīvo simptomu un šizotipisku personības pazīmju savstarpējā saistība

Disociatīvo un šizofrēnijas simptomu pārklāšanās ir vērojama ne tikai klīnisko gadījumu pētījumos, bet arī disociācijas un šizotipijas pētījumos normālās izlasēs. Pētījumos ir novērota korelācija starp disociāciju un dažāda veida šizotipijas vai psihotisma skalu rādītājiem. Pastāv korelācija starp disociāciju un dažādās skalās mērītu šizotipiju (Pope & Kwapil, 2000). Arī citos

pētījumos (Bernstein & Putnam, 1986; Merckelbach et al., 2000) parādās statistiski nozīmīga saistība starp disociāciju un šizotipiju, neatkarīgi no tā, kāda metodika izmantota šizotipijas noteikšanai. Viens no pieņēmumiem, kas skaidro šizotipijas un disociācijas savstarpējo saistību, ir abu šo fenomenu traumatoloģiskā etioloģija.

Nemot vērā iepriekš minētos argumentus, promocijas darba ietvaros tika izvirzīti nākamie divi pētījuma jautājumi. Atšķirībā no disociācijas, kas parasti tiek aplūkota kā traucējumi, kuru izcelsmes pamatā ir ilgstoša un smaga bērnības trauma (Foot & Park, 2008), šizotipiskām personības pazīmēm un šizofrēnijai ir kopējs ģenētisks pamats. Latvijā līdz šim nav veikti pētījumi par šizotipiskām personības pazīmēm, tāpēc šī pētījuma ietvaros tika izvirzīts pētījuma **otrais jautājums**: kādas ir šizotipiskas personības pazīmju atšķirības sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi un psihiski veselām sievietēm, kuras ir cietušas no emocionālas, fiziskas vai seksuālas vardarbības bērnībā?

Promocijas darba pētījuma mērķis bija izpētīt, kādas saistības pastāv starp disociācijas simptomiem un šizotipiskas personības pazīmēm, šizofrēniju un pārciestu emocionālās, fiziskās vai seksuālās vardarbības pieredzi sievietēm. Lai to noskaidrotu, tika izvirzīts **trešais pētījuma jautājums**: kuri no bērnībā piedzīvotiem vardarbības veidiem un disociatīviem simptomiem vislabāk prognozē šizotipiskas personības pazīmes sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi un psihiski veselām sievietēm?

Apkopojot visu iepriekš minēto, jāsecina, ka disociācija šizofrēnijas gadījumā ir daudzšķautņains un sarežģīts fenomens. Vienā gadījumā disociācija var būt kā atsevišķa diagnoze, kas pastāv paralēli šizofrēnijas diagnozei, citā gadījumā disociācija var būt tiešā veidā saistīta ar psihotisko saslimšanu. Kā norāda Šafers ar kolēģiem (Schafer et al., 2008), turpmākajiem pētījumiem vairāk vajadzētu pievērsties šizofrēnijas un disociācijas savstarpējās saistības izpētei, īpašu uzmanību pievēršot tiem faktoriem, kas potenciāli varētu būt mediatori šajā saiknē.

Viens no pieņēmumiem ir, ka smaga disociācija var radīt psihotiskus simptomus vai arī var būt kā mediators starp piedzīvotu vardarbību un psihotiskiem simptomiem (Steingard & Frankel, 1985). Alens, Koins un Konsols (Allen et al., 1997) šajā kontekstā uzsver disociācijas „atsvešinātības” īpašo lomu. Viņi izsaka pieņēmumu, ka atsvešinātība traucē indivīdam adekvāti uztvert ārējo realitāti un tādejādi padara viņu uzņēmīgu pret murgainu iekšējo pasauli.

Otrs hipotētiskais pieņēmums norāda uz pretējo – disociācija šizofrēnijas gadījumā var rasties kā aizsardzība pret iekšējās pasaules murgiem un haosu, un to pamato ar gadījumiem, kad pēc psihotisku simptomu veiksmīgas ārstēšanas pazuda pat tik smagi disociatīvi simptomi kā alternatīvas identitātes un amnēzijas epizodes (Giese et al., 1997). Arī citos pētījumos pacientiem ar šizofrēnijas spektra traucējumiem ir novērota līdzīga korelācija starp psihotisko simptomu ārstēšanu un disociatīvo simptomu samazināšanos (Schafer et al., 2006).

Balstoties uz literatūrā izteiktajiem pieņēmumiem, tika izvirzīta pētījuma **hipotēze**: disociācija ir mediators starp bērnībā piedzīvotu vardarbību un šizotipiskām personības pazīmēm.

Mūsdienās disociācijas jēdzienu visbiežāk skaidro kategorizēšanas vai dimensionālās pieejas ietvaros. Dimensionālās pieejas ietvaros disociācija tiek aplūkota kā nevienmērīgs fenomens, kas var variēt no apziņas stāvokļu izmaiņām, kas raksturīgas lielākai daļai cilvēku „normālā populācijā” līdz pat patoloģiskiem simptomiem (Bernstein & Putnam, 1986; Ross, 1996; Waller, Putnam, & Carlson, 1996). Dimensionālā pieeja ir pamatā vairākām disociācijas pētīšanas metodēm, piemēram, ASV zinātnieku Bernsteina un Putnama (Bernstein & Putnam, 1986) veidotajai Disociatīvās pieredzes skalai, kas ir viena no visvairāk lietotajām pašnovērtējuma aptaujām disociācijas izpētē, bet līdz šī pētījuma uzsākšanai nebija tulkota latviski. Tāpēc tika izvirzīts **pirmais pētījuma papildus jautājums**: kādi ir latviešu valodā tulkotās Disociatīvās pieredzes skolas ticamības un validitātes rādītāji? Latvijā iepriekš nav tikusi tulkota un izmantota Šizotipiskās personības aptauja (Raine, 1991), tāpēc tika izvirzīts **otrais papildus jautājums**: kādi ir latviešu valodā tulkotās Šizotipiskās personības aptaujas ticamības un validitātes rādītāji?

7. Metode

7.1. Pētījuma dalībnieki

Pētījumā brīvprātīgi piedalījās 215 latviski runājošas sievietes. Galvenais iemesls, kādēļ respondenti bija tikai sievietes, ir tas, ka līdzšinējos pētījumos ar psihotiskiem pacientiem (Goff, Brotman, Kindlon, Waites, & Amico, 1991; Neria, Bromet, Sievers, Lavelle, & Fochtmann, 2002) ir pierādījies, ka sievietes biežāk nekā vīrieši ir cietušas no vardarbības bērnībā. Līdzīgi rezultāti ir iegūti pētījumos par specifiskiem vardarbības veidiem, it īpaši seksuālo vardarbību un tās sastopamības biežumu psihotisku pacientu vidū (Ross, Anderson, & Clark, 2005; Heads, Taylor, & Leese, 1997; Resnic, Bond, & Mueser, 2003; Wurr & Partridge, 1996) un sabiedrībā kopumā (Putnam, 2003; Finkelhor, Hotaling, Lewis, & Smith, 1990). Līdz ar to, lai varētu izveidot dažāda veida vardarbības grupas, pētījumam kā respondenti tika izvēlētas tikai sievietes.

No šīm 215 sievietēm, 100 sievietes bija ar paranoīdas šizofrēnijas (F 20.0 saskaņā ar SSK-10) vai nediferencētas šizofrēnijas (F 20.3 saskaņā ar SSK-10) diagnozi un datu ievākšanas brīdī atradās psihoneiroloģiskā slimnīcā remisijas stāvoklī. Paranoīdā un nediferencētā šizofrēnija ir visbiežāk sastopamie šizofrēnijas veidi (Carson et al., 2000), tādēļ promocijas darba pētījumā tika iekļautas tikai tās sievietes, kurām uzstādīta šo šizofrēnijas veidu diagnoze. Dati

tika ievākti trijās Latvijas psihoneiroloģiskās slimnīcās – Rīgā, Jelgavā un Strenčos. Šīs grupas vecuma diapazons bija no 19 līdz 67 gadiem ($M = 42,80$, $SD = 11,64$).

Pārējās 115 sievietes bija bez psihiatra uzstādītas diagnozes. Demogrāfisko rādītāju aptaujā bija kontroljautājumi par to, vai sieviete kādreiz ir apmeklējusi psihologu, psihoterapeitu vai psihiatru un vai viņa kādreiz ir ārstējusies slimnīcā, ja jā, tad kāda iemesla dēļ. Līdz ar to šajā grupā netika iekļautas tās sievietes, kuras bija norādījušas, ka kaut reizi ir apmeklējušas psihiatru vai arī ir ārstējušās psihiatriskā slimnīcā. Šīs grupas respondenti pēc vecuma bija pielīdzināti sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi ($M = 41,97$, $SD = 12,36$; no 19 līdz 68 gadiem). Kā redzams 5.tabulā, abas grupas ir līdzīgas pēc vecuma ($t(213) = -0,50$, $p > 0,05$), bet statistiski nozīmīgi atšķiras pēc izglītības līmeņa ($\chi^2(2) = 12,37$, $p < 0,01$) un ģimenes stāvokļa ($\chi^2(2) = 8,67$, $p < 0,05$).

5.tabula. Demogrāfiskie rādītāji sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi un psihiski veselām sievietēm

Demogrāfiskie rādītāji	Sievietes ar šizofrēnijas diagnozi (n = 100)	Psihiski veselas sievietes (n = 115)	t	χ^2	p
Vecums			-0,50		0,62
M	42,80	41,97			
SD	11,64	12,36			
Diapazons	19-67	19-68			
Izglītība				12,37**	0,00
Pamatskolas	10 (10%)	5 (4%)			
Vidējā	69 (69%)	61 (53%)			
Augstākā	21 (21%)	49 (43%)			
Ģimenes stāvoklis				8,67*	0,01
Viena	33 (33%)	19 (17%)			
Precējusies/ civillaulība/draugs	38 (38%)	61 (53%)			
Šķīrusies/ atraitle	29 (29%)	35 (30%)			

*p < 0,05, **p < 0,01

7.2. Pētījuma dalībnieku sadalījums pa grupām

Sievietes ar šizofrēnijas diagnozi un sievietes bez šizofrēnijas diagnozes tika sadalītas pa apakšgrupām atbilstoši piedzīvotajai vardarbības pieredzei (skat. 6.tabulu). Pirmajā grupā tika iekļautas tās sievietes, kuras nebija atzīmējušas, ka būtu cietušas no emocionālas, fiziskas vai seksuālas vardarbības (n = 57). Otrajā grupā tika iekļautas tās sievietes, kuras bija atzīmējušas, ka ir cietušas tikai no emocionālas vardarbības, bet nav cietušas no fiziskas vai seksuālas vardarbības (n = 49). Trešajā grupā tika iekļautas sievietes, kuras bija atzīmējušas, ka ir cietušas no fiziskas vardarbības (ar vai bez emocionālas vardarbības), bet nav cietušas no seksuālas vardarbības (n = 49). Ceturtajā grupā tika iekļautas tās sievietes, kuras bija norādījušas, ka ir

cietušas no seksuālas vardarbības ar vai bez emocionālas un fiziskas vardarbības (n = 60). 6.tabulā ir redzams pētījuma dalībnieču sadalījums pa grupām, ņemot vērā piedzīvoto vardarbības pieredzi.

6.tabula. Pētījuma dalībnieku sadalījums pa grupām saskaņā ar piedzīvoto vardarbības pieredzi

Vardarbības pieredze	Sievietes ar šizofrēnijas diagnozi (n = 100)	Sievietes bez psihiatriskas diagnozes (n = 115)	Kopā (N = 215)
Bez vardarbības pieredzes	13 (13%)	44 (38%)	57 (27%)
Emocionāla vardarbība	19 (19%)	30 (26%)	49 (23%)
Fiziska vardarbība	27 (27%)	22 (19%)	49 (23%)
Seksuāla vardarbība	41 (41%)	19 (17%)	60 (27%)

7.3. Instrumentārijs

Demogrāfisko rādītāju aptauja, kura tika izmantota, lai noskaidrotu respondentu vecumu, tautību, izglītības līmeni, ģimenes un materiālo stāvokli, kā arī to, vai sievietēm ir bijusi saskare ar psihiatriskās palīdzības dienestiem.

Šizotipisko pazīmju noteikšanai tika izmantota **Šizotipiskas personības aptauja**, SPA (The Schizotypal Personality Questionnaire, Raine, 1991). Aptaujas pirmreizējais tulkojums latviešu valodā tika veikts šī pētījuma ietvaros. Aptauja sastāv no 74 apgalvojumiem, kas sagrupēti 9 apakšskalās un 3 faktoros. Katrs apgalvojums jānovērtē ar „jā” (1 balle) vai „nē” (0 balles).

9 aptaujas apakšskalas veidotas, balstoties uz DSM-III-R klasifikācijā (American Psychiatric Association, 1987) izdalītajiem šizotipiskas personības simptomiem:

- murgu idejas par īpašām zīmēm un norādēm (piemēram, „Vai Jums dažreiz liekas, ka tas, ko Jūs redzat televīzijā vai lasāt avīzēs, ir ar kādu īpašu norādi Jums?”),
- pārmērīga sociālā trauksme („Reizēm es cenšos izvairīties no vietām, kur būs daudz cilvēku, lai nekļūtu nervoza.”),
- dīvainas pārliecības („Vai Jūs ticat telepātijai (domu lasīšanai) ?”),
- netipiska uztvere („Vai Jūs kādreiz esat redzējusi lietas, kuras citi cilvēki neredz?”),
- dīvaina uzvedība („Dažkārt cilvēki komentē manu neparasto izturēšanos vai paradumus.”),
- tuvu draugu trūkums („Man ir grūti būt emocionāli tuvai ar citiem cilvēkiem.”),
- dīvaina runa („Dažreiz cilvēkiem ir grūti saprast, ko es cenšos pateikt.”),
- ierobežotas emocijas („Es mēdzu savas jūtas paturēt pie sevis.”),

- aizdomīgums („Man ir sajūta, ka man ir jābūt modrai pat attiecībās ar draugiem.”).

Aptaujas 3 faktori atspoguļo pozitīvās šizotipijas pazīmes, negatīvās šizotipijas pazīmes un dezorganizētību (Vollema & Hoijtink, 2000). Pozitīvās šizotipijas pazīmju faktoru veido 4 apakšskalas (murgainas idejas, dīvainas pārliecības, netipiska uztvere un aizdomīgums). Negatīvo šizotipijas pazīmju faktoru veido 4 apakšskalas (pārmērīga sociālā trauksme, tuvu draugu trūkums, ierobežotas emocijas, aizdomīgums) un 6 apgalvojumi no apakšskalas „murgainas idejas”. Dezorganizētības faktoru veido 2 apakšskalas (dīvaina uzvedība un dīvaina runa).

Aptaujas kopējais ticamības rādītājs Kronbaha $\alpha = 0,94$. Iekšējās saskaņotības rādītāji apakšskalam variē no $\alpha = 0,73$ līdz $\alpha = 0,83$. Ticamības rādītāji pozitīvās šizotipijas, negatīvās šizotipijas un dezorganizētības faktoros ir attiecīgi $\alpha = 0,89$, $\alpha = 0,92$ un $\alpha = 0,88$. Oriģinālajā aptaujā kopējais ticamības rādītājs bija $\alpha = 0,91$, apakšskalam tie variēja no $\alpha = 0,71$ līdz $\alpha = 0,78$ (Raine, 1991). Ticamības rādītāji pozitīvās šizotipijas pazīmju, negatīvās šizotipijas pazīmju un dezorganizētības faktoros bija attiecīgi $\alpha = 0,85$, $\alpha = 0,94$ un $\alpha = 0,87$ (Vollema & Hoijtink, 2000).

Bērnības traumas aptauja, BTA (Childhood Trauma Questionnaire; Bernstein et al., 1994) tika izmantota ar mērķi noteikt sievietes vardarbības pieredzi līdz 17 gadu vecumam un tās izteiktības pakāpi. Aptauja sastāv no 36 apgalvojumiem par atbalstošām attiecībām ģimenē (piemēram, „Cilvēki manā ģimenē viens par otru rūpējas”), par emocionālas vardarbības („Man draudēja, ka mani pametīs”) vai fiziskas vardarbības („Kāds manā ģimenē mani sita”) izpausmēm, kā arī par seksuālu vardarbību ģimenē vai ārpus ģimenes („Man ir bijušas seksuālas attiecības ar kādu svešu pieaugušo”). Aptaujas apgalvojumi tiek vērtēti 5 punktu Likerta skalā (no 1 = „nekad” līdz 5 = „ļoti bieži”). Aptauja ir izmantota arī iepriekšējos vardarbības pētījumos Latvijā (Sebre, Lebedeva un Trapenciere, 2004).

Ja sieviete emocionālās vardarbības apgalvojumos atzīmēja „bieži” vai „ļoti bieži”, jeb arī „dažreiz” saistībā ar smagākiem emocionālās vardarbības aspektiem, tad tika pieņemts, ka sieviete sevi novērtē kā cietušu no emocionālas vardarbības. Ja sieviete fiziskās vardarbības apgalvojumos atzīmēja „dažreiz” „bieži” vai „ļoti bieži”, jeb arī „vienu vai divas reizes” saistībā ar smagākajiem fiziskās vardarbības veidiem, tad tika pieņemts, ka sieviete sevi novērtē kā cietušu no fiziskas vardarbības. Ja sieviete seksuālās vardarbības apgalvojumos atzīmēja „vienu vai divas reizes”, „dažreiz” „bieži” vai „ļoti bieži”, tad tika pieņemts, ka sieviete sevi novērtē kā cietušu no seksuālas vardarbības.

Aptaujas kopējais ticamības rādītājs Kronbaha $\alpha = 0,83$. Iekšējās saskaņotības rādītāji emocionālās, fiziskās un seksuālas vardarbības apakšskalam ir attiecīgi $\alpha = 0,92$, $\alpha = 0,89$ un $\alpha = 0,92$. Oriģinālajā aptaujā kopējais ticamības rādītājs bija $\alpha = 0,95$, emocionālās, fiziskās un

seksuālās vardarbības apakšskalās tie attiecīgi bija $\alpha = 0,94$, $\alpha = 0,94$ un $\alpha = 0,92$ (Bernstein, et al., 1994).

Disociatīvie simptomi tika noteikti, izmantojot divas aptaujas: Disociatīvās pieredzes skalu, DPS (The Dissociative Experiences Scale, Bernstein & Putnam, 1986) un Disociācijas aptauju, DA (The Dissociation Questionnaire, Vanderlinden, van Dyck, Vanderreycken, Vertommen & Verkes, 1993). Disociācijas pētījumos, kas veikti Latvijā, līdz šim ir izmantota Disociācijas aptauja, tādēļ, lai varētu salīdzināt promocijas darbā iegūtos disociācijas rādītājus ar iepriekš Latvijā iegūtiem disociācijas rādītājiem, tika izmantota gan šī aptauja, gan arī Disociatīvās pieredzes skala, kas līdz šim nebija tulkota latviski. Kā norāda pētnieki (van Ijzendoorn & Schuengel, 1996), visbiežāk pētījumos tiek izmantota tieši Disociatīvās pieredzes skala, atšķiras arī abu disociācijas aptauju apgalvojumu formulējumi. Disociācijas aptaujā apgalvojumi ir formulēti „Es” formā (piemēram, „Es bieži ne par ko nedomāju”), savukārt Disociatīvās pieredzes skalā apgalvojumi sākas ar „Daži cilvēki...” (piemēram, „Daži cilvēki reizēm atceras kādu pagātnes notikumu tik spilgti, ka liekas, it kā tas atkal notiktu”). DPS skolas autori (Bernstein & Putnam, 1986) šādas formas lietošanu pamato ar lielāku apgalvojumu neitralitāti.

ASV zinātnieku Bernsteinas un Patnama (Bernstein & Putnam, 1986) veidotā **Disociatīvās pieredzes skala** ir visplašāk lietotā aptauja disociācijas jomas pētījumos (van Ijzendoorn & Schuengel, 1996). Aptauja sastāv no 28 apgalvojumiem. Respondentiem lūdz novērtēt 100 ballu sistēmā no 0 līdz 100, cik lielā mērā dotie piemēri attiecas uz viņiem. Oriģinālajā aptaujā kopējais ticamības rādītājs bija $\alpha = 0,95$ (Bernstein Carlson & Putnam, 1993). Aptaujai latviešu valodā kopējais ticamības rādītājs ir $\alpha = 0,89$.

Aptauja sastāv no 3 apakšskalām (Bernstein Carlson & Putnam, 1993):

- amnēzija (8 apgalvojumi). Apgalvojuma piemērs: „Daži cilvēki reizēm pamana, ka viņi nespēj atcerēties svarīgus savas dzīves notikumus (piemēram, kāzas vai izlaidumu).” Oriģinālajā aptaujā šīs skolas Kronbaha $\alpha = 0,95$. Skalas ticamības rādītājs latviešu valodas tulkojumā ir $\alpha = 0,75$.
- depersonalizācija un derealizācija (10 apgalvojumi). Apgalvojuma piemērs: „Dažiem cilvēkiem reizēm liekas, ka citi cilvēki, lietas un apkārt notiekošais ir nereāls.” Oriģinālajā aptaujā šīs skolas Kronbaha $\alpha = 0,89$. Skalas ticamības rādītājs latviešu valodas tulkojumā ir $\alpha = 0,81$.
- absorbcija (10 apgalvojumi). Apgalvojuma piemērs: „Dažiem cilvēkiem reizēm gadījies nokļūt kādā vietā un attapties, nesaprotot, kā viņi tur ir nonākuši.” Oriģinālajā aptaujā šīs skolas Kronbaha $\alpha = 0,82$. Skalas ticamības rādītājs latviešu valodas tulkojumā ir $\alpha = 0,69$.

Otrs instruments disociatīvo simptomu noteikšanai – **Disociācijas aptauja** ir izmantota jau iepriekšējos disociācijas pētījumos Latvijā (Sebre, 2000). Šī aptauja ir veidota, daļēji balstoties uz Disociatīvās pieredzes skalu, taču tajā ir iekļauti jautājumi, kas sniedz papildus informāciju par tādām disociācijas izpausmēm kā identitātes apjukums un kontroles zaudēšanu pār uzvedību, domām un jūtām (Vanderlinden et al., 1993).

Aptauja sastāv no 63 apgalvojumiem, kuri jānovērtē 5 punktu Likerta skalā (no 1 = „nemaz” līdz 5 = „ļoti izteikti”). Apgalvojumi ir sagrupēti 4 apakšskalās:

- identitātes apjukums. Apakšskalā ietilpst 25 apgalvojumi, no kuriem daži attiecas uz derealizācijas un depersonalizācijas pieredzi, kas bieži ir saistīta ar identitātes apjukumu. Lielākā daļa no izteikumiem ir saistīti ar personības sašķeltības izjūtu. Apgalvojuma piemērs: “Man ir sajūta, ka es sastāvu no divām vai vairākām personām.”
- kontroles zaudēšana pār uzvedību, domām un jūtām. Šajā nozīmē skala attiecas arī uz impulsivitāti (18 apgalvojumi). Apgalvojuma piemērs: “Dažreiz pamanu, ka esmu aizsapņojusies.”
- amnēzija – atmiņas zudums par notikumiem vai savu rīcību (14 apgalvojumi). Apgalvojuma piemērs: “Reizēm es neko nevaru atcerēties par dažiem svarīgiem notikumiem savā dzīvē.”
- absorbcijas (iegrimšana sevī, aizsapņošanās) apakšskala sastāv no 6 apgalvojumiem. Piemēram: “Es varu atcerēties pagātnes notikumus tik spilgti, ka man rodas sajūta, ka tos pārdzīvoju no jauna.”

Aptaujas kopējais ticamības rādītājs Kronbaha $\alpha = 0,97$. Ticamības rādītāji identitātes apjukuma, kontroles zaudēšanas, amnēzijas un absorbcijas apakšskalās ir attiecīgi $\alpha = 0,95$, $\alpha = 0,91$, $\alpha = 0,90$ un $\alpha = 0,67$. Oriģinālajā aptaujā kopējais ticamības rādītājs bija $\alpha = 0,96$. Identitātes apjukuma, kontroles zaudēšanas, amnēzijas un absorbcijas apakšskalās ticamības rādītāji attiecīgi bija $\alpha = 0,94$, $\alpha = 0,93$, $\alpha = 0,88$ un $\alpha = 0,67$ (Vanderlinden et al., 1993).

7.4. Procedūra

Pētījuma dati tika ievākti laika posmā no 2008.gada jūlija līdz 2008.gada oktobrim. Visi respondenti tika informēti par pētījuma norisi un pētījumā piedalījās brīvprātīgi. Aptaujas no sievietēm bez psihiatriskās diagnozes tika ievāktas nelielās grupās, apmeklējot viņas darba vai studiju vietā. No šizofrēnijas pacientēm aptaujas tika ievāktas individuāli, apmeklējot viņas klīnikā. Datu ievākšanas un apstrādes gaitā tika pilnībā ievērota konfidencialitāte.

7.5. Datu apstrādes un analīzes metodes

Datu apstrādei tika izmantota SPSS 17.0 versija. Datu analīzē izmantots t-Stjudenta kritērijs, daudzfaktoru dispersiju analīze, korelāciju analīze, hierarhiskā regresiju analīze un galveno komponentu analīze

8. Rezultāti

8.1. Disociatīvie simptomi saistībā ar šizofrēnijas diagnozi un vardarbības pieredzi

Lai atbildētu uz pirmo pētījuma jautājumu par disociatīvo simptomu atšķirībām sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi un psihiski veselām sievietēm ar dažādu vardarbības pieredzi, datu apstrāde notika trīs posmos. Vispirms ar t- kritēriju tika noteikts, vai pastāv atšķirības disociatīvo simptomu izteiktībā sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi un psihiski veselām sievietēm. Otrajā datu apstrādes posmā, izmantojot dispersiju analīzi, tika analizēti disociatīvie simptomi atsevišķi sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi un psihiski veselām sievietēm. Lai varētu izdarīt secinājumus par statistiski nozīmīgām atšķirībām dažādas vardarbības pieredzes apakšgrupu rezultātos, to vidējās vērtības tika salīdzinātas, izmantojot Post-hoc testu. Trešajā rezultātu apstrādes posmā tika veikta disociatīvo simptomu divfaktoru dispersiju analīze (ir vai nav šizofrēnijas diagnoze un dažāda vardarbības pieredze).

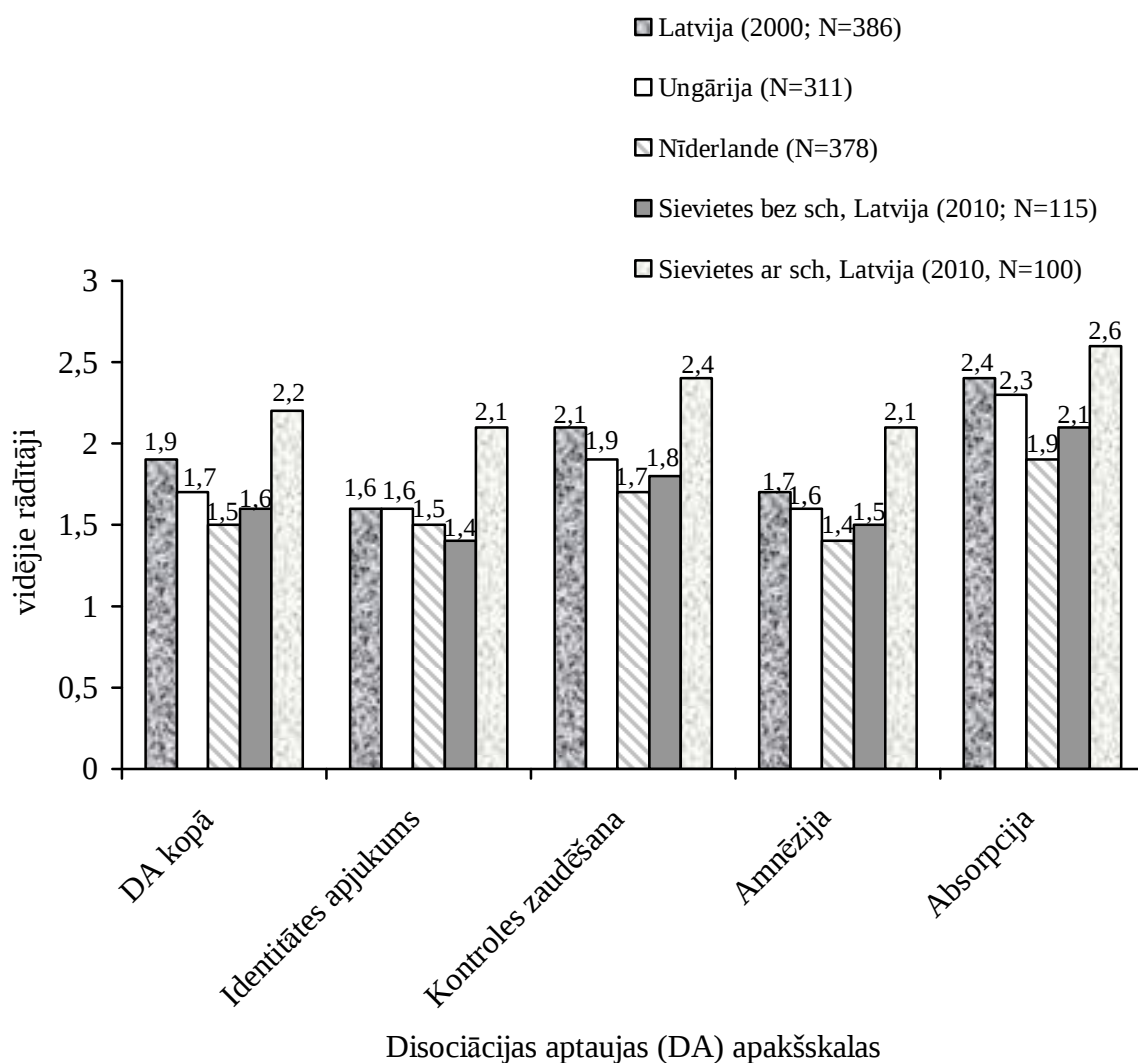
Kā redzams 7.tabulā, sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi ir izteiktāki disociatīvie simptomi gan Disociācijas aptaujā, gan Disociatīvās pieredzes skalā, salīdzinot ar sievietēm bez psihiatriskas diagnozes.

7.tabula. Disociatīvo simptomu aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi un psihiski veselām sievietēm

Disociatīvie simptomi	Sievietes ar šizofrēnijas diagnozi (n= 100)		Psihiski veselas sievietes (n= 115)		t- kritērijs
	M	SD	M	SD	
DA kopā	2,19	0,72	1,60	0,42	- 7,25**
Identitātes apjukums	2,04	0,83	1,42	0,43	- 6,71**
Kontroles zaudēšana	2,37	0,70	1,78	0,51	- 7,00**
Amnēzija	2,06	0,77	1,47	0,41	- 6,92**
Absorbciija	2,57	0,84	2,11	0,64	- 4,46**
DPS kopā	37,98	20,94	25,55	18,43	- 4,63**
Amnēzija	34,41	24,40	22,38	21,26	- 3,83**
Absorbciija	44,06	20,96	32,41	18,68	- 4,31**
Depersonalizācija	34,74	24,04	21,22	22,39	- 4,27**

**p< 0,01

Analizējot šajā pētījumā iegūtos DA disociācijas rādītājus, jāsecina, ka sievietēm bez psihiatriskas diagnozes disociācijas rādītāji būtiski neatšķiras no tiem rādītājiem, kas iegūti pētījumā Nīderlandē (Vanderlinden, van der Hart, & Varga, 1996), taču, kā redzams 1.attēlā, tie ir zemāki nekā rādītāji, kas iegūti pētījumos Latvijā 2000.gadā (Sebre, 2000) un Ungārijā (Vanderlinden, Varga, Peuskens, & Pieters, 1995). Savukārt sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi vidējie disociācijas rādītāji, kas iegūti pētījumā Latvijā, visās DA apakšskalās ir nozīmīgi augstāki nekā psihiski veselām sievietēm (skat. 1.attēlu).



1.attēls. Disociācijas aptaujas apakšskalā vidējo rādītāju salīdzinājums Latvijas, Ungārijas un Nīderlandes pētījumos

Analizējot disociācijas vidējos rādītājus, kas iegūti promocijas darba pētījumā, izmantojot Disociatīvās pieredzes skalu, jāsecina, ka gan sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi, gan sievietēm bez psihiatriskās diagnozes ir nozīmīgi augstāki DPS vidējie disociācijas rādītāji, salīdzinot ar rādītājiem, kas iegūti citos pētījumos (skat. 8.tabulu). Ja citos pētījumos pacientiem ar šizofrēnijas diagnozi vidējie disociācijas rādītāji variē no $M = 9,9$ līdz $M = 28,4$, tad šajā

pētījumā sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi disociācijas $M = 37,9$. Līdzīga situācija vērojama arī respondentiem bez psihiatriskas diagnozes – citos pētījumos DPS disociācijas vidējie rādītāji variē no $M = 5,5$ līdz $M = 14,0$, bet Latvijas pētījumā sievietēm bez psihiatriskās diagnozes disociācijas $M = 25,6$.

8.tabula. Pārskats par dažādos pētījumos iegūtajiem DPS disociācijas vidējiem rādītājiem pacientiem ar šizofrēnijas diagnozi un cilvēkiem bez psihiatriskas diagnozes

Pētījumi	Ar šizofrēnijas diagnozi		Bez psihiatriskas diagnozes	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Spitzer, Haug & Freyberger (1997)	15,8	10,5	5,5	3,0
Brunner et al. (2004)	17,2	11,3	14,0	10,6
Glaslova et al. (2004)	28,4	8,4	8,9	9,7
Bob et al. (2006)	15,7	8,5	8,5	9,0
Vogel et al. (2006)	15,3	14,1	6,4	5,3
Modestin, Hermann, & Endrass (2007)	9,9	6,8	7,6	6,3
Dambergā (2010)	37,9	20,9	25,6	18,4

Otrajā datu apstrādes posmā tika veikta dispersiju analīze. Kā redzams 9.tabulā, tad dispersiju analīze uzrādīja, ka sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi piedzīvotais vardarbības veids statistiski nozīmīgi ietekmē tādus disociatīvos simptomus kā DA *identitātes apjukums* ($F(3,96) = 3,89, p < 0,01$), DPS *amnēzija* ($F(3,96) = 3,51, p < 0,05$), DPS *absorbciija* ($F(3,96) = 3,48, p < 0,05$) un DPS *depersonalizācija* ($F(3,96) = 4,44, p < 0,01$), kā arī Disociācijas aptaujas ($F(3,96) = 3,34, p < 0,05$) un Disociatīvās pieredzes skalas ($F(3,96) = 4,61, p < 0,01$) kopējos disociācijas rādītājus.

9.tabula. Disociatīvo simptomu aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji un *Post-hoc* rezultāti sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi un dažādu vardarbības pieredzi ($n=100$)

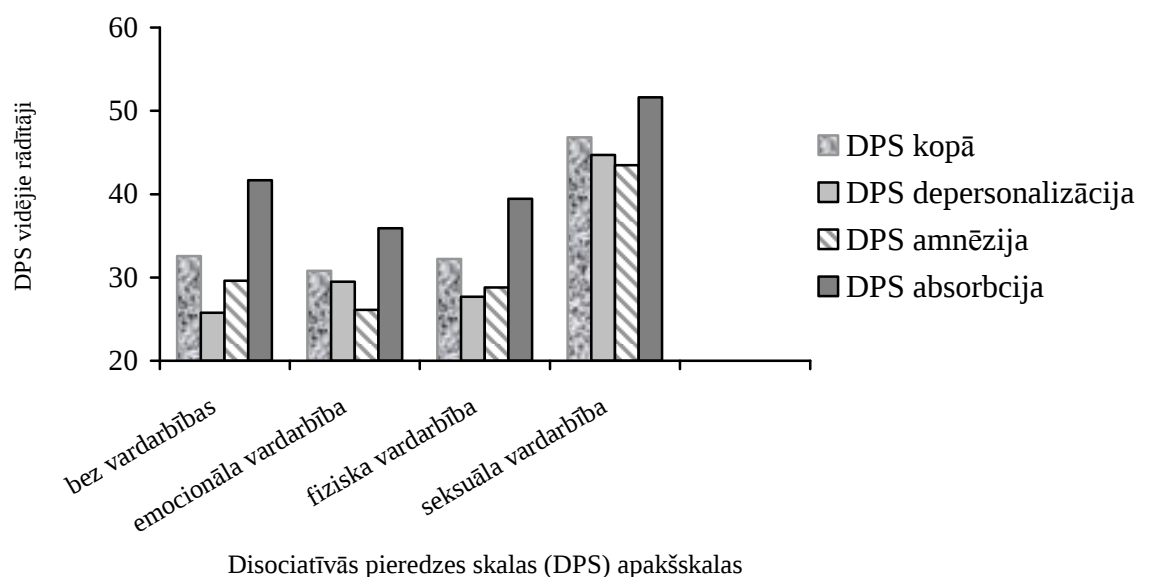
Disociatīvie simptomi	Vardarbības pieredze				<i>F</i>
	Bez vardarbības	Emocionāla vardarbība	Fiziska vardarbība	Seksuāla vardarbība	
	($n = 13$) <i>M (SD)</i>	($n = 19$) <i>M (SD)</i>	($n = 27$) <i>M (SD)</i>	($n = 41$) <i>M (SD)</i>	
DA kopā	2,05 (0,85)	2,06 (0,69)	1,95 (0,53) ^a	2,45 (0,73) ^a	3,34*
Identitātes apjukums	1,78 (0,89)	1,96 (0,74)	1,74 (0,60) ^a	2,35 (0,90) ^a	3,89**
Kontroles zaudēšana	2,26 (0,80)	2,21 (0,72)	2,19 (0,57)	2,60 (0,70)	2,53
Amnēzija	2,09 (1,07)	1,87 (0,70)	1,86 (0,47) ^a	2,28 (0,81) ^a	2,18
Absorbciija	2,47 (0,87)	2,48 (0,94)	2,33 (0,80)	2,80 (0,77)	1,94
DPS kopā	32,55 (24,05)	30,81 (19,73) ^a	32,20 (16,57) ^b	46,82 (20,52) ^{ab}	4,61**
Amnēzija	29,62 (9,11)	26,12 (21,68) ^a	28,80 (21,45)	43,48 (23,74) ^a	3,51*
Absorbciija	41,69 (25,51)	35,89 (21,76) ^a	39,44 (17,89)	51,63 (19,09) ^a	3,48*
Depersonalizācija	25,77 (26,58) ^a	29,49 (21,05)	27,67 (19,82) ^b	44,69 (24,27) ^{ab}	4,44**

Katrā rindā tie aritmētiskie vidējie, kam ir kopīgs augšraksta burts, statistiski nozīmīgi atšķiras ($p < 0,05$) saskaņā ar Bonferroni *Post-hoc* testa rezultātiem.

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

Post-hoc tests (Bonferroni) parādīja, ka sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi un seksuālās vardarbības pieredzi ir augstāka disociācija (saskaņā ar DA), kā arī viņām ir izteiktāki tādi disociatīvi simptomi kā DA *identitātes apjukums*, DA *amnēzija* un DPS *depersonalizācija* salīdzinājumā ar sievietēm, kurām ir fiziskās vardarbības pieredze. Saskaņā ar Post-hoc testa rezultātiem, tādi disociatīvie simptomi kā *kontroles zaudēšana* un *absorbcija*, kas mērīti ar Disociācijas aptauju, grupām bez vardarbības pieredzes, ar emocionālu vai seksuālu vardarbības pieredzi statistiski nozīmīgi neatšķīrās, $p > 0,05$.

Kā redzams 9.tabulā un 2.attēlā, tad Disociatīvās pieredzes skalā Post-hoc tests parādīja, ka sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi un pārdzīvotu seksuālu vardarbību ir augstāki kopējie disociācijas rādītāji nekā sievietēm ar emocionālas vardarbības vai fiziskas vardarbības pieredzi. Sievietes ar seksuālās vardarbības pieredzi uzrādīja izteiktākus tādos disociatīvos simptomus kā DPS *amnēzija* un DPS *absorbcija*, salīdzinot ar sievietēm, kas uzrāda pārdzīvotu emocionālu vardarbību. Savukārt DPS *depersonalizācijas* apakšskalā sievietes ar šizofrēnijas diagnozi un seksuālas vardarbības pieredzi uzrādīja augstākus rādītājus nekā sievietes bez vardarbības pieredzes vai ar fiziskās vardarbības pieredzi.



2.attēls. Disociatīvās pieredzes skalas vidējo rādītāju salīdzinājums sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi un dažādu vardarbības pieredzi

Kopumā var secināt, ka sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi tieši pārdzīvota seksuālā vardarbība ir tā, kas ietekmē tādu disociatīvo simptomu izteiktību kā *identitātes apjukums*, *depersonalizācija*, *kontroles zaudēšana*, *amnēzija* un *absorbcija*.

Lai salīdzinātu disociācijas simptomus sievietēm bez psihiatriskas diagnozes un ar dažādu vardarbības pieredzi, tika veikta dispersiju analīze (skat. 10.tabulu).

Psihiski veselām sievietēm, līdzīgi kā sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi, bērībā pārdzīvotais vardarbības veids statistiski nozīmīgi ietekmē gan kopējos disociācijas rādītājus saskaņā ar DA ($F(3,96) = 5,29, p < 0,01$) un DPS ($F(3,96) = 5,05, p < 0,1$), gan arī atsevišķus disociatīvos simptomus.

10.tabula. Disociatīvo simptomu aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji un Post-hoc rezultāti psihiski veselām sievietēm ar dažādu vardarbības pieredzi (n=115)

Disociatīvie simptomi	Vardarbības pieredze				F
	Bez vardarbības (n=44)	Emocionāla vardarbība (n=30)	Fiziska vardarbība (n=22)	Seksuāla vardarbība (n=19)	
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	
DA vidēji	1,43 (0,32) ^{abc}	1,62 (0,32) ^a	1,76 (0,55) ^b	1,77 (0,44) ^c	5,29**
Identitātes apjukums	1,27 (0,30) ^a	1,42 (0,35)	1,57 (0,58)	1,59 (0,48) ^a	3,86**
Kontroles zaudēšana	1,59 (0,41) ^{ab}	1,82 (0,42)	1,92 (0,62) ^a	1,98 (0,56) ^b	4,04**
Amnēzija	1,29 (0,28) ^{ab}	1,51 (0,27) ^a	1,62 (0,57)	1,65 (0,52) ^b	5,67**
Absorbciija	1,91 (0,62) ^a	2,14 (0,59)	2,43 (0,68) ^a	2,18 (0,58)	3,70**
DPS vidēji	18,05 (17,25) ^{ab}	26,81 (15,71)	33,75 (22,10) ^a	31,41 (14,66) ^b	5,05**
Amnēzija	13,92 (7,26) ^{ab}	24,38 (19,73)	30,51 (25,44) ^a	29,41 (21,30) ^b	4,57**
Absorbciija	25,41 (20,42) ^a	34,73 (14,05)	38,50 (20,31)	37,89 (14,44) ^a	3,80**
Depersonalizācija	14,00 (8,92) ^a	20,83 (19,41)	31,59 (28,94) ^a	26,53 (21,12)	3,70**

Katrā rindā tie aritmētiskie vidējie, kam ir kopīgs augšraksta burts, statistiski nozīmīgi atšķiras ($p < 0,05$) saskaņā ar Games- Howell Post-hoc testa rezultātiem.

** $p < 0,01$

Post-hoc analīze parādīja, ka sievietēm bez vardarbības pieredzes ir zemāki kopējie DA disociācijas rādītāji nekā tām sievietēm, kas cietušas no emocionālas, fiziskas vai seksuālas vardarbības. Tika konstatēts, ka sievietes bez vardarbības pieredzes uzrāda mazāk izteiktu DA *identitātes apjukumu* un DPS *absorbciiju* nekā sievietes, kuras uzrāda piedzīvotu seksuālu vardarbību (skat. 10.tabulu). Tāpat rezultāti parādīja, ka sievietēm bez vardarbības pieredzes, salīdzinot ar tām sievietēm, kuras cietušas no fiziskas vai seksuālas vardarbības, ir mazāk izteikta DA *kontroles zaudēšana*, DPS *amnēzija* un disociācija kopumā (saskaņā ar DPS). Visbeidzot, saskaņā ar Post-hoc testu sievietes bez vardarbības pieredzes parādīja mazāk izteiktu DA *absorbciiju* un DPS *depersonalizāciju* nekā sievietes ar bērībā piedzīvotu fizisku vardarbību.

Lai atbildētu uz pētījuma jautājumu par to, kādas ir disociācijas simptomu atšķirības sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi un dažādu bērības vardarbības pieredzi, tika izmantota dispersijas starpgrupu attiecību analīze (skat. 11.tabulu).

Kā redzams 11.tabulā, šizofrēnijas diagnoze pastiprina disociatīvo simptomu izteiktību. Savukārt vardarbības pieredzes ietekme tika novērota lielākai daļai disociatīvo simptomu, izņemot DA *amnēziju* un *absorbciiju*. Taču ne disociatīviem simptomiem kopumā, ne arī kādā no apakšskalām neparādījās mijiedarbība starp šizofrēnijas diagnozi un vardarbības pieredzi,

citiem vārdiem, gan šizofrēnijas diagnoze, gan bērnības vardarbības pieredze pastiprina disociatīvo simptomu izteiktību.

11.tabula. Disociatīvo simptomu daudzfaktoru dispersiju analīzes (šizofrēnijas diagnoze x vardarbības pieredze) rezultāti sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi un psihiski veselām sievietēm (N=215)

Disociatīvie simptomi	Šizofrēnijas diagnoze (Sch)	Vardarbības pieredze (V)	Sch x V
	<i>F</i>	<i>F</i>	<i>F</i>
DA	35,44**	3,85**	1,93
Identitātes apjukums	29,66**	4,29**	1,95
Kontroles zaudēšana	31,93**	3,30*	1,19
Amnēzija	34,66**	2,45	2,10
Absorbcija	11,40**	1,41	2,46
DPS	8,73**	4,74**	2,33
Amnēzija	5,38*	3,93**	1,85
Absorbcija	8,22**	3,21**	2,07
Depersonalizācija	7,05**	4,15*	2,15

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

8.2. Šizotipiskas personības pazīmes saistībā ar šizofrēnijas diagnozi un vardarbības pieredzi

Lai atbildētu uz otro pētījuma jautājumu par šizotipiskas personības pazīmju atšķirībām saistībā ar šizofrēnijas diagnozi un dažādu vardarbības pieredzi, vispirms, izmantojot dispersiju analīzi, tika analizētas šizotipiskās personības pazīmes atsevišķi sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi un psihiski veselām sievietēm. Lai varētu izdarīt secinājumus par statistiski nozīmīgām atšķirībām dažādas vardarbības pieredzes apakšgrupu rezultātos, to vidējās vērtības tika salīdzinātas, izmantojot Post-hoc testu (Bonferroni). Kā arī, tika veikta disociatīvo simptomu divfaktoru dispersiju analīze (ir vai nav šizofrēnijas diagnoze un dažāda vardarbības pieredze).

Rezultātā (skat. 12.tabulu) sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi tika konstatēts, ka vardarbība ietekmē gan šizotipiskas personības pazīmes kopumā ($F(3,96) = 5,11, p < 0,01$), gan arī tādas pazīmes kā *murgu idejas* ($F(3,96) = 5,53, p < 0,01$), *dīvainas pārliecības* ($F(3,96) = 3,71, p < 0,05$), *netipiska uztvere* ($F(3,96) = 4,51, p < 0,05$), *dīvaina uzvedība* ($F(3,96) = 3,88, p < 0,05$) un *aizdomīgums* ($F(3,96) = 5,63, p < 0,01$). Tāpat tika konstatēta statistiski nozīmīga vardarbības pieredzes ietekme uz *pozitīvām* un *negatīvām šizotipijas pazīmēm* un *dezorganizētību*. Post-hoc analīze iepriekš nosauktajās apakšskālās un faktoros uzrādīja, ka šizofrēnijas pacientes, kuras cietušas no seksuālas vardarbības, ir ar augstākiem šizotipisko pazīmju rādītājiem nekā šizofrēnijas pacientes bez vardarbības pieredzes. Šizofrēnijas pacientes, kuras cietušas no

seksuālas vardarbības, uzrādīja augstākus *aizdomīguma* un *pozitīvās šizotipijas pazīmju* rādītājus nekā tās pacientes, kuras ir bez vardarbības pieredzes vai pārcietušas emocionālo vardarbību.

Kā redzams 12.tabulā, vardarbības pieredzes ietekme netika novērota tādās šizotipiskās personības pazīmēs kā *pārmērīga sociālā trauksme* ($F(3,96) = 1,65, p > 0,05$), *tuvu draugu trūkums* ($F(3,96) = 0,50, p > 0,05$), *dīvaina runa* ($F(3,96) = 1,82, p > 0,05$) un *ierobežotas emocijas* ($F(3,96) = 0,36, p > 0,05$).

12.tabula. Šizotipiskas personības pazīmju aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji un Post-hoc rezultāti sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi un dažādu vardarbības pieredzi (n=100)

Šizotipiskas personības pazīmes	Vardarbības pieredze				F
	Bez vardarbības	Emocionāla vardarbība	Fiziska vardarbība	Seksuāla vardarbība	
	(n = 13) M (SD)	(n = 19) M (SD)	(n = 27) M (SD)	(n = 41) M (SD)	
SPA (kopā)	0,40 (0,22) ^a	0,49 (0,23)	0,51 (0,17)	0,61 (0,15) ^a	5,11**
SPA apakšskalas					
Murgainas idejas	0,34 (0,23) ^a	0,49 (0,30)	0,53 (0,29)	0,65 (0,20) ^a	5,53**
Pārmērīga sociāla trauksme	0,54 (0,39)	0,65 (0,37)	0,66 (0,32)	0,75 (0,24)	1,65
Dīvainas pārliedības	0,27 (0,29) ^a	0,32 (0,33)	0,43 (0,26)	0,53 (0,30) ^a	3,71*
Netipiska uztvere	0,19 (0,28) ^a	0,33 (0,28)	0,30 (0,20)	0,47 (0,31) ^a	4,51*
Dīvaina uzvedība	0,32 (0,37) ^a	0,39 (0,30)	0,56 (0,29)	0,60 (0,31) ^a	3,88*
Tuvu draugu trūkums	0,48 (0,35)	0,58 (0,31)	0,51 (0,25)	0,55 (0,19)	0,50
Dīvaina runa	0,42 (0,29)	0,56 (0,35)	0,54 (0,27)	0,62 (0,23)	1,82
Ierobežotas emocijas	0,54 (0,29)	0,51 (0,31)	0,51 (0,28)	0,57 (0,22)	0,36
Aizdomīgums	0,45 (0,29) ^a	0,51 (0,27) ^b	0,62 (0,29)	0,73 (0,20) ^{ab}	5,63**
SPA faktori					
Pozitīvas šizotipijas pazīmes	0,31 (0,22) ^a	0,42 (0,24) ^b	0,47 (0,20)	0,60 (0,17) ^{ab}	8,23**
Negatīvas šizotipijas pazīmes	0,48 (0,25) ^a	0,56 (0,26)	0,58 (0,23)	0,66 (0,15) ^a	2,67*
Dezorganizētība	0,38 (0,31) ^a	0,48 (0,30)	0,55 (0,24)	0,61 (0,23) ^a	3,04**

Tie aritmētiskie vidējie, kam ir kopīgs augšraksta burts, statistiski nozīmīgi atšķiras ($p < 0,05$) saskaņā ar Bonferroni Post-hoc testa rezultātiem.

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

Lai salīdzinātu šizotipiskās personības pazīmes sievietēm bez psihiatriskas diagnozes ar dažādu vardarbības pieredzi, tika veikta dispersiju analīze. Lai varētu izdarīt secinājumus par statistiski nozīmīgām atšķirībām apakšgrupu rezultātos, to vidējās vērtības tika salīdzinātas, izmantojot Post-hoc testu (Bonferroni).

Analizējot šizotipiskās personības pazīmes psihiski veselām sievietēm ar dažādu vardarbības pieredzi, tika iegūti nedaudz atšķirīgi rezultāti kā šizofrēnijas pacientēm (skat. 13.tabulu). 13.tabulā var redzēt, ka, līdzīgi kā šizofrēnijas pacientēm, arī psihiski veselām sievietēm tika novērota statistiski nozīmīga vardarbības pieredzes ietekme gan uz šizotipiskām personības pazīmēm kopumā ($F(3,111) = 7,58, p < 0,01$), gan uz *pozitīvo* un *negatīvo šizotipijas*

pazīmju un dezorganizētības faktoriem (attiecīgi $F(3,111) = 6,17, p < 0,01, F(3,111) = 3,02, p < 0,05$ un $F(3,111) = 8,99, p < 0,01$). Post-hoc analīze parādīja, ka sievietes bez vardarbības pieredzes bija ar mazāk izteiktām šizotipiskās personības pazīmēm un mazāk izteiktu dezorganizētību nekā tās sievietes, kuras cietušas no emocionālas, fiziskas vai seksuālas vardarbības. Tika konstatēts, ka sievietēm ar seksuālu vardarbības pieredzi ir izteiktākas pozitīvās šizotipijas pazīmes nekā sievietēm bez vardarbības pieredzes (skat. 13.tabulu).

13.tabula. Šizotipiskās personības pazīmju aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji un Post-hoc rezultāti psihiski veselām sievietēm ar dažādu vardarbības pieredzi (n=115)

Šizotipiskās personības pazīmes	Vardarbības pieredze				F
	Bez vardarbības (n=44)	Emocionāla vardarbība (n=30)	Fiziska vardarbība (n=22)	Seksuāla vardarbība (n=19)	
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	
SPA (kopā)	0,24 (0,14) ^{abc}	0,35 (0,14) ^a	0,35 (0,19) ^b	0,42 (0,15) ^c	7,58**
SPA apakšskalas					
Murgainas idejas	0,24 (0,25) ^a	0,34 (0,22)	0,40 (0,28)	0,47 (0,22) ^a	4,63**
Pārmērīga sociāla trauksme	0,45 (0,30)	0,50 (0,32)	0,47 (0,32)	0,55 (0,31)	0,47
Dīvainas pārliedības	0,33 (0,26) ^a	0,39 (0,24)	0,40 (0,30)	0,56 (0,31) ^a	3,25*
Netipiska uztvere	0,16 (0,17) ^a	0,23 (0,21)	0,25 (0,21)	0,34 (0,21) ^a	3,93*
Dīvaina uzvedība	0,07 (0,16) ^a	0,18 (0,18)	0,20 (0,28)	0,28 (0,25) ^a	5,34**
Tuvu draugu trūkums	0,24 (0,21)	0,40 (0,23)	0,34 (0,30)	0,38 (0,28)	2,98*
Dīvaina runa	0,19 (0,22) ^{abc}	0,41 (0,22) ^a	0,39 (0,32) ^b	0,45 (0,23) ^c	7,76**
Ierobežotas emocijas	0,24 (0,19)	0,34 (0,23)	0,32 (0,21)	0,36 (0,27)	2,00
Aizdomīgums	0,26 (0,20)	0,37 (0,22)	0,35 (0,25)	0,41 (0,30)	2,43
SPA faktori					
Pozitīvas šizotipijas pazīmes	0,24 (0,18) ^a	0,33 (0,15)	0,35 (0,19)	0,44 (0,17) ^a	6,17**
Negatīvas šizotipijas pazīmes	0,29 (0,17)	0,39 (0,19)	0,37 (0,22)	0,43 (0,22)	3,02*
Dezorganizētība	0,14 (0,16) ^{abc}	0,31 (0,17) ^a	0,31 (0,29) ^b	0,38 (0,18) ^c	8,99**

Tie aritmētiskie vidējie, kam ir kopīgs augšraksta burts, statistiski nozīmīgi atšķiras ($p < 0,05$) saskaņā ar Bonferroni Post-hoc testa rezultātiem.

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

Dažādu piedzīvotu vardarbības veidu ietekme tika novērota arī tādās šizotipiskās personības pazīmēs kā *idejas par īpašām norādēm* ($F(3,111) = 4,63, p < 0,01$), *dīvainas pārliedības* ($F(3,111) = 3,25, p < 0,05$), *netipiska uztvere* ($F(3,111) = 3,93, p < 0,05$), *dīvaina uzvedība* ($F(3,111) = 5,34, p < 0,01$), *tuvu draugu trūkums* ($F(3,111) = 2,98, p < 0,05$) un *dīvaina runa* ($F(3,111) = 7,76, p < 0,01$). Post-hoc analīze parādīja, ka sievietēm ar seksuālas vardarbības pieredzi bija izteiktākas *murgu idejas*, *dīvainas pārliedības*, kā arī vairāk izteikta *netipiska uztvere* un *dīvaina uzvedība*, salīdzinot ar sievietēm bez bērnības vardarbības pieredzes. Sievietēm, kuras cietušas no emocionālas, fiziskas vai seksuālas vardarbības, bija izteiktāka *dīvaina runa* nekā sievietēm bez vardarbības pieredzes.

Sievietēm bez psihiatriskas diagnozes vardarbības pieredzes ietekme netika novērota tādās šizotipiskās personības pazīmēs kā *pārmērīga sociālā trauksme* ($F(3,111) = 0,47, p > 0,05$), *ierobežotas emocijas* ($F(3,111) = 2,00, p > 0,05$) un *aizdomīgums* ($F(3,111) = 2,43, p > 0,05$).

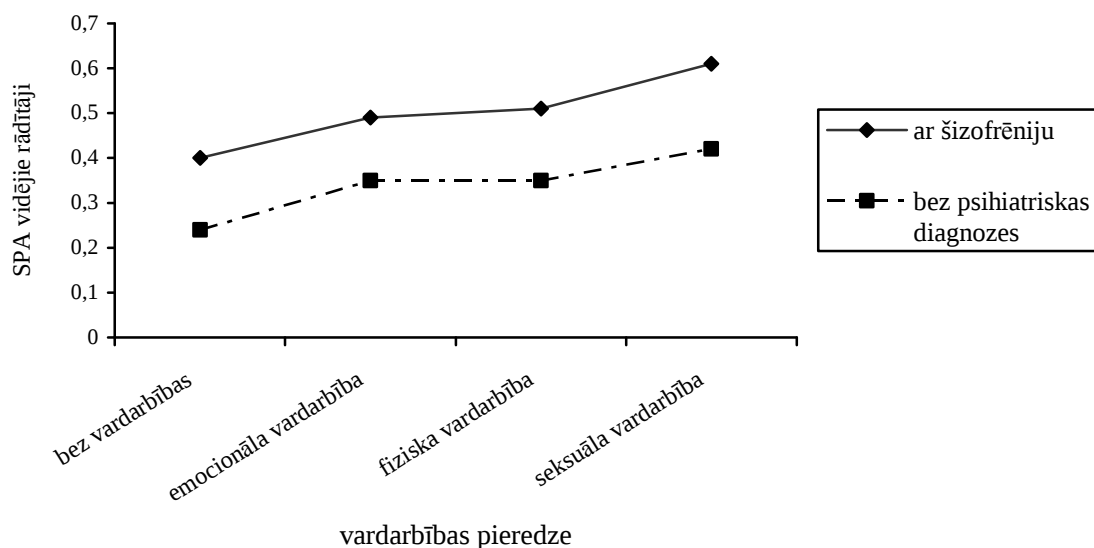
Lai atbildētu uz pētījuma jautājumu par to, kādas ir šizotipiskas personības pazīmju atšķirības sievietēm saistībā ar šizofrēnijas diagnozi un dažādu bērnības vardarbības pieredzi, tika izmantota dispersijas starpgrupu attiecību analīze (skat. 14.tabulu).

14.tabula. Šizotipiskas personības pazīmju daudzfaktoru dispersiju analīzes (šizofrēnijas diagnoze x vardarbības pieredze) rezultāti sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi un psihiski veselām sievietēm (N=215)

Šizotipiskas personības pazīmes	Šizofrēnijas diagnoze (Sch)	Vardarbības pieredze (V)	Sch x V
	<i>F</i>	<i>F</i>	<i>F</i>
SPA (kopā)	42,76**	10,47**	0,18
SPA apakšskalas			
Murgainas idejas	14,50**	9,22**	0,20
Pārmērīga sociāla trauksme	12,11**	1,86	0,20
Dīvainas pārlicības	0,51	6,67**	0,27
Netipiska uztvere	5,16*	7,56**	0,48
Dīvaina uzvedība	55,55**	7,70**	0,78
Tuvu draugu trūkums	26,28**	2,14	0,21
Dīvaina runa	20,16**	6,28**	0,25
Ierobežotas emocijas	36,51**	0,79	0,61
Aizdomīgums	42,50**	6,12**	1,30
SPA faktori			
Pozitīvas šizotipijas pazīmes	16,01**	13,17**	0,46
Negatīvas šizotipijas pazīmes	45,97**	4,56**	0,22
Dezorganizētība	43,86**	8,47**	0,21

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

Lielāko daļu šizotipisku personības pazīmju pastiprina šizofrēnijas diagnoze. Līdzīgi lielāko daļu šizotipisko personības pazīmju pastiprina vardarbības pieredze bērnībā. Var secināt, ka gan šizofrēnijas diagnoze, gan bērnībā piedzīvota vardarbība pastiprina šizotipiskas personības pazīmes (skat. 3.attēlu).



3.attēls. Šizotipiskās personības pazīmes sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi un psihiski veselām sievietēm ar dažādu bērnības vardarbības pieredzi

8.3. Disociatīvie simptomi un šizotipiskās personības pazīmes sievietēm saistībā ar šizofrēnijas diagnozi un vardarbības pieredzi

Atbildot uz trešo pētījuma jautājumu, kuri no bērnībā piedzīvotiem vardarbības veidiem un disociatīviem simptomiem vislabāk prognozē šizotipiskās personības pazīmes sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi un psihiski veselām sievietēm, tika veiktas hierarhiskās regresiju analīzes. Pirms regresiju analīzēm tika veikta korelāciju analīze starp šizotipiskām personības pazīmēm un disociatīviem simptomiem

Vispirms tika aprēķināti korelācijas koeficienti šizotipiskām personības pazīmēm un DA disociācijas simptomiem sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi. 15.tabulā var redzēt, ka šizotipiskās personības pazīmes pozitīvi korelē ar disociatīviem simptomiem. Visaugstākais korelācijas koeficients jeb cieša korelācija ir vērojama starp šizotipisko personības pazīmi *netipiska uztvere* un DA apakšskalu *identitātes apjukums* ($r = 0,72, p < 0,01$). Vidēji cieša korelācija pastāv starp pozitīvām šizotipiskām pazīmēm un visiem disociatīviem simptomiem. Līdzīgi vidēji cieša saistība pastāv starp dezorganizētību un disociatīviem simptomiem, izņemot *absorbciju*, ar kuru ir vāja, bet nozīmīga korelācijas ($r = 0,35, p < 0,01$).

15.tabula. Pīrsona korelācijas koeficienti šizotipiskām personības pazīmēm un DA disociācijas simptomiem sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi (n=100)

	DA	Identitātes apjukums	Kontroles zaudēšana	Amnēzija	Absorbciņa
SPA (kopā)	0,67**	0,63**	0,66**	0,60**	0,45**
SPA apakšskālas					
Murgainas idejas	0,51**	0,50**	0,49**	0,39**	0,44**
Pārmērīga sociāla trauksme	0,29**	0,25**	0,30**	0,31**	0,19
Dīvainas pārliecības	0,47**	0,46**	0,46**	0,34**	0,41**
Netipiska uztvere	0,69**	0,72**	0,62**	0,56**	0,49**
Dīvaina uzvedība	0,54**	0,50**	0,55**	0,50**	0,32**
Tuvu draugu trūkums	0,26**	0,24**	0,26**	0,31**	0,07
Dīvaina runa	0,57**	0,52**	0,56**	0,56**	0,30**
Ierobežotas emocijas	0,33**	0,28**	0,33**	0,35**	0,20*
Aizdomīgums	0,43**	0,39**	0,45**	0,37**	0,33**
SPA faktori					
Pozitīvas šizotipijas pazīmes	0,68**	0,68**	0,65**	0,54**	0,54**
Negatīvas šizotipijas pazīmes	0,45**	0,40**	0,46**	0,44**	0,28**
Dezorganizētība	0,62**	0,57**	0,60**	0,60**	0,35**

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

Disociatīvie simptomi vāji korelē ar tādām šizotipiskām personības pazīmēm kā *pārmērīga sociālā trauksme*, *tuvu draugu trūkums*, *ierobežotas emocijas* un *aizdomīgums* (skat. 15.tabulu). Visas nosauktās šizotipiskās personības pazīmes attiecas uz negatīvām šizotipijas pazīmēm. Savstarpēja saistība nepastāv starp *absorbciņu* un *pārmērīgu sociālo trauksmi* ($r = 0,19$, $p > 0,05$) un starp *absorbciņu* un *tuvu draugu trūkumu* ($r = 0,07$, $p > 0,05$).

Absorbciņa vidēji cieši korelē ar tādām pozitīvām šizotipijas pazīmēm kā *murgainas idejas* ($r = 0,44$, $p < 0,01$), *dīvainas pārliecības* ($r = 0,41$, $p < 0,01$) un *netipiska uztvere* ($r = 0,49$, $p < 0,01$).

Līdzīgi rezultāti tika iegūti, aprēķinot korelācijas starp šizotipiskām personības pazīmēm un DPS disociatīviem simptomiem (skat. 16.tabulu). Pozitīvas šizotipijas pazīmes un dezorganizētība vidēji cieši korelē ar disociatīviem simptomiem. Vidēji cieša saistība vērojama starp *depersonalizāciju* un tādām pozitīvām šizotipijas pazīmēm kā *murgainas idejas* ($r = 0,48$, $p < 0,01$) un *netipiska uztvere* ($r = 0,47$, $p < 0,01$). Savukārt starp negatīvām šizotipijas pazīmēm (tai skaitā, *pārmērīgu sociālo trauksmi*, *ierobežotām emocijām*, *aizdomīgumu*) un disociatīviem simptomiem vērojama vāja saistība. Arī atsevišķas pozitīvās šizotipijas pazīmes, kā, piemēram, *dīvainas pārliecības* vāji, bet statistiski nozīmīgi korelē ar disociatīviem simptomiem.

Savstarpēja saistība nepastāv starp *absorbciņu* un *tuvu draugu trūkumu* ($r = 0,12$, $p > 0,05$) un starp *absorbciņu* un *ierobežotām emocijām* ($r = 0,18$, $p > 0,05$). *Tuvu draugu trūkums* nebija statistiski nozīmīgi saistīts ar Disociatīvās pieredzes skālas kopējiem rādītājiem ($r = 0,19$, $p > 0,05$) un *depersonalizāciju* ($r = 0,17$, $p > 0,05$).

16.tabula. Pīrsona korelācijas koeficienti šizotipiskas personības pazīmēm un DPS disociācijas simptomiem sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi (n=100)

	DPS	Amnēzija	Absorbciņa	Depersonalizācija
SPA (kopā)	0,53**	0,49**	0,47**	0,48**
SPA apakšskalas				
Murgainas idejas	0,47**	0,39**	0,40**	0,48**
Pārmērīga sociāla trauksme	0,33**	0,37**	0,32**	0,23*
Dīvainas pārliecības	0,32**	0,24*	0,32**	0,32**
Netipiska uztvere	0,44**	0,36**	0,37**	0,47**
Dīvaina uzvedība	0,42**	0,35**	0,42**	0,38**
Tuvu draugu trūkums	0,19	0,24*	0,12	0,17
Dīvaina runa	0,43**	0,38**	0,41**	0,39**
Ierobežotas emocijas	0,25*	0,30**	0,18	0,21*
Aizdomīgums	0,35**	0,35**	0,32**	0,30**
SPA faktori				
Pozitīvas šizotipijas pazīmes	0,52**	0,43**	0,51**	0,45**
Negatīvas šizotipijas pazīmes	0,39**	0,41**	0,33**	0,33**
Dezorganizētība	0,48**	0,41**	0,43**	0,46**

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

Tālākā rezultātu apstrādes gaitā tika aprēķināti korelācijas koeficienti šizotipiskām personības pazīmēm un disociācijas simptomiem sievietēm bez psihiatriskas diagnozes.

17.tabulā ir doti Pīrsona korelācijas koeficienti šizotipiskām personības pazīmēm un DA disociācijas simptomiem. Arī šeit vērojamas līdzīgas tendences kā iepriekš analizētajās korelācijās sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi. Psihiski veselām sievietēm šizotipiskās personības pazīmes kopumā pozitīvi korelē ar visiem disociatīviem simptomiem. Pozitīvas šizotipijas pazīmes un dezorganizētība vidēji cieši korelē ar disociatīviem simptomiem. Vidēji cieša saistība vērojama arī starp negatīvajām šizotipijas pazīmēm un disociatīviem simptomiem, izņemot *absorbciņu*, ar kuru ir vāja, bet statistiski nozīmīga saistība ($r = 0,30$, $p < 0,01$).

Negatīvās šizotipijas personības pazīmes, kā *pārmērīga sociālā trauksme*, *tuvu draugu trūkums* un *ierobežotas emocijas*, vāji korelē ar disociatīviem simptomiem. Arī tādas pozitīvas šizotipijas pazīmes kā *dīvainas pārliecības*, vāji, bet statistiski nozīmīgi korelē ar disociatīviem simptomiem, izņemot *absorbciņu*, ar kuru ir vidēji cieša sakarība ($r = 0,42$, $p < 0,01$). Savstarpēja saistība nepastāv starp *absorbciņu* un *tuvu draugu trūkumu* ($r = 0,12$, $p > 0,05$).

Visaugstākais korelācijas koeficients jeb cieša korelācija ir vērojama starp DA apakšskalu *identitātes apjukums* un SPA faktoru *dezorganizētība* ($r = 0,71$, $p < 0,01$), kā arī ar SPA apakšskalu *dīvaina runa* ($r = 0,71$, $p < 0,01$).

17.tabula. Pīrsona korelācijas koeficienti šizotipiskas personības pazīmēm un DA disociācijas simptomiem psihiski veselām sievietēm (n=115)

	DA	Identitātes apjukums	Kontroles zaudēšana	Amnēzija	Absorbciņa
SPA (kopā)	0,70**	0,67**	0,64**	0,60**	0,50**
SPA apakšskalas					
Murgainas idejas	0,59**	0,60**	0,55**	0,42**	0,44**
Pārmērīga sociāla trauksme	0,35**	0,29**	0,36**	0,38**	0,20*
Dīvainas pārlicības	0,39**	0,30**	0,36**	0,34**	0,42**
Netipiska uztvere	0,59**	0,56**	0,54**	0,48**	0,46**
Dīvaina uzvedība	0,41**	0,48**	0,29**	0,30**	0,32**
Tuvu draugu trūkums	0,26**	0,21*	0,23*	0,32**	0,12
Dīvaina runa	0,71**	0,71**	0,64**	0,58**	0,48**
Ierobežotas emocijas	0,34**	0,29**	0,33**	0,31**	0,24**
Aizdomīgums	0,46**	0,49**	0,41**	0,35**	0,27**
SPA faktori					
Pozitīvas šizotipijas pazīmes	0,67**	0,65**	0,62**	0,52**	0,52**
Negatīvas šizotipijas pazīmes	0,50**	0,46**	0,47**	0,46**	0,30**
Dezorganizētība	0,68**	0,71**	0,58**	0,54**	0,48**

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

18.tabulā doti korelācijas koeficienti šizotipiskām personības pazīmēm un DPS disociācijas simptomiem sievietēm bez psihiatriskas diagnozes. Psihiski veselām sievietēm pozitīvas šizotipijas pazīmes ir vidēji cieši saistītas ar kopējiem disociācijas rādītājiem, kā arī ar tādiem disociatīviem simptomiem kā *absorbciņu* un *depersonalizāciju*. Izņēmums ir *amnēzija*, ar kuru pozitīvām šizotipijas pazīmēm ir vāja, bet nozīmīga korelācija ($r = 0,39$, $p < 0,01$). Līdzīgi *dezorganizācija* ir vidēji cieši saistīta ar kopējiem disociācijas rādītājiem, *absorbciņu* un *depersonalizāciju*, izņemot *amnēziju*, ar kuru ir vāja saistība ($r = 0,35$, $p < 0,01$). Psihiski veselām sievietēm negatīvās šizotipijas pazīmes vāji korelē ar visiem disociatīviem simptomiem.

Kā redzams 18.tabulā, sievietēm bez psihiatriskas diagnozes savstarpēja saistība nepastāv starp disociatīviem simptomiem un tādām šizotipiskas personības pazīmēm kā *pārmērīga sociālā trauksme* un *tuvu draugu trūkums*. *Ierobežotas emocijas* nekorelē ar *amnēziju* ($r = 0,17$, $p > 0,05$) un *depersonalizāciju* ($r = 0,15$, $p > 0,05$). Ar *amnēziju* nekorelē arī *aizdomīgums* ($r = 0,16$, $p > 0,05$).

18.tabula. Pīrsona korelācijas koeficienti šizotipiskas personības pazīmēm un DPS disociācijas simptomiem psihiski veselām sievietēm (n=115)

	DPS	Amnēzija	Absorbciņa	Depersonalizācija
SPA (kopā)	0,48**	0,37**	0,43**	0,47**
<i>SPA apakšskalas</i>				
Murgainas idejas	0,54**	0,36**	0,56**	0,51**
Pārmērīga sociāla trauksme	0,18	0,16	0,13	0,18
Dīvainas pārliecības	0,30**	0,29**	0,29**	0,24*
Netipiska uztvere	0,45**	0,38**	0,42**	0,39**
Dīvaina uzvedība	0,39**	0,26**	0,36**	0,39**
Tuvu draugu trūkums	0,06	0,07	0,11	-0,01
Dīvaina runa	0,43**	0,34**	0,43**	0,37**
Ierobežotas emocijas	0,21*	0,17	0,23*	0,15
Aizdomīgums	0,28**	0,16	0,29**	0,27**
<i>SPA faktori</i>				
Pozitīvas šizotipijas pazīmes	0,53**	0,39**	0,52**	0,48**
Negatīvas šizotipijas pazīmes	0,29**	0,21*	0,25**	0,30**
Dezorganizētība	0,47**	0,35**	0,42**	0,47**

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

Apkopojot iepriekš veiktās korelāciju analīzes, jāsecina, ka līdzīgas tendences vērojamas gan sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi, gan psihiski veselām sievietēm – pozitīvās šizotipijas pazīmes ir vidēji cieši saistītas ar disociatīviem simptomiem. Līdzīgi gan sievietēm ar šizofrēniju, gan psihiski veselām sievietēm dezorganizētība ir vidēji cieši saistīta ar disociāciju. Negatīvas šizotipijas pazīmes ir vāji saistītas vai arī nekorelē ar disociatīviem simptomiem.

Nākamā datu apstrādes posma mērķis bija padziļināti noskaidrot, tieši kuri vardarbības veidi un disociācijas simptomi vislabāk prognozē šizotipiskas personības pazīmes sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi un psihiski veselām sievietēm. Tika veiktas hierarhiskās regresiju analīzes ar atkarīgajiem mainīgajiem – pozitīvas šizotipijas pazīmes, negatīvas šizotipijas pazīmes un dezorganizētība. Kā neatkarīgie mainīgie pirmajā solī tika ievadīti emocionālās, fiziskās un seksuālās vardarbības rādītāji, bet otrajā solī – disociatīvie simptomi (Disociatīvās aptaujas *identitātes apjukums, kontroles zaudēšana, amnēzija, absorbciņa* un Disociatīvās pieredzes skolas *amnēzija, absorbciņa un depersonalizācija*).

19.tabulā atspoguļoti hierarhiskās regresiju analīzes rezultāti sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi. Rezultāti liecina, ka šizofrēnijas pacientēm hierarhiskās regresiju analīzes 1.solī pozitīvas šizotipijas pazīmes nozīmīgi prognozē bērnībā piedzīvota seksuāla vardarbība ($\beta = 0,40$, $p < 0,001$), kura izskaidro 16% no variācijas ($F(1;98) = 18,75$, $p < 0,001$). 2.solī no disociatīviem simptomiem tieši *identitātes apjukums* veido nozīmīgu pienesumu pārdzīvotās seksuālās vardarbības un pozitīvo šizotipijas pazīmju mijiedarbībā un būtiski palielina seksuālās vardarbības izskaidroto variāciju (attiecīgi 49%, $F(1;97) = 63,97$, $p < 0,01$).

Tāpat kā pozitīvas šizotipijas pazīmes, tā arī negatīvas šizotipijas pazīmes sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi nozīmīgi prognozē bērnībā pārdzīvota seksuālā vardarbība ($\beta = 0,24, p < 0,05$), kas izskaidro 6% no variācijas ($F(1;98) = 6,18, p < 0,05$). Kā redzams 19.tabulā, tad 2. solī no disociatīviem simptomiem nozīmīgu piesumsu dod *kontroles zaudēšana* ($F(1;97) = 20,45, p < 0,001$), kas papildus izskaidro 16% variācijas, taču šajā solī nozīmību zaudē seksuālā vardarbība ($\beta = 0,13, p > 0,05$).

19.tabula. Hierarhiskā regresiju analīze atkarīgam mainīgam šizotipiskas personības pazīmes sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi (N=100)

Atkarīgais mainīgais Neatkarīgais mainīgais	Pozitīvas šizotipijas pazīmes					
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	R^2	ΔR^2	<i>F izmaiņa</i>
1.solis				0,16	0,16	18,75***
Seksuāla vardarbība	0,18	0,04	0,40***			
2.solis				0,49	0,33	63,97***
Seksuāla vardarbība	0,09	0,03	0,21**			
Identitātes apjukums	0,16	0,02	0,61***			
Atkarīgais mainīgais Neatkarīgais mainīgais	Negatīvas šizotipijas pazīmes					
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	R^2	ΔR^2	<i>F izmaiņa</i>
1.solis				0,06	0,06	6,18*
Seksuāla vardarbība	0,11	0,04	0,24*			
2.solis				0,22	0,16	20,45***
Seksuāla vardarbība	0,06	0,04	0,13			
Kontroles zaudēšana	0,13	0,03	0,42***			
Atkarīgais mainīgais Neatkarīgais mainīgais	Dezorganizētības pazīmes					
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	R^2	ΔR^2	<i>F izmaiņa</i>
1.solis				0,06	0,06	6,35*
Emocionāla vardarbība	0,17	0,07	0,25*			
2.solis				0,46	0,40	35,43***
Emocionāla vardarbība	0,11	0,05	0,16*			
Kontroles zaudēšana	0,19	0,03	0,51***			
DPS absorbcija	0,00	0,00	0,22**			

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

Savukārt dezorganizētības pazīmes šizofrēnijas pacientēm 1.solī nozīmīgi prognozē emocionāla vardarbība ($\beta = 0,25, p < 0,05$). Tā izskaidro 6% no variācijas ($F(1;98) = 6,35, p < 0,05$). 2.solī nozīmīgu piesumsu dod tādi disociatīvie simptomi kā *kontroles zaudēšana* ($\beta = 0,51, p < 0,001$) un Disociatīvās pieredzes skalas *absorbcija* ($\beta = 0,22, p < 0,01$). Šie disociatīvie simptomi papildus izskaidro 40% variācijas ($F(2;96) = 35,43, p < 0,001$).

20.tabulā doti hierarhiskās regresiju analīzes rezultāti sievietēm bez psihiatriskas diagnozes. Līdzīgi kā sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi, arī psihiski veselām sievietēm bērnībā pārdzīvota seksuāla vardarbība ($\beta = 0,30, p < 0,01$) prognozē pozitīvas šizotipijas pazīmes. 2. solī *identitātes apjukums* un *absorbcija* veido nozīmīgu piesumsu seksuālās vardarbības un

pozitīvo šizotipijas pazīmju mijiedarbībā un būtiski palielina bērībā piedzīvotās seksuālās vardarbības izskaidroto variāciju (45%, $F(3;110) = 36,32$, $p < 0,001$).

Atšķirībā no sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi, kurām seksuālā vardarbība nozīmīgi prognozē arī negatīvās šizotipijas pazīmes, psihiski veselām sievietēm no vardarbības veidiem tieši emocionālā vardarbība nozīmīgi prognozē gan negatīvās šizotipijas pazīmes ($\beta = 0,27$, $p < 0,01$), gan dezorganizētības pazīmes ($\beta = 0,40$, $p < 0,001$). Kā redzams 20.tabulā, prognozējot negatīvās šizotipijas pazīmes psihiski veselām sievietēm, 2.solī nozīmīgu pienesumu dod *kontroles zaudēšana* ($F(1;112) = 24,90$, $p < 0,001$), kas papildus izskaidro 17% variācijas, taču šajā solī nozīmību zaudē emocionālā vardarbība ($\beta = 0,13$, $p > 0,05$). Līdzīgi rezultāti bija vērojami arī, prognozējot negatīvās šizotipijas pazīmes šizofrēnijas pacientēm – 2.solī no disociatīviem simptomiem nozīmīgu pienesumu deva *kontroles zaudēšana*, taču šajā solī nozīmību zaudēja seksuālā vardarbība (skat. 19.tabulu).

20.tabula. Hierarhiskā regresiju analīze atkarīgam mainīgam šizotipiskas personības pazīmes psihiski veselām sievietēm (N=115)

Atkarīgais mainīgais Neatkarīgais mainīgais	Pozitīvas šizotipijas pazīmes					
	B	SE B	β	R^2	ΔR^2	F izmaiņa
1.solis				0,09	0,09	11,02**
Seksuāla vardarbība	0,15	0,04	0,30**			
2.solis				0,54	0,45	36,32***
Seksuāla vardarbība	0,09	0,03	0,19**			
Identitātes apjukums	0,16	0,04	0,37***			
DA absorbcija	0,06	0,02	0,22**			
DPS absorbcija	0,00	0,00	0,26**			
Atkarīgais mainīgais Neatkarīgais mainīgais	Negatīvas šizotipijas pazīmes					
	B	SE B	β	R^2	ΔR^2	F izmaiņa
1.solis				0,07	0,07	8,71**
Emocionāla vardarbība	0,11	0,04	0,27**			
2.solis				0,24	0,17	24,90***
Emocionāla vardarbība	0,05	0,03	0,13			
Kontroles zaudēšana	0,17	0,03	0,43***			
Atkarīgais mainīgais Neatkarīgais mainīgais	Dezorganizētības pazīmes					
	B	SE B	β	R^2	ΔR^2	F izmaiņa
1.solis				0,16	0,16	21,81***
Emocionāla vardarbība	0,18	0,04	0,40***			
2.solis				0,54	0,38	92,94***
Emocionāla vardarbība	0,09	0,03	0,21**			
Identitātes apjukums	0,33	0,03	0,65***			

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

Psihiski veselām sievietēm dezorganizētības pazīmes nozīmīgi prognozē respondentu bērībā piedzīvota emocionāla vardarbība ($\beta = 0,40$, $p < 0,001$), kas izskaidro 16% no variācijas

($F(1;113) = 21,81, p < 0,001$). Aplūkojot 2.solī, var redzēt, ka pievienojot disociatīvo simptomu *identitātes apjukums*, modelis jau izskaidro 54% gadījumu.

Apkopojot iegūtos rezultātus, jāsecina, ka sievietēm ar šizofrēniju pozitīvās šizotipijas pazīmes prognozē bērnībā piedzīvota seksuālā vardarbība un *identitātes apjukums*; negatīvās šizotipijas pazīmes – seksuālā vardarbība un *kontroles zaudēšana*, savukārt dezorganizētības pazīmes prognozē emocionālā vardarbība, *kontroles zaudēšana* un *absorbcija*.

Psihiski veselām sievietēm pozitīvās šizotipijas pazīmes prognozē seksuālā vardarbība, identitātes apjukums un absorbcija; negatīvās šizotipijas pazīmes – emocionālā vardarbība un kontroles zaudēšana, bet dezorganizētības pazīmes – emocionāla vardarbība un identitātes apjukums.

Lai pārbaudītu hipotēzi un noskaidrotu, vai piedzīvotās vardarbības un šizotipisko personības pazīmju sakarību ciešums samazinās, ja modelī iekļauj disociācijas rādītāju, tika izmantots mediators modelis (Baron, & Kenny, 1986). Mediators modeļa statistiskās nozīmības pārbaudei tika veikta hierarhiskā regresiju analīze un izmantots Sobela kritērijs.

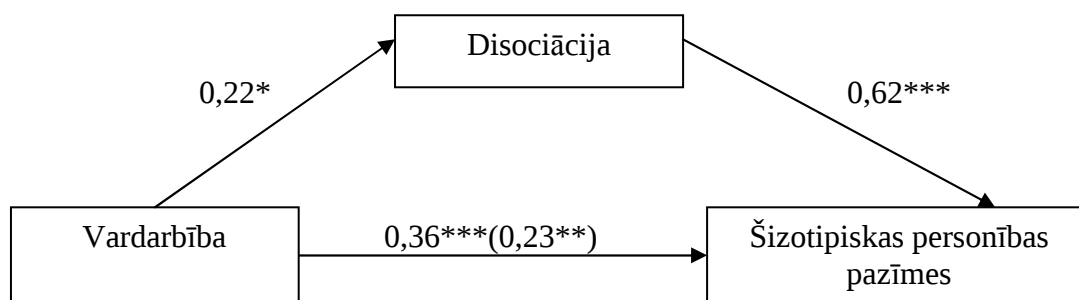
21.tabulā atspoguļoti hierarhiskās regresiju analīzes rezultāti šizotipiskām personības pazīmēm sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi. Tika konstatēts, ka piedzīvotās vardarbības saistība ar šizotipiskām personības pazīmēm kļuva vājāka (attiecīgi pirmajā solī $\beta = 0,36, p < 0,001$ un otrajā solī $\beta = 0,23, p < 0,01$), lai arī saglabāja statistiskās nozīmības līmeni, kad modelim tika pievienota disociācija.

21.tabula Vardarbības un disociācijas hierarhiskās regresiju analīzes rezultāti šizotipiskas personības pazīmēm sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi (n=100)

		β	R^2	<u>Sobel tests</u>	
				<u>z</u>	<u>p</u>
1.regresija ^a	Vardarbība	0,22*	0,05		
2.regresija ^b	1.solis		0,13		
	Vardarbība	0,36***			
	2. solis		0,50	2,17	0,03
	Vardarbība	0,23**			
	Disociācija (DA)	0,62***			

^a - atkarīgais mainīgais ir disociācija, ^b - atkarīgais mainīgais ir šizotipiskās personības pazīmes
*** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

Var secināt, ka sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi vardarbības pieredze veido nozīmīgu pozitīvi vērstu sakarību ar šizotipiskām personības pazīmēm gan tiešā veidā, gan caur disociācijas simptomiem kā daļēju mediatoru (skat. 4.attēlu).



4.attēls. Standartizētie regresijas koeficienti (β) vardarbības, disociācijas un šizotipiskas personības pazīmju savstarpējās sakarībās sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi (n=100)
Piezīme. *** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$. Iekavās 2.solā rādītāji.

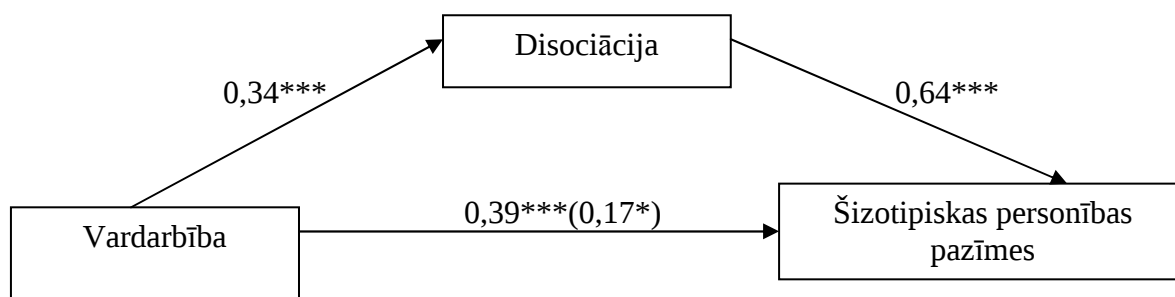
Līdzīgi hierarhiskās regresijas un Sobela testa rezultāti tika iegūti sievietēm bez psihiatriskās diagnozes (skat. 22.tabulu). Tāpat kā sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi, arī psihiski veselām sievietēm piedzīvotās vardarbības saistība ar šizotipiskām personības pazīmēm kļuva vājāka (attiecīgi pirmajā solī $\beta = 0,39$, $p < 0,001$ un otrajā solī $\beta = 0,17$, $p < 0,05$), lai arī saglabāja statistiskās nozīmības līmeni, kad modelim tika pievienota disociācija.

22.tabula Vardarbības un disociācijas hierarhiskās regresiju analīzes rezultāti šizotipiskām personības pazīmēm psihiski veselām sievietēm (n=115)

		β	R^2	<i>Sobel tests</i>	
				<i>z</i>	<i>p</i>
1.regresija ^a	Vardarbība	0,34***	0,11		
2.regresija ^b	1.solis		0,15		
	Vardarbība	0,39***			
	2. solis		0,52	8,16	0,00
	Vardarbība	0,17*			
	Disociācija (DA)	0,64***			

^a - atkarīgais mainīgais ir disociācija, ^b - atkarīgais mainīgais ir šizotipiskās personības pazīmes
*** $p < 0,001$, * $p < 0,05$

Var secināt, ka neatkarīgi no šizofrēnijas diagnozes vardarbības pieredze veido nozīmīgu pozitīvi vērstu sakarību ar šizotipiskām personības pazīmēm gan tiešā veidā, gan caur disociāciju kā daļēju mediatoru (skat. 5.attēlu).



5.attēls. Standartizētie regresijas koeficienti (β) vardarbības, disociācijas un šizotipiskas personības pazīmju savstarpējās sakarībās psihiski veselām sievietēm ($n=115$)
Piezīme. *** $p<0,001$, * $p<0,05$. Iekavās 2.soļa rādītāji.

Tādējādi iegūtie rezultāti apstiprina izvirzīto hipotēzi – gan sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi, gan psihiski veselām sievietēm vardarbības pieredze veido nozīmīgu pozitīvu vērstu sakarību ar šizotipiskām personības pazīmēm gan tiešā veidā, gan caur disociāciju kā parciālu mediatoru.

8.4. Disociatīvās pieredzes skalas adaptācijas latviešu valodā rezultāti

Lai pārbaudītu pirmo pētījuma papildus jautājumu par to, kādi ir latviešu valodā tulkotās Disociatīvās pieredzes skalas (DPS) ticamības un validitātes rādītāji, pēc skalas tulkojuma latviešu valodā tika pārbaudīta aptaujas iekšējā saskaņotība un rezultātu noturīgums (skat. 7.tabulu), kā arī, izmantojot Disociācijas aptauju (DA), tika noteikta DPS konverģentā validitāte (skat. 23.tabulu).

Disociatīvās pieredzes skalas iekšējā saskaņotība tika aprēķināta, balstoties uz 358 sieviešu atbildēm, bet atkārtota testēšana tika veikta 85 sievietēm.

Iekšējās saskaņotības rādītāji DPS latviešu valodas versijā kopumā ir augsti. Izņēmums ir DPS apakšskala *absorbicija*, kurā Kronbaha $\alpha = 0,69$ un ir zemāks nekā oriģināla rādītājs. Tomēr tā kā Kronbaha alfa koeficients ir tuvu 0,70 līmenim, kas tiek uzskatīts par pietiekamu, tad apakšskala tiks izmantota turpmākajā rezultātu analīzē (skat. 23.tabulu).

Kā redzams 23.tabulā, tad aptaujas oriģinālā versijā atkārtotas testēšanas ticamība ir augsta – kopējā Disociatīvās pieredzes skalas retesta ticamība ir 0,94, savukārt aptaujas apakšskalās Pīrsona korelācijas koeficienti variē no 0,86 līdz 0,89. Versijā, kas tulkota latviešu valodā, atkārtotas testēšanas korelācijas koeficienti ir nedaudz zemāki nekā oriģinālā versijā, tomēr tie demonstrē pietiekami apmierinošu ticamību noturīguma ziņā.

23.tabula. Disociatīvās pieredzes skalas (DPS) ticamības rādītāji

	Kronbaha alfas koeficienti		Retesta koeficienti ^a	
	Oriģinālversija	Latviešu valodas versija	Oriģinālversija	Latviešu valodas versija
DPS kopā	0,95	0,89	0,94**	0,90**
Amnēzija	0,95	0,75	0,89**	0,75**
Absorbciija	0,82	0,69	0,86**	0,70**
Depersonalizācija	0,89	0,81	0,87**	0,84**

^a - pēc 6 nedēļām** $p < 0,01$

Disociatīvās pieredzes skalas konverģentā validitāte tika noteikta, izmantojot DA, kas, līdzīgi kā DPS, nosaka disociatīvo pieredzi un ir izmantota iepriekšējos disociācijas pētījumos Latvijā (Sebre, 2000). Lai izvērtētu šo konstruktu savstarpējo saskaņotību, tika izmantoti Pīrsona korelācijas koeficienti (skat. 24.tabulu).

Kā redzams 24.tabulā, Pīrsona korelācijas koeficienti variē no $r = 0,39$ līdz $r = 0,66$, kas liecina par vidēji ciešu sakarību starp abām disociācijas aptaujām un to apakšskalām.

Oriģinālā pētījumā visaugstākie korelācijas koeficienti bija vērojami starp DPS apakšskalu *depersonalizācija* un DA apakšskalu *identitātes apjukums* ($r = 0,82$) un abu aptauju *amnēzijas* apakšskalām ($r = 0,78$). Savukārt viszemākās korelācijas bija vērojamas starp DPS *amnēziju* un DA *absorbciiju* ($r = 0,30$). Līdzīgi latviešu valodā tulkotajā aptaujas versijā visaugstākās korelācijas vērojamas starp DPS apakšskalu *depersonalizācija* un DA apakšskalu *identitātes apjukums* ($r = 0,66$), bet viszemākās starp DPS *amnēziju* un DA *absorbciiju* ($r = 0,39$).

Kopumā var secināt, ka rezultāti uzrāda augstu konverģento validitāti starp abām aptaujām ($r = 0,65$ kopējiem aptauju rezultātiem) un norāda uz to, ka abas aptaujas mēra līdzīgus konstruktus. Tajā pašā laikā var teikt, ka abas disociācijas aptaujas mēra nedaudz atšķirīgus disociatīvos simptomus.

24.tabula. Disociatīvās pieredzes skalas (DPS) un Disociācijas aptaujas (DA) disociatīvo simptomu Pīrsona korelācijas koeficienti

	DA kopā	Identitātes apjukums	Kontroles zaudēšana	Amnēzija	Absorbciija
DPS kopā	0,65** (0,85)	0,64** (0,80)	0,58** (0,75)	0,61** (0,80)	0,51** (0,46)
Amnēzija	0,55** (0,71)	0,53** (0,62)	0,50** (0,64)	0,55** (0,78)	0,39** (0,30)
Depersonalizācija	0,65** (0,79)	0,66** (0,82)	0,57** (0,65)	0,57** (0,65)	0,50** (0,45)
Absorbciija	0,56** (0,81)	0,54** (0,74)	0,50** (0,74)	0,52** (0,76)	0,48** (0,49)

() – iekavās norādīti oriģinālās aptaujas korelāciju rādītāji (Vanderlinden et al., 1993). Visi korelāciju rādītāji ir statistiski nozīmīgi.

** $p < 0,01$

Nemot vērā to, ka kopumā Disociatīvās pieredzes skalas ticamības un validitātes rādītāji atbilst oriģinālajā izlasē iegūtajiem un ir apmierinoši, patreizējo instrumenta adaptācijas variantu var uzskatīt par ticamu un izmantojamu turpmākajos pētījumos.

8.5. Šizotipiskās personības aptaujas adaptācijas latviešu valodā rezultāti

Lai atbildētu uz pētījuma otro papildus jautājumu, kādi ir Šizotipiskās personības aptaujas (SPA) ticamības un validitātes rādītāji, pēc aptaujas tulkojuma latviešu valodā tika pārbaudīta aptaujas iekšējā saskaņotība (skat. 25.tabulu). lai noteiktu kritērija validitāti, ar t-Stjūdentu kritēriju tika salīdzināti SPA vidējie rādītāji sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi un psihiski veselām sievietēm (skat. 25.tabulu), kā arī veikta galveno komponentu analīze, lai noteiktu SPA faktoru validitāti (skat. Pielikumu).

Šizotipiskās personības aptaujas latviešu valodā adaptētās versijas iekšējās saskaņotības rādītāji ir augsti – kopējais aptaujas ticamības rādītājs ir $\alpha = 0,94$, savukārt apakšskalās Kronbaha alfa variē no 0,73 līdz 0,83, kas kopumā ir nedaudz augstāki rādītāji nekā oriģinālā izlasē iegūtie (skat. 25.tabulu). Līdzīgi augsti ticamības rādītāji ir vērojami SPA faktoros, kur latviešu valodā adaptētajā versijā Kronbaha alfa variē no 0,88 līdz 0,92.

25.tabula. Šizotipiskās personības aptaujas (SPA) apakšskalu ticamības rādītāji

Šizotipiskās personības aptaujas apakšskalas un faktori	Kronbaha alfas koeficienti	
	Oriģinālversija	Latviešu valodas versija
Šizotipiskās personības pazīmes (kopā)	0,91	0,94
SPA apakšskalas		
Murgainas idejas	0,71	0,76
Pārmērīga sociāla trauksme	0,78	0,83
Dīvainas pārliedības	0,75	0,73
Netipiska uztvere	0,73	0,76
Dīvaina uzvedība	0,78	0,83
Tuvu draugu trūkums	0,74	0,74
Dīvaina runa	0,75	0,80
Ierobežotas emocijas	0,73	0,73
Aizdomīgums	0,73	0,76
SPA faktori		
Pozitīvas šizotipijas pazīmes	0,85	0,89
Negatīvas šizotipijas pazīmes	0,94	0,92
Dezorganizētība	0,87	0,88

Lai noteiktu kritērija validitāti, šajā pētījumā tika salīdzinātas šizotipiskas personības pazīmes sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi un sievietēm bez šizofrēnijas diagnozes (skat. 26.tabulu). Līdzīgi, citos pētījumos (Kremen et al., 1998; Yaralian et al., 2000) kritērija validitāte

tika noteikta, salīdzinot šizofrēnijas pacientu un viņu pirmās pakāpes radnieku šizotipiskas personības pazīmju rādītājus ar rādītājiem, kas iegūti no vispārējām izlasēm (*general populations*). Kritērija validitāti uzskata par augstu, ja šizofrēnijas pacienti vai viņu pirmās pakāpes radnieki Šizotipiskās personības aptaujā uzrāda statistiski nozīmīgi augstākus rezultātus, salīdzinot ar kontrolgrupu.

Kā redzams 26.tabulā, kopumā sievietes ar šizofrēnijas diagnozi uzrāda augstākus šizotipiskas personības pazīmju rādītājus, salīdzinot ar kontrolgrupu. Vienīgā apakšskala, kurā neparādās statistiski nozīmīgas atšķirības ($t = -0,88, p > 0,05$), ir *dīvainas pārliecības*, kurā iekļauti apgalvojumi par pieredzi ar pārdabiskām parādībām, NLO, ekstrasesoro uztveri, intuīciju, kā arī apgalvojumi par ticību īpašām psihiskām spējām, zīlēšanai, telepātijai, gaišredzībai.

26.tabula. Šizotipiskās personības aptaujas (SPA) aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji šizotipiskām personības pazīmēm sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi un psihiski veselām sievietēm

Šizotipiskās personības aptaujas apakšskalas un faktori	Sievietes ar šizofrēnijas diagnozi (n= 100)		Psihiski veselas sievietes (n= 115)		t- kritērijs
	M	SD	M	SD	
Šizotipiskās personības pazīmes (kopā)	0,53	0,19	0,32	0,16	-8,65**
SPA apakšskalas					
Murgainas idejas	0,55	0,27	0,34	0,26	-5,88**
Pārmērīga sociāla trauksme	0,68	0,31	0,48	0,31	-4,62**
Dīvainas pārliecības	0,43	0,31	0,40	0,28	-0,88
Netipiska uztvere	0,36	0,29	0,22	0,20	-3,97**
Dīvaina uzvedība	0,51	0,32	0,16	0,22	-9,26**
Tuvu draugu trūkums	0,53	0,25	0,32	0,25	-6,08**
Dīvaina runa	0,56	0,28	0,33	0,27	-6,15**
Ierobežotas emocijas	0,54	0,26	0,30	0,22	-7,02**
Aizdomīgums	0,62	0,27	0,33	0,24	-8,46**
SPA faktori					
Pozitīvas šizotipijas pazīmes	0,49	0,22	0,32	0,18	-6,28**
Negatīvas šizotipijas pazīmes	0,60	0,22	0,35	0,20	-7,02**
Dezorganizētība	0,54	0,27	0,25	0,22	-8,50**

** $p < 0,01$

Lai pārbaudītu Šizotipiskās personības aptaujas latviešu valodā tulkotās versijas faktoru struktūru, tika veikta pantu un apakšskalu galveno komponentu analīze (skat. Pielikumu). Kā redzams Pielikuma 1.tabulā, Šizotipiskās aptaujas latviešu valodā adaptētajā versijā visu pantu vērtības variē no 0,46 līdz 0,74, $p < 0,01$, t.i., statistiski nozīmīgi korelē ar savas skalas summu. Analizējot SPA 9 apakšskalu 3 faktoros ar galveno komponentu metodi un varimaksa rotāciju, tika iegūtā faktoru matrica, kas atšķiras no Volema un Hoijtinka (Vollema & Hoijtink, 2000)

piedāvātās faktoru matricas (skat. Pielikuma 2. un 3.tabulu). Volemas un Hoijtinka piedāvātajā variantā apakšskalas grupējas 3 faktoros, savukārt latviešu valodā adaptētajā versijā apakšskalas grupējas 2 faktoros (skat. Pielikumu 3.tabulu). Tikai divu pirmo faktoru īpašvērtības ir lielākas par 1. Pirmais faktors jeb *pozitīvas šizotipijas pazīmes* izskaidro 47,24% dispersijas un ietver divas faktoram atbilstošās apakšskalas ar faktoru svāriem virs 0,40: *murgainas idejas* un *aizdomīgums* un vēl divas *dezorganizētības* faktoru apakšskalas – *dīvaina uzvedība* un *dīvaina runa*. Otrais faktors *negatīvās šizotipijas pazīmes* izskaidro 16,85% dispersijas un ietver visas četras faktoram atbilstošās apakšskalas ar faktoru svāriem virs 0,40: *sociāla trauksme*, *tuvu draugu trūkums*, *ierobežotas emocijas* un *aizdomīgums*. Abas trešā faktora apakšskalas ietilpst pirmajā faktorā, un 3.faktors neveidojas atbilstoši oriģinālā testa struktūrai. Divu faktoru struktūra izskaidro lielāko daļu dispersijas jeb 64,09%. Kopumā var secināt, ka SPA latviešu valodā adaptētajā versijā visskaidrāk izdalās faktors *negatīvās šizotipijas pazīmes*, pārējie divi faktori nediferencējas pietiekami skaidri, tādēļ turpmākajos pētījumos būtu nepieciešama apgalvojumu precizēšana latviešu valodā, lai uzlabotu apgalvojumu atbilstību pārējiem diviem faktoriem – *pozitīvās šizotipijas pazīmes* un *dezorganizētība*.

Kopumā var secināt, ka Šizotipiskā personības aptauja ir ar atbilstošu iekšējo ticamību un kritēriju validitāti, un ar daļēji atbilstošu faktoriālo validitāti.

9. Iztirzājums

9.1. Disociatīvie simptomi saistībā ar šizofrēnijas diagnozi un vardarbības pieredzi

Pētījuma rezultāti atklāj, ka šizofrēnijas pacientēm ir izteiktāki disociatīvie simptomi nekā sievietēm bez psihiatriskas diagnozes. Līdzīgi citos pētījumos (Brunner et al., 2003; Spitzer et al., 1997) šizofrēnijas pacientiem disociatīvie simptomi ir daudz biežāk un ar lielāku izteiktības pakāpi nekā psihiski veseliem cilvēkiem, taču ar zemāku intensitāti un biežumu nekā pacientiem ar robežstāvokļa personības traucējumiem, pēctraumatiskā stresa traucējumiem vai disociatīvās identitātes traucējumiem.

Analizējot šajā pētījumā iegūtos DA disociācijas rādītājus, jāsecina, ka psihiski veselām sievietēm disociācijas simptomu rādītāji būtiski neatšķiras no tiem rādītājiem, kas iegūti pētījumā Nīderlandē (Vanderlinden et al., 1996), taču tie ir zemāki nekā rādītāji, kas iegūti pētījumos Latvijā 2000.gadā (Sebre, 2000) un Ungārijā (Vanderlinden et al., 1995). Disociācijas rādītāji 2000.gada Latvijas pētījumā bija nozīmīgi augstāki, salīdzinot ar disociācijas rādītājiem Ungārijas un Nīderlandes izlasēs (Sebre, 2000). Viens no skaidrojumiem augstajiem disociācijas rādītājiem bija, ka valstīs, kuras pārdzīvojušas komunisma režīmu, disociācija ir viens no veidiem kā tikt galā ar politiskās vardarbības sekām. Autore pieņem, ka nesen iegūtie

disociācijas rādītāji varētu daļēji atspoguļot pēdējo desmit gadu laikā sabiedrībā notikušās izmaiņas gan attiecībā uz informācijas pieejamību par dažādiem garīgās veselības jautājumiem, gan arī plašākām iespējām saņemt dažāda veida psiholoģisko, psihiatrisko vai sociālo palīdzību.

Analizējot disociācijas simptomu vidējos rādītājus, kas iegūti šajā pētījumā, izmantojot Disociatīvās pieredzes skalu, jāsecina, ka gan sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi, gan sievietēm bez psihiatriskās diagnozes ir nozīmīgi augstāki DPS vidējie rādītāji, salīdzinot ar disociācijas rādītājiem, kas iegūti citos pētījumos (Bob et al, 2006; Brunner et al., 2003; Glaslova et al, 2004; Modestin et al., 2007; Spitzer et al., 1997; Vogel et al, 2006). Pētījumos pacientiem ar šizofrēnijas diagnozi vidējie rādītāji variē no 9,9 līdz 28,4 ballēm, taču šajā pētījumā sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi vidējais rādītājs ir būtiski augstāks – 37,9. Līdzīga situācija vērojama arī respondentiem bez psihiatriskās diagnozes – citos pētījumos DPS vidējie rādītāji variē no 5,5 līdz 14,0 ballēm, bet Latvijas pētījumā sievietēm bez psihiatriskās diagnozes vidējais rādītājs ir 25,6.

Viens no skaidrojumiem augstajiem DPS disociācijas rādītājiem Latvijas izlasē varētu būt saistīts ar aptaujas tulkojumu. DPS oriģinālā ir veidota Ziemeļamerikā angļu valodā, un aptaujas apgalvojumi sākas ar formu „Some people...”, kas latviešu valodā tika pārtulkots kā „Daži cilvēki...” (piemēram, „Daži cilvēki reizēm atceras kādu pagātnes notikumu tik spilgti, ka liekas, it kā tas atkal notiktu”). Var izdarīt pieņēmumu, ka Latvijā šis izteikums tiek attiecināts ne tikai uz respondenta pieredzi, bet arī uz citu cilvēku piedzīvoto. Iespējams, ka aptaujas apgalvojumus būtu jāpārformulē „Es” formā (piemēram, „Reizēm es atceros kādu pagātnes notikumu tik spilgti, ka liekas, it kā tas atkal notiktu”), tādā veidā vairāk fokusējot respondentu uzmanību uz viņu konkrēto pieredzi.

Otrs iespējama skaidrojums augstajiem disociācijas rādītājiem DPS skalā šizofrēnijas pacientēm varētu būt saistīts ar uzstādīto diagnozi. 62% no šizofrēnijas pacientēm bija uzstādīta paranoīdās šizofrēnijas diagnoze, savukārt 38% – nediferencētā šizofrēnija. Latvijā disociatīvo traucējumu diagnoze tiek uzstādīta salīdzinoši reti, un, iespējams, ka šajā pētījumā daļai pacientu precīzāk atbilstu disociatīvo identitātes traucējumu diagnoze, nevis, piemēram, nediferencētā šizofrēnija.

Attiecībā uz šizofrēnijas pacientiem pētnieki norāda, ka slimības stadijai var būt nozīmīga loma disociācijas izteiktībā. Šizofrēnijas pacienti remisijā pārsvarā uzrāda zemākus DPS disociācijas vidējos rādītājus nekā šizofrēnijas pacienti, kas ir akūtā slimības stāvoklī (Modestin et al., 2007; Vogel et al., 2006). Pētījumos, kuros netika ņemta vērā pacientu slimības stadija, konsekventi parādījās augstāki Disociatīvās pieredzes skalas vidējie rādītāji nekā pētījumos, kuros slimības stadija tika kontrolēta (Bob et al., 2006; Glaslova et al., 2004; Hlastala & McClellan, 2005; Ross & Keys, 2004). Šie pētījumi uzrādīja vidējos rādītājus starp 15,7 un 28,4 ballēm, norādot uz saistību starp akūtiem šizofrēnijas simptomiem un disociāciju (Schafer

et al., 2008). Promocijas darba pētījumā piedalījās šizofrēnijas pacientes remisijas stāvoklī, līdz ar to slimības stadija tika kontrolēta un tā nevarētu būt iemesls paaugstinātiem disociācijas rādītājiem Disociatīvās pieredzes skalā.

Ņemot vērā to, ka Disociatīvās pieredzes skalas adaptētā versija latviešu valodā pētījumā tiek izmantota pirmo reizi, jāsecina, ka turpmākajos pētījumos būtu nepieciešama šī instrumenta atkārtota adaptācija un ticamības un validitātes pārbaude.

Pētījuma rezultāti kopumā parāda, ka disociācijas simptomu atšķirības šizofrēnijas pacientēm ir saistītas ar piedzīvoto vardarbības veidu. Sievietes ar šizofrēnijas diagnozi un seksuālās vardarbības pieredzi uzrāda augstākus kopējos disociācijas rādītājus, kā arī viņām ir izteiktāki tādi disociatīvie simptomi kā *identitātes apjukums*, *amnēzija*, *absorbcijs* un *depersonalizācija*, salīdzinot ar sievietēm, kurām nav vardarbības pieredzes vai ir emocionālās vai fiziskās vardarbības pieredze.

Iegūtie rezultāti sasaucas ar citos pētījumos iegūtajiem rezultātiem, kuros pacienti ar fiziskās un/vai seksuālās vardarbības pieredzi uzrādīja nozīmīgi augstākus disociācijas simptomus nekā pacienti bez vardarbības pieredzes. Turklāt pētījumos seksuālā vardarbība ar disociācijas rādītājiem korelē ciešāk nekā fiziskā vai emocionālā vardarbība, kas tiek skaidrots ar vardarbības smaguma pakāpi. Jo smagāka bija bērnībā piedzīvotā vardarbība, jo izteiktāki bija simptomi. Arī konkrētajā pētījumā šizofrēnijas pacientu grupu ($n = 44$), kas bija cietušas no seksuālas vardarbības, veidoja respondenti, kuri bija cietuši no emocionālas un seksuālas, fiziskas un seksuālas vai emocionālās, fiziskas un seksuālas vardarbības. Līdz ar to var teikt, ka šajā grupā ietilpa sievietes, kas cietušas no smagākajiem vardarbības veidiem.

Sievietēm bez psihiatriskas diagnozes, līdzīgi kā sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi, disociācijas rādītāju izteiktību ietekmē pārdzīvotais vardarbības veids. Psihiski veselām sievietēm bez vardarbības pieredzes ir zemāki kopējie disociācijas rādītāji nekā tām sievietēm, kas cietušas no emocionālas, fiziskas vai seksuālas vardarbības. Tika konstatēts, ka sievietes bez vardarbības pieredzes uzrāda mazāk izteiktu *identitātes apjukumu* un *absorbcijs* nekā sievietes, kuras uzrāda piedzīvotu seksuālu vardarbību. Saskaņā ar teoriju gan identitātes apjukums, gan iegrīmšanas sevī un atsvešinātības izpausmes, kas raksturīgas absorbcijai, var būt seksuālas vardarbības sekas. Absorbcijai raksturīgā atsvešināšanās un iegrīmšana sevī var radīt gan grūtības savstarpējās attiecībās (piemēram, vecāku lomas uzņemšanās), gan arī radīt risku atkārtotai viktimizācijai.

Tāpat rezultāti parāda, ka sievietēm bez vardarbības pieredzes, salīdzinot ar tām sievietēm, kuras cietušas no fiziskas vai seksuālas vardarbības, ir mazāk izteikta *kontroles zaudēšana* un *amnēzija*. Psihiski veselās sievietes bez vardarbības pieredzes uzrādīja mazāk izteiktu *depersonalizāciju* nekā sievietes, kas uzrādīja bērnībā piedzīvotu fizisku vardarbību. Iegūtie rezultāti parāda, cik būtiski ir saņemt psiholoģisko palīdzību un atbalstu pēc piedzīvotas

vardarbības, pretējā gadījumā tas rada ilgtermiņa sekas – bailes, sevis vainošanu, atmiņas traucējumus, atsvešinātību.

Kopumā var secināt, ka sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi tieši pārdzīvota seksuālā vardarbība ir tā, kas ietekmē tādu disociatīvo simptomu izteiktību kā *identitātes apjukums*, *depersonalizācija*, *kontroles zaudēšana*, *amnēzija un absorbcija*. Savukārt psihiski veselām sievietēm bez vardarbības pieredzes ir zemāki kopējie disociācijas rādītāji nekā tām sievietēm, kas cietušas no emocionālas, fiziskas vai seksuālas vardarbības.

Sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi bija izteiktāki disociatīvie simptomi nekā psihiski veselām sievietēm. Nozīmīga ietekme uz disociatīvo simptomu izteiktību ir arī bērnībā piedzīvotai vardarbībai – vardarbības pieredzes ietekme tika novērota lielākai daļai disociatīvo simptomu, izņemot *amnēziju* un *absorbciju*. Ne disociācijai kopumā, ne atsevišķiem disociatīviem simptomiem neparādījās mijiedarbība starp šizofrēnijas diagnozi un vardarbības pieredzi jeb, citiem vārdiem, pētījuma rezultāti parāda, ka abi šie faktori (šizofrēnijas diagnoze un vardarbības pieredze) ir vienlīdz svarīgi disociatīvo simptomu izteiktībā.

9.2. Šizotipiskas personības pazīmes saistībā ar šizofrēnijas diagnozi un vardarbības pieredzi

Šajā pētījumā sievietes (ar un bez šizofrēnijas diagnozes), kuras cietušas no emocionālas, fiziskas vai seksuālas vardarbības, uzrāda izteiktākas šizotipiskas personības pazīmes, līdzīgi kā citos līdz šim veiktajos pētījumos (Norden et al., 1995; Johnson et al., 2000; Johnson et al., 2001; Berenbaum et al., 2003).

Sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi piedzīvotais vardarbības veids ietekmē gan šizotipiskas personības pazīmes kopumā, gan arī atsevišķas pazīmes, kā, piemēram, murgainas idejas par īpašām norādēm, dīvainas pārliedības, netipisku uztveri, dīvainu uzvedību un aizdomīgumu. Murgu idejas par īpašām zīmēm un norādēm, dīvainas pārliedības, netipiska uztvere un aizdomīgums attiecas uz pozitīvās šizotipijas pazīmēm. Vairākos pētījumos (Ross et al., 2005; Janssen et al., 2004) ir apstiprinājusies hipotēze, ka tiem šizofrēnijas pacientiem, kas cietuši no seksuālas vai fiziskas vardarbības, ir nozīmīgi vairāk šizofrēnijas pozitīvo simptomu (Ross et al., 2005). Kā atzīmē Vitfīlds (Whitfield et al., 2005) – jo smagāka ir vardarbības veidu kombinācija, jo pastāv lielāks halucināciju risks.

Līdzīgi arī psihiski veselām sievietēm tika konstatēts, ka sievietēm ar seksuālu vardarbības pieredzi ir izteiktākas pozitīvās šizotipijas pazīmes nekā sievietēm bez vardarbības pieredzes.

Pētījuma rezultāti parāda, ka no vardarbības pieredzes grupām visaugstākie šizotipiskas personības pazīmju rādītāji, neatkarīgi no tā, vai ir šizofrēnijas diagnoze vai nē, bija tām sievietēm, kuras cietušas no seksuālas vardarbības. Līdzīgi rezultāti bija iegūti Jansena un kolēģu

(Janssen et al., 2004) veiktajā pētījumā ar šizofrēnijas pacientiem, kuri bija cietuši no emocionālas, fiziskas vai seksuālas vardarbības līdz 16 gadu vecumam – jo smagāka bija bērnībā piedzīvotā vardarbība, jo izteiktāki bija simptomi. Viens no skaidrojumiem, kādēļ sievietēm, kas cietušas no seksuālas vardarbības, ir paaugstināti šizotipijas pazīmju rādītāji, ir tas, ka seksuālās vardarbības psiholoģiskās sekas bieži vien ir smagākas salīdzinājumā ar citu vardarbības veidu atstātajām sekām (Ross et al., 2005), un seksuālā vardarbība parasti ir vissmagākais vardarbības veids, jo bieži vien ir saistīta arī ar emocionālo un fizisko vardarbību (Janssen et al., 2004).

Interesanti, ka šizofrēnijas pacientēm vardarbības pieredzes ietekme netika novērota tādās šizotipiskās personības pazīmēs kā pārmērīga sociālā trauksme, tuvu draugu trūkums, ierobežotas emocijas un dīvaina runa. Līdzīgi sievietēm bez šizofrēnijas diagnozes vardarbības pieredzes ietekme netika novērota tādās pazīmēs kā pārmērīga sociālā trauksme, ierobežotas emocijas un aizdomīgums. Pētījumos, kuros tika salīdzinātas šizotipiskas personības pazīmes šizofrēnijas pacientu pirmās pakāpes tuviniekiem un kontrolgrupai, visbūtiskākās atšķirības abu grupu starpā bija tieši negatīvās šizotipijas pazīmēs, kurā ietilpst tādas pazīmes kā sociālā trauksme, tuvu draugu trūkums, ierobežotas emocijas un aizdomīgums (Torgersen et al, 1993; Kendler, McGuire, Gruenberg, & Walsh, 1994).

Analizējot šizotipiskas personības pazīmju atšķirības sievietēm saistībā ar šizofrēnijas diagnozi un dažādu bērnības vardarbības pieredzi, tika konstatēts, ka sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi ir izteiktākas šizotipiskās personības pazīmes kopumā, izteiktākas pozitīvās un negatīvās šizotipijas pazīmes, dezorganizētība, kā arī augstāki rādītāji lielākajā daļā šizotipisko pazīmju, izņemot „dīvainas pārliecības” jeb „maģisko domāšanu”.

Tām sievietēm, kuras bija cietušas no vardarbības, bija izteiktākas šizotipiskās personības pazīmes kopumā, izteiktākas pozitīvās šizotipijas pazīmes, negatīvās šizotipijas pazīmes un dezorganizētība, kā arī augstāki rādītāji lielākajā daļā šizotipisko personības pazīmju.

Ne šizotipiskām personības pazīmēm kopumā, ne arī kādā no apakšskalām vai faktoriem neparādījās mijiedarbība starp šizofrēnijas diagnozi un vardarbības pieredzi. Var secināt, ka abi šie faktori (šizofrēnijas diagnoze un vardarbības pieredze) ir vienlīdz svarīgi šizotipisko personības pazīmju izteiktībā, līdzīgi kā tas bija attiecībā uz disociāciju un atsevišķiem disociatīviem simptomiem.

Psihiatrs Māris Taube (Taube, 2005) savā promocijas darbā „Latvijas psihiatrija un tās attīstības perspektīvas” norāda, ka: „Latvijā psihiatriskā palīdzība balstās galvenokārt uz psihiatriem. Šāda pieeja ir tradicionāla, kaut pēdējos gados notiek mēģinājumi ārstēšanā un aprūpē iesaistīt citus speciālistus – psihiatrijas māsas, sociālos darbiniekus, ergoterapeitus.”

Līdzīgi daudziem citiem pētījumiem (Maddux & Winstead, 2007; Read et al., 2008), promocijas darba pētījuma rezultāti vedina secināt, ka šizofrēnijas simptomu izpausmes un simptomu pastiprināšanās lielā mērā var būt saistīta ar bērnībā piedzīvotu vardarbību. Domājot

par psihiatriskās palīdzības attīstību Latvijā, promocijas darba pētījums pierāda, ka šizofrēnijas ārstēšanā ir svarīgi ne tikai pētīt medikamentu efektivitāti un uzlabošanu, bet arī aktualizēt preventīvos pasākumus (piemēram, sabiedrības izglītošanu, lai mazinātu vardarbību) un psiholoģiskās un psihoterapeitiskās palīdzības sniegšanas pacientiem un viņu tuviniekiem nozīmi.

9.3. Disociatīvie simptomi un šizotipiskas personības pazīmes sievietēm saistībā ar šizofrēnijas diagnozi un vardarbības pieredzi

Šajā pētījumā šizotipiskās personības pazīmes tiek aplūkotas dimensionālās pieejas ietvaros kā personības pazīmju kopums, kas ir klīniski saistīts ar šizofrēnijas spektra traucējumiem. Līdzīgi arī disociatīvie simptomi promocijas darbā tiek aplūkoti kā neviendabīgs fenomens, kas var variēt no apziņas stāvokļu izmaiņām, kas raksturīgas lielākai daļai cilvēku „normālā populācijā”, līdz pat patoloģiskiem simptomiem (Bernstein & Putnam, 1986; Ross, 1996; Waller, Putnam, & Carlson, 1996).

Kā parādīja šajā pētījumā iegūtie rezultāti, gan šizofrēnijas pacientēm, gan psihiski veselām sievietēm šizotipiskās personības pazīmes pozitīvi korelē ar disociācijas simptomiem. Šizofrēnijas pacientēm korelācijas koeficienti ir 0,67 (saskaņā ar Disociācijas aptauju) vai 0,53 (saskaņā ar Disociatīvās pieredzes skalu). Psihiski veselām sievietēm korelācijas koeficienti ir 0,70 (saskaņā ar Disociācijas aptauju) vai 0,48 (saskaņā ar Disociatīvās pieredzes skalu). Līdzīgi citos pētījumos (Irwin, 2001; Startup, 1999; Watson, 2001) starp šizotipiskām pazīmēm un disociācijas simptomiem ir iegūtas augstas korelācijas. Tā, piemēram, Watsona (Watson, 2001) pētījumā korelācijas starp disociāciju un šizotipiju variēja robežās no 0,49 līdz 0,57.

Disociatīvo simptomu un šizotipisko pazīmju savstarpējai saistībai tiek minēti vairāki skaidrojumi. Pirmkārt, disociācijas un šizotipisko pazīmju pārklāšanās varētu būt saistīta ar aptauju apgalvojumu pārklāšanos. Taču pētījumos (Giesbrecht et al., 2007; Merckelbach & Giesbrecht, 2006), kuros no aptaujām tika izslēgti līdzīgie apgalvojumi, tik un tā saglabājās statistiski nozīmīga saistība starp disociāciju un šizotipiskām personības pazīmēm.

Otrs skaidrojums norāda, ka disociācijas un šizotipijas pārklāšanās galvenokārt ir attiecināma uz to, ka abu fenomenu pamatā ir „atvērtība pieredzei” (Merckelbach et al., 2000). Atvērtība attiecas uz gatavību uztvert un pieņemt jaunas idejas, pieejas un pieredzes (McCrae & Costa, 1990). Interesanti, ka šajā pētījumā šizofrēnijas pacientēm visaugstākais korelācijas koeficients jeb cieša korelācija bija vērojama starp šizotipisko personības pazīmi *netipiska uztvere* un disociācijas simptomu *identitātes apjukums*, kas ir saistīts ar subjektīvu nenoteiktības izjūtu attiecībā uz savu Es. Gan netipiska uztvere, gan identitātes apjukums var izpausties gatavībā uztvert jaunas idejas, pieejas un pieredzes.

Kā trešais skaidrojums šizotipisku personības pazīmju un disociatīvo simptomu saistībai tiek minēta abu šo fenomenu traumatoloģiskā izcelsme (Berenbaum, 1999). Šobrīd aktuāls pētījumu jautājums ir, kādā veidā pēctraumatiskās sekas var radīt traucējumus adekvātā realitātes uztverē un novērtēšanā. Pētnieki (Merckelbach & Giesbrecht, 2006) norāda, ka piedzīvota trauma veicina dīvainas uztveres un savdabīgu uzskatu veidošanos. Viens no pieņēmumiem ir, ka traucējumi realitātes uztverē rodas tikai tiem cilvēkiem, kas cieš no disociatīviem simptomiem, jo disociācijas pamatā ir traucējumi parasti integrētajā apziņas, atmiņas, identitātes vai apkārtējās pasaules uztveres darbībā. Ņemot vērā to, ka promocijas darba pētījumā lielākā daļa respondentu ir cietuši no dažādiem vardarbības veidiem bērnībā (87% sieviešu ar šizofrēnijas diagnozi un 62% psihiski veselu sieviešu ir cietušas no vardarbības), iegūtās augstās korelācijas starp disociatīviem simptomiem un šizotipiskām personības pazīmēm daļēji varētu skaidrot ar abu fenomenu traumatoloģisko izcelsmi.

Promocijas darba pētījumā šizofrēnijas pacientēm pozitīvās šizotipijas pazīmes un dezorganizētība vidēji cieši korelē ar visiem disociācijas simptomiem. Savukārt negatīvās šizotipijas pazīmes, piemēram, *pārmērīga sociālā trauksme, tuvu draugu trūkums, ierobežotas emocijas un aizdomīgums*, vāji korelē ar disociatīviem simptomiem.

Pētījumos par šizofrēnijas pozitīvo un negatīvo simptomu saistību ar disociāciju ir atklāti līdzīgi rezultāti. Lielākā daļa pētījumu rezultātu norāda uz to, ka disociācija ir cieši saistīta ar šizofrēnijas pozitīvajiem simptomiem (Kay et al., 1987; Kilcommons & Morrison, 2005; Ross & Keys, 2004; Spitzer et al., 1997), taču attiecībā uz disociācijas saistību ar šizofrēnijas negatīvajiem simptomiem ir neviennozīmīgi dati.

Ir pētījumi, kuros parādās, ka starp disociāciju un negatīvajiem simptomiem pastāv negatīva korelācija, t.i., jo augstāki disociācijas rādītāji, jo mazāk izteikti negatīvie simptomi (Spitzer et al., 1997). Savukārt Ross un Keijs (Ross & Keys, 2004) izsaka pieņēmumu, ka šizofrēnijas pacienti ar augstiem disociācijas rādītājiem vairāk uzrāda negatīvus simptomus nekā pacienti ar zemu disociācijas līmeni.

Līdzšinējos pētījumos ir pierādījies, ka šizofrēnija vieglāk padodas ārstēšanai tajā gadījumā, ja dominē pozitīvie simptomi, savukārt slimībai ir nelabvēlīgāka norise tad, ja dominē šizofrēnijas negatīvie simptomi (Fenton & McGlashan, 1994). Bez tam pozitīvie simptomi ir tie, kas bieži vien sastopami arī disociatīvo identitātes traucējumu gadījumos.

Apkopojot iegūtos rezultātus regresiju analīzēs, var secināt, ka sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi pozitīvas šizotipijas pazīmes nozīmīgi prognozē bērnībā piedzīvota seksuāla vardarbība, kura izskaidro 16% no variācijas, un *identitātes apjukums*, kurš būtiski palielina seksuālās vardarbības izskaidroto variāciju (49%). Allens ar kolēģiem (Allen et al., 1997) norāda, ka disociatīvie simptomi, kas radušies traumas rezultātā, traucē indivīdam adekvāti uztvert realitāti un padara viņu uzņēmīgu pret murgainu iekšējo pasauli. Allens (Allen et al.,

1997) pieņem, ka tieši atsvešinātība no sevis un sava ķermeņa jeb identitātes apjukums ir tie disociatīvie simptomi, kuriem ir vislielākā loma psihozes attīstībā.

Citi pētnieki (Zlotnick et al., 1996) izvirza hipotēzi, ka disociācija ir visbiežāk lietotais psiholoģiskās aizsardzības mehānisms bērnībā. Disociēšana ir adaptīva un pieņemama vardarbības brīdī, lai tiktu galā ar psihisku traumu, bet kļūst neproduktīva kā pastāvīgs aizsardzības mehānisms, jo ietekmē identitātes attīstību, sevis un sava ķermeņa izjūtas veidošanos (Hartman & Burgess, 1993). Pētījumā par grupas terapijas efektivitāti šizofrēnijas pacientēm, kas ir cietušas no seksuālas vardarbības, tika secināts, ka terapijas rezultātā mazinās tādi pozitīvi šizofrēnijas simptomi kā halucinācijas (Heins et al, 1990).

Tāpat kā pozitīvas šizotipijas pazīmes, tā arī negatīvas šizotipijas pazīmes sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi nozīmīgi prognozē bērnībā pārdzīvota seksuālā vardarbība un *kontroles zaudēšana*. Pētnieki (Kilcommons & Morrison, 2005) norāda, ka cilvēks, kurš cietis no seksuālas vai fiziskas vardarbības, traumas rezultātā veido negatīvas pārliecības par citiem cilvēkiem un savām spējām ietekmēt citu cilvēku rīcību, kas pakāpeniski var pārveidoties tādās negatīvās šizotipiskas personības pazīmēs kā aizdomīgums vai paranoīdas idejas, neadekvātas vai ierobežotas jūtas un emocijas, tuvu savstarpējo attiecību trūkums vai sociāla norobežošanās.

Savukārt dezorganizētības pazīmes šizofrēnijas pacientēm nozīmīgi prognozē emocionāla vardarbība un tādi disociatīvie simptomi kā *kontroles zaudēšana* un *absorbciija*. Iegūtos rezultātus ir grūti interpretēt, jo līdzšinējos pētījumos par šizotipiskas personības pazīmēm vairāk ir aplūkotas pozitīvās un negatīvās šizotipijas pazīmes un to saistība ar bērnībā pārdzīvotu vardarbību.

Līdzīgi kā sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi, arī psihiski veselām sievietēm bērnībā pārdzīvota seksuālā vardarbība prognozē pozitīvas šizotipijas pazīmes. No disociatīviem simptomiem *identitātes apjukums* un *absorbciija* veido nozīmīgu pienesumu seksuālās vardarbības un pozitīvo šizotipijas pazīmju mijiedarbībā un būtiski palielina bērnībā piedzīvotās seksuālās vardarbības izskaidroto variāciju (45%).

Atšķirībā no sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi, kurām seksuālā vardarbība nozīmīgi prognozē arī negatīvās šizotipijas pazīmes, psihiski veselām sievietēm no vardarbības veidiem tieši emocionālā vardarbība nozīmīgi prognozē gan negatīvās šizotipijas pazīmes, gan dezorganizētības pazīmes. Viens no iespējamiem skaidrojumiem varētu būt tas, ka šis vardarbības veids var būt regulārākais no visiem vardarbības veidiem, jo parasti tas notiek ģimenē no tuvu cilvēku puses, līdz ar to tā izraisītās sekas – aizdomīgums, ierobežotas jūtas un emocijas, sociāla norobežošanās – var būt tikpat smagas un nozīmīgas kā fiziskās un seksuālās vardarbības gadījumā (Brassard, Germain, & Hart, 1987). Kā atzīst daļa pētnieku, emocionāla vardarbība ir visneskaidrākais no visiem vardarbības veidiem, jo ietver sevī daudz savstarpējo

attiecību niašu (Brassard, Germain, & Hart, 1987), līdz ar to var pieņemt, ka tas ir arī grūtāk atpazīstamais vardarbības veids.

Prognozējot negatīvās šizotipijas pazīmes psihiski veselām sievietēm, nozīmīgu pienesumu dod *kontroles zaudēšana*, kas papildus izskaidro 17% variācijas. Psihiski veselām sievietēm dezorganizētības pazīmes nozīmīgi prognozē respondentu bērnībā piedzīvota emocionāla vardarbība un *identitātes apjukums*, kas izskaidro 54% gadījumu.

Līdz šim veiktajos pētījumos salīdzinoši daudz ir aplūkotas dažādu vardarbības veidu sekas, bet mazāk ir zināms par iespējamiem mediatoriem, kas pastāv starp bērnībā piedzīvotu vardarbību un negatīvām sekām (Kisiel & Lyons, 2001). Nedaudzajos pētījumos par disociācijas kā mediatora lomu starp piedzīvotu vardarbību un psihopatoloģiju ir konstatēts, ka, piemēram, seksuālas vardarbības gadījumā disociācija ir saistīta ar augstāku suicidalitāti, pašsākropļošanos, biežāk pielietotu risku provocējošu (*risk-taking*) uzvedību (Kisiel & Lyons, 2001).

Lai pārbaudītu, vai piedzīvotās vardarbības un šizotipisko personības pazīmju sakarību ciešums samazinās, ja modelī iekļauj disociācijas rādītāju, tika izmantots mediatora modelis (Baron & Kenny, 1986). Tika konstatēts, ka piedzīvotās vardarbības saistība ar šizotipiskām personības pazīmēm kļuva vājāka, lai arī saglabāja statistiskās nozīmības līmeni, kad modelim tika pievienota disociācija. Var secināt, ka sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi vardarbības pieredze veido nozīmīgu pozitīvu vērstu sakarību ar šizotipiskām personības pazīmēm gan tiešā veidā, gan caur disociācijas rādītājiem kā daļēju mediatoru. Līdzīgi rezultāti tika iegūti psihiski veselām sievietēm. Tāpat kā sievietēm ar šizofrēniju, arī psihiski veselām sievietēm piedzīvotās vardarbības saistība ar šizotipiskām personības pazīmēm kļuva vājāka, lai arī saglabāja statistiskās nozīmības līmeni, kad modelim tika pievienota disociācija.

Var secināt, ka neatkarīgi no šizofrēnijas diagnozes vardarbības pieredze veido nozīmīgu pozitīvu vērstu sakarību ar šizotipiskām personības pazīmēm gan tiešā veidā, gan caur disociācijas rādītājiem kā parciālu mediatoru. Citiem vārdiem sakot, vardarbības rezultātā radusies disociācija var pastiprināt šizotipisko personības pazīmju izteiktību. Līdzīgi citos pētījumos ir parādījies, ka smaga disociācija var radīt psihotiskus simptomus vai arī var būt kā mediators starp piedzīvotu vardarbību un psihotiskiem simptomiem (Steingard & Frankel, 1985). Saistībā ar pētījuma praktisko pielietojamību šie rezultāti norāda, ka būtiski ir ne tikai ārstēt šizofrēnijas simptomus, bet arī pievērst uzmanību faktoriem, kas tos pastiprina.

9.4. Pētījuma instrumentu ticamība un validitāte

Kopumā iegūtie rezultāti liecina, ka Disociatīvās pieredzes skalas latviešu valodā adaptētās versijas iekšējās saskaņotības rādītāji ir augsti. Izņēmums ir Disociatīvās pieredzes skalas apakšskala *absorbciija*, kurā Kronbaha alfa ir zemāks nekā oriģināla rādītājs (Bernstein

Carlson & Putnam, 1993). Tomēr tā kā Kronbaha alfa koeficients ir tuvu līmenim, kas tiek uzskatīts par pietiekamu, tad apakšskala tika izmantota turpmākajā rezultātu analīzē.

Originālā atkārtotas testēšanas ticamība ir augsta (Bernstein Carlson & Putnam, 1993). Skalas tulkojuma latviešu valodā atkārtotas testēšanas korelācijas koeficienti ir nedaudz zemāki nekā oriģinālā, tomēr tie demonstrē pietiekami apmierinošu ticamību noturīguma ziņā.

Disociatīvās pieredzes skalas konverģentā validitāte tika noteikta, izmantojot Disociācijas aptauju, kas līdzīgi kā DPS nosaka disociatīvo pieredzi un ir izmantota iepriekšējos disociācijas pētījumos Latvijā (Sebre, 2000). Starp DPS un DA kopējiem disociācijas rādītājiem un apakšskalam pastāv vidēji cieša sakarība.

Originālā pētījumā visciešākā korelācija bija vērojama starp DPS apakšskalu *depersonalizācija* un DA apakšskalu *identitātes apjukums* un abu aptauju *amnēzijas* apakšskalam. Savukārt viszemākās korelācijas bija starp DPS *amnēziju* un DA *absorbciju*.

Līdzīgi latviešu valodā tulkotajā aptaujas versijā visaugstākās korelācijas vērojamas starp DPS apakšskalu *depersonalizācija* un DA apakšskalu *identitātes apjukums*, bet viszemākās starp DPS *amnēziju* un DA *absorbciju*. Vanderlindens un kolēģi (Vanderlinden et al., 1993) korelāciju starp *depersonalizāciju* un *identitātes apjukumu* skaidro ar to, ka *identitātes apjukuma* apakšskalā ir daži apgalvojumi, kas attiecas uz derealizācijas un depersonalizācijas pieredzi, jo tā ir cieši saistīta ar identitātes apjukuma stāvokli.

Kopumā var secināt, ka rezultāti uzrāda augstu konverģento validitāti starp abām aptaujām un norāda uz to, ka abas aptaujas mēra līdzīgus konstruktus. Tajā pašā laikā var teikt, ka abas disociācijas aptaujas mēra nedaudz atšķirīgus disociatīvus simptomus.

Ņemot vērā to, ka kopumā Disociatīvās pieredzes skalas ticamības un validitātes rādītāji atbilst oriģinālajā izlasē iegūtajiem un ir apmierinoši, šī pētījuma instrumenta adaptācijas variantu var uzskatīt par ticamu un izmantojamu turpmākajos pētījumos.

Šizotipiskās personības aptaujas latviešu valodas versijas iekšējās saskaņotības rādītāji ir augsti. Kopumā latviešu valodas versijā ir iegūti nedaudz augstāki rādītāji nekā oriģinālā izlasē (Raine, 1991). Līdzīgi augsti ticamības rādītāji ir vērojami SPA faktoros un apakšskalās.

Nosakot aptaujas kritērija validitāti, tika konstatēts, ka sievietes ar šizofrēnijas diagnozi ir ar izteiktākām šizotipiskās personības pazīmēm, salīdzinot ar psihiski veselām sievietēm. Līdzīgi citos pētījumos (Kremer et al., 1998; Yarialian et al, 2000) ir pierādīts, ka šizofrēnijas pacienti un viņu pirmās pakāpes radnieki uzrāda paaugstinātus šizotipiskās personības pazīmju rādītājus, salīdzinot ar kontrolgrupu. Šajā pētījumā vienīgā šizotipiskā personības pazīme, kurai neparādījās statistiski nozīmīgas atšķirības starp šizofrēnijas pacientēm un sievietēm bez psihiatriskas diagnozes, bija „dīvainas pārlicības” jeb „maģiskā domāšana” (*magical thinking*), kuru raksturo apgalvojumi par ticību īpašām psihiskām spējām, zīlēšanai, telepātijai, gaišredzībai, kā arī apgalvojumi, kas atspoguļo pieredzi ar pārdabiskām parādībām, piemēram,

NLO. Bodena un Berenbauma (Boden & Berenbaum, 2004) pētījumā respondentiem tika uzdots jautājums par viņu neparastiem uzskatiem un pārliecībām un kādēļ, viņuprāt, tās tiek izmantotas. Visbiežākās atbildes bija, ka šīs pārliecības un uzskati ir ļoti svarīgi, ka tiem ir pozitīva ietekme uz respondentu dzīvi, un šie dīvainie uzskati respondentiem labāk palīdz saprast sevi un pasauli (Boden & Berenbaum, 2004). Ņemot vērā Latvijas bieži mainīgo sociāli ekonomisko situāciju, iespējams, ka lielai daļai respondentu „maģiskā domāšana” patiešām ir viens no veidiem, kā skaidrot apkārt notiekošo un labāk saprast sevi.

Veicot faktoriālās validitātes pārbaudi SPA latviešu valodā adaptētajā versijā, visskaidrāk izdalās faktors *negatīvās šizotipijas pazīmes*, pārējie divi faktori nediferencējas pietiekami skaidri, tādēļ turpmākajos pētījumos būtu nepieciešama apgalvojumu precizēšana latviešu valodā, lai uzlabotu apgalvojumu atbilstību pārējiem diviem faktoriem – *pozitīvās šizotipijas pazīmes* un *dezorganizētība*.

Kopumā var secināt, ka Šizotipiskās personības aptaujai ir labi iekšējās saskaņotības rādītāji un pārbaudītais kritērija validitātes aspekts atbilst teorētiskajiem priekšstatiem par konstrukta dabu. Attiecībā uz trim izdalītajiem aptaujas faktoriem (pozitīvās šizotipijas pazīmes, negatīvās šizotipijas pazīmes un dezorganizētība) jāsecina, ka tie ir ar daļēji atbilstošu faktoriālo validitāti.

Secinājumi

1. Sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi ir izteiktāki disociatīvie simptomi nekā psihiski veselām sievietēm.
2. Disociatīvo simptomu atšķirības šizofrēnijas pacientēm un psihiski veselām sievietēm ir saistītas ar piedzīvoto vardarbības veidu. Sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi un seksuālās vardarbības pieredzi ir izteiktāki tādi disociatīvie simptomi kā *identitātes apjukums*, *amnēzija*, *absorbciija* un *depersonalizācija*, salīdzinot ar šizofrēnijas pacientēm, kurām nav vardarbības pieredzes vai ir emocionālās vai fiziskās vardarbības pieredze. Psihiski veselām sievietēm bez vardarbības pieredzes ir mazāk izteikti disociatīvie simptomi nekā tām sievietēm, kas cietušas no emocionālas, fiziskas vai seksuālas vardarbības. Vardarbības pieredzes ietekme novērojama lielākai daļai disociatīvo simptomu, izņemot *amnēziju* un *absorbciiju*.
3. Gan šizofrēnijas diagnoze, gan bērnības vardarbības pieredze pastiprina disociatīvo simptomu izteiktību.
4. Sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi, atšķirībā no psihiski veselām sievietēm, ir izteiktākas šizotipiskās personības pazīmes kopumā, izteiktākas pozitīvās un negatīvās šizotipijas pazīmes, dezorganizētība, kā arī augstāki rādītāji lielākajā daļā šizotipisko pazīmju, izņemot *dīvainas pārliecības* jeb *maģisko domāšanu*.

5. Sievietēm, kuras cietušas no emocionālas, fiziskas vai seksuālas vardarbības neatkarīgi no šizofrēnijas diagnozes ir izteiktākas šizotipiskas personības pazīmes nekā sievietēm bez vardarbības pieredzes bērnībā. Sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi bērnībā piedzīvota vardarbība pastiprina gan šizotipiskas personības pazīmes kopumā, gan arī tādās pazīmes kā *murgainas idejas par īpašām norādēm, dīvainas pārliecības, netipiska uztvere, dīvaina uzvedība un aizdomīgums*. Šizofrēnijas pacientēm vardarbības pieredzes ietekme nav novērojama tādās šizotipiskās personības pazīmēs kā *pārmērīga sociālā trauksme, tuvu draugu trūkums, ierobežotas emocijas un dīvaina runa*. Sievietēm bez psihiatriskas diagnozes vardarbības pieredzes ietekme nav novērojama tādās pazīmēs kā *pārmērīga sociālā trauksme, ierobežotas emocijas un aizdomīgums*.
6. Gan šizofrēnijas diagnoze, gan bērnības vardarbības pieredze pastiprina šizotipisko personības pazīmju izteiktību.
7. Šizotipiskās personības pazīmes pozitīvi korelē ar disociatīviem simptomiem neatkarīgi no šizofrēnijas diagnozes. *Pozitīvās šizotipijas pazīmes un dezorganizētība* ir vidēji cieši saistītas ar disociatīviem simptomiem. *Negatīvās šizotipijas pazīmes* ir vāji saistītas vai arī nekorelē ar disociatīviem simptomiem.
8. Sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi *pozitīvās šizotipijas pazīmes* prognozē bērnībā piedzīvota seksuālā vardarbība un *identitātes apjukums*.
9. Sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi *negatīvās šizotipijas pazīmes* prognozē bērnībā piedzīvota seksuālā vardarbība un *kontroles zaudēšana*.
10. Sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi *dezorganizētības pazīmes* prognozē piedzīvota emocionālā vardarbība bērnībā, *kontroles zaudēšana un absorbcija*.
11. Psihiski veselām sievietēm *pozitīvās šizotipijas pazīmes* prognozē bērnībā piedzīvota seksuālā vardarbība, *identitātes apjukums un absorbcija*.
12. Psihiski veselām sievietēm *negatīvās šizotipijas pazīmes* prognozē emocionālās vardarbības pieredze bērnībā un *kontroles zaudēšana*.
13. Psihiski veselām sievietēm *dezorganizētības pazīmes* prognozē emocionālās vardarbības pieredze bērnībā un *identitātes apjukums*.
14. Disociatīviem simptomiem ir parciāla mediatora efekta saistība starp bērnības vardarbības pieredzi un šizotipiskām personības pazīmēm. Sievietēm, kuras ir cietušas no vardarbības bērnībā un kurām ir disociatīvi simptomi, ir pastiprinātas šizotipiskas personības pazīmes. Šis daļējā mediatora efekts ir gan sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi, gan psihiski veselām sievietēm.
15. Pētījumā izmantotajiem Disociatīvās pieredzes skalas un Šizotipiskās personības aptaujas adaptācijas variantiem ir labi iekšējās saskaņotības rādītāji un pārbaudītie validitātes aspekti atbilst teorētiskajiem priekšstatiem par konstruktu dabu.

Pētījuma ierobežojumi

Viens no pētījuma ierobežojumiem ir tas, ka nav pētītas sievietes ar disociatīviem identitātes traucējumiem, līdz ar to nav iespējams salīdzināt disociācijas un šizotipiskas personības pazīmju rādītājus sievietēm ar šizofrēniju, ar DIT un psihiski veselām sievietēm. Būtiskākais iemesls, kāpēc DIT grupa nav iekļauta konkrētajā pētījumā, ir tas, ka Latvijā disociatīvo traucējumu diagnoze tiek uzstādīta salīdzinoši reti. Saskaņā ar Veselības ekonomikas centra datiem (Veselības ekonomikas centrs, 2009) 2008.gadā Latvijā bija 80 pacienti ar disociatīvo traucējumu diagnozi (F44 pēc ICD-10), līdz ar to ir problemātiski izveidot DIT pacientu grupu.

Otrs pētījuma ierobežojums lielā mērā ir saistīts ar pētāmā priekšmeta un grupu specifiku. Respondentu skaits vardarbības pieredzes grupās ir salīdzinoši mazs. Pētījuma rezultāti, tai skaitā par vardarbības pieredzi, tika ievākti, izmantojot pašnovērtējuma aptaujas, vienīgā informācija bija no pacientu slimību vēsturēm par uzstādītu šizofrēnijas diagnozi. Taču, kā norāda pētnieki (Read et al., 2008), nav pierādījumu, kas liecinātu par to, ka dati, kas ievākti no psihiatriskiem pacientiem, būtu ar zemu ticamību.

Kā trešo pētījuma ierobežojumu var minēt to, ka pētījumā piedalījās pacientes ar paranojālo un nediferencēto šizofrēnijas diagnozi. Līdzšinējos pētījumos nav pētīta saistība starp konkrēto šizofrēnijas veidu un disociācijas simptomu izteiktību, bet zinot, ka šizofrēnijas veidi viens no otra atšķiras ar noteiktu simptomu dominēšanu, šizofrēnijas veids varēja ietekmēt pētījuma rezultātus. Piemēram, paranojālai šizofrēnijai dominē pozitīvie simptomi – murgi, vajāšanas idejas, halucinācijas. Pētījumos savukārt ir pierādījies, ka pozitīvo simptomu dominēšana ir saistīta ar paaugstinātiem disociācijas rādītājiem. Tādejādi konkrētais šizofrēnijas veids varēja ietekmēt pētījuma rezultātus.

Ceturtais pētījuma ierobežojums ir saistīts ar to, ka tika pētīta tikai bērnības vardarbības pieredze. Vardarbības pieredze pieaugušā vecumā vai tieši otrādi – pozitīva attiecību pieredze turpmākajā dzīvē – var atstāt ietekmi uz bērnības traumas sekām.

Pētījuma novitāte

1. Ir salīdzinoši maz pētījumu, kas aplūko disociāciju kā mediatoru starp bērnības vardarbību un šizotipiskām personības pazīmēm. Promocijas darba pētījums apstiprina hipotēzi, ka disociatīvie simptomi, kas radušies kā sekas vardarbībai, var pastiprināt šizotipiskās personības pazīmes.

2. Klīniskajā psiholoģijā Latvijā līdz šim ir maz pētījumu psihiatrisko pacientu grupā. Ņemot vērā to, ka psihiatrijā dominē bioloģiskā pieeja, promocijas darba novitāte ir bērnībā piedzīvotas vardarbības un tās atstāto psiholoģisko seku izpēte šizofrēnijas pacientu grupā.
3. Pētījuma vajadzībām pirmo reizi tika iztulkotas divas aptaujas, kas līdz šim Latvijā pētījumos nav izmantotas. Gan Disociatīvās pieredzes skala, gan Šizotipiskās personības aptauja ir pētījumos plaši pielietotas aptaujas.

Pētījuma rezultātu praktiskā pielietojamība

1. Promocijas pētījuma rezultāti pierāda, ka šizofrēnijas pacientu ārstēšanā būtu svarīgi ņemt vērā viņu bērnības vardarbības pieredzi un tās radītās sekas. Pētījumā (Nemeroff et al., 2003) par psihoterapijas un medikamentu efektivitāti hroniskas depresijas ārstēšanā tika konstatēts, ka psihoterapijas metodes ir efektīvākas to pacientu ārstēšanā, kas cietuši no vardarbības bērnībā. Iespējams, ka arī šizofrēnijas pacientiem, kas ir cietuši no vardarbības, psihoterapija varētu būt viens no veidiem, kā uzlabot ārstēšanas efektivitāti.
2. Pētījuma rezultāti norāda, ka būtiska ir medicīniskā personāla izglītošana par to, kā un kad jautāt par bērnībā piedzīvoto vardarbību. Kā uzsver Rīds ar kolēģiem (Read et al., 2005)- vardarbības pieredze netiek atklāta spontāni. Jaunzēlandē veiktā pētījumā (Read, McGregor, Coggan, & Thomas, 2005) tika konstatēts, ka vidējais laiks, lai sieviete saņemtos un izstāstītu kādam citam par pārdzīvotu seksuālu vardarbību bērnībā, ir 16 gadi.
3. Informācija par bērnībā piedzīvotu vardarbību var palīdzēt labāk saprast šizofrēnijas pacienta psihotisko simptomu izcelsmi un sniegt atbilstošu palīdzību. Promocijas darbā iegūtie pētījuma rezultāti pierāda to, ka vardarbības pieredze un disociatīvie simptomi, kas radušies tās rezultātā, var pastiprināt pozitīvās šizotipijas pazīmes: dīvainas pārliecības, murgainas idejas, netipisku sajūtu un uztveres pieredzi.

Turpmāko pētījumu virzieni

1. Līdz šim veiktajos šizofrēnijas pacientu pētījumos vairumā gadījumu izlases veido sievietes. Ņemot vērā to, ka saslimstība ar šizofrēniju vīriešu vidū ir tikpat bieži sastopama kā sieviešu vidū (atsevišķos pētījumos parādās, ka vīrieši slimo biežāk), turpmākajos pētījumos būtu jāiekļauj arī vīrieši.
2. Aktuāls pētījumu virziens ir disociatīvo simptomu izpēte bērniem un jauniešiem, piemēram, disociatīvo simptomu saistība ar vardarbības pieredzi, uzvedības problēmām vai vecāku audzināšanas stilu.

3. Vēl joprojām ir neskaidrs jautājums par disociācijas kā mediatora lomu dažādu traucējumu izcelsmē, kā arī par citu mainīgo savstarpējo mijiedarbību.
4. Jaunākajos pētījumos aktuāls temats ir patoloģiskā disociācija – tās sastopamības biežums un saistība ar dažādiem psiholoģiskiem faktoriem.
5. Būtu jāturpina veikt Disociatīvās pieredzes skalas un Šizotipiskās personības aptaujas ticamības un standartizācijas procesu, lai šīs aptaujas varētu izmantot turpmākajos pētījumos. Šizotipiskās personības aptaujā izdalītie faktori ir ar daļēji atbilstošu faktoriālo validitāti, tādēļ turpmākajos pētījumos būtu nepieciešama apgalvojumu precizēšana latviešu valodā, lai uzlabotu apgalvojumu atbilstību izdalītajiem faktoriem.

Nobeigums

Lielākā daļa pētījumu, kas līdz šim ir veikti šizofrēnijas pacientu grupā, veltīti medikamentu efektivitātes izvērtēšanai vai bioloģisko faktoru lomas noskaidrošanai šizofrēnijas izcelsmē. Salīdzinoši maz ir pētīta psiholoģisko un sociālo faktoru nozīme šizofrēnijas simptomu izcelsmē, to kavēšanā vai veicināšanā. Neskatoties uz to, ka intensīvi tiek pētīta saistība starp bērnībā piedzīvotu vardarbību un dažādām garīgās veselības problēmām, ir salīdzinoši maz pētījumu, kas cenšas izprast vardarbības nozīmi psihotisku traucējumu un šizofrēnijas izcelsmē. Pamatojoties uz iepriekš minētajiem argumentiem, tika izvirzīts pētījuma mērķis – izpētīt, kādas saistības pastāv starp disociatīviem simptomiem un šizotipiskas personības pazīmēm šizofrēnijas pacientēm ar dažādu vardarbības pieredzi.

Tā kā promocijas darbā pirmo reizi tika izmantotas divas aptaujas – Disociatīvās pieredzes skala un Šizotipiskās personības aptauja, tad vispirms tika veikta šo instrumentu adaptācija un validizācija. Pētījumā izmantotajiem aptauju adaptācijas variantiem ir labi iekšējās saskaņotības rādītāji un pārbaudītie validitātes aspekti atbilst teorētiskajiem priekšstatiem par konstruktu dabu.

Lai atbildētu uz pirmo pētījuma jautājumu par to, kādas ir disociatīvo simptomu atšķirības sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi un psihiski veselām sievietēm, kuras ir cietušas no emocionālas, fiziskas vai seksuālas vardarbības bērnībā, pētījuma dati tika analizēti dažādos šķērsgriezumos. Salīdzinot disociatīvos simptomus sievietēm ar un bez šizofrēnijas diagnozes, tika konstatēts, ka sievietēm ar šizofrēniju ir izteiktāki disociatīvie simptomi nekā psihiski veselām sievietēm. Disociatīvo simptomu atšķirības šizofrēnijas pacientēm un psihiski veselām sievietēm ir saistītas ar piedzīvoto vardarbības veidu. Sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi un seksuālās vardarbības pieredzi ir izteiktāki disociatīvie simptomi, salīdzinot ar šizofrēnijas pacientēm, kurām nav vardarbības pieredzes vai ir emocionālās vai fiziskās vardarbības pieredze. Psihiski veselām sievietēm bez vardarbības pieredzes ir mazāk izteikti disociatīvie simptomi

nekā tām sievietēm, kas cietušas no emocionālas, fiziskas vai seksuālas vardarbības. Vardarbības pieredzes ietekme novērojama lielākai daļai disociatīvo simptomu, izņemot amnēziju un absorbciju. Gan šizofrēnijas diagnoze, gan bērnības vardarbības pieredze pastiprina disociatīvo simptomu izteiktību.

Lai atbildētu uz otru pētījuma jautājumu par to, kādas ir šizotipiskas personības pazīmju atšķirības šizofrēnijas pacientēm un psihiski veselām sievietēm, kuras ir cietušas no vardarbības bērnībā, šizotipiskās personības pazīmes tika salīdzinātas, ņemot vērā gan šizofrēnijas diagnozi, gan konkrēto vardarbības pieredzi. Iegūtie rezultāti ļauj secināt, ka šizofrēnijas pacientēm, atšķirībā no psihiski veselām sievietēm, ir izteiktākas šizotipiskās personības pazīmes kopumā, izteiktākas pozitīvās un negatīvās šizotipijas pazīmes, dezorganizētība, kā arī augstāki rādītāji lielākajā daļā šizotipisko pazīmju, izņemot dīvainas pārliecības jeb maģisko domāšanu. Sievietēm, kuras cietušas no vardarbības bērnībā neatkarīgi no šizofrēnijas diagnozes ir izteiktākas šizotipiskas personības pazīmes nekā sievietēm bez vardarbības pieredzes. Sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi bērnībā piedzīvota vardarbība pastiprina gan šizotipiskas personības pazīmes kopumā, gan arī tādas pazīmes kā murgainas idejas par īpašām norādēm, dīvainas pārliecības, netipisku uztveri, dīvainu uzvedību un aizdomīgumu. Gan šizofrēnijas diagnoze, gan bērnības vardarbības pieredze pastiprina šizotipisko personības pazīmju izteiktību.

Trešā pētījuma jautājuma mērķis bija noskaidrot, kuri no bērnībā piedzīvotiem vardarbības veidiem un disociatīviem simptomiem vislabāk prognozē šizotipiskas personības pazīmes sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi un psihiski veselām sievietēm. Tika konstatēts, ka sievietēm ar šizofrēniju pozitīvās šizotipijas pazīmes prognozē bērnībā piedzīvota seksuālā vardarbība un identitātes apjukums, negatīvās šizotipijas pazīmes prognozē seksuālā vardarbība un kontroles zaudēšana, bet dezorganizētības pazīmes prognozē emocionālā vardarbība, kontroles zaudēšana un absorbcija. Psihiski veselām sievietēm pozitīvās šizotipijas pazīmes prognozē bērnībā piedzīvota seksuālā vardarbība, identitātes apjukums un absorbcija, negatīvās šizotipijas pazīmes prognozē emocionālās vardarbības pieredze un kontroles zaudēšana, bet dezorganizētības pazīmes prognozē emocionālā vardarbība un identitātes apjukums.

Balstoties uz literatūrā izteiktajiem pieņēmumiem, ka smaga disociācija var radīt psihotiskus simptomus vai arī var būt kā mediators starp piedzīvotu vardarbību un psihotiskiem simptomiem, tika izvirzīta hipotēze: disociācija ir mediators starp bērnībā piedzīvotu vardarbību un šizotipiskām personības pazīmēm. Pārbaudot izvirzīto hipotēzi, tika konstatēts, ka disociatīviem simptomiem ir parciāla mediatora efekta saistība starp bērnības vardarbības pieredzi un šizotipiskām personības pazīmēm. Sievietēm, kuras ir cietušas no vardarbības bērnībā un kurām ir disociatīvi simptomi, ir izteiktākas šizotipiskas personības pazīmes. Šis daļējā mediatora efekts ir gan sievietēm ar šizofrēnijas diagnozi, gan psihiski veselām sievietēm.

Promocijas pētījuma rezultāti pierāda, ka šizofrēnijas pacientu ārstēšanā būtu svarīgi ņemt vērā viņu bērnības vardarbības pieredzi un tās radītās sekas. Psihoterapija vai psiholoģiskā konsultēšana varētu būt viens no veidiem, kā paralēli medikamentu lietošanai uzlabot ārstēšanas efektivitāti šizofrēnijas pacientiem ar vardarbības pieredzi. Promocijas pētījuma rezultāti norāda, ka būtiska ir medicīniskā personāla izglītošana par to, kā un kad jautāt par bērnībā piedzīvoto vardarbību, jo šī specifiskā pieredze netiek atklāta spontāni. Turklāt, informācija par bērnībā piedzīvotu vardarbību var palīdzēt labāk saprast šizofrēnijas pacienta psihotisko simptomu izcelsmi un sniegt atbilstošu palīdzību. Promocijas darbā iegūtie pētījuma rezultāti pierāda to, ka vardarbības pieredze un disociatīvie simptomi, kas radušies tās rezultātā, var pastiprināt pozitīvās šizotipijas pazīmes: dīvainas pārliecības, murgainas idejas, netipisku sajūtu un uztveres pieredzi.

Literatūras saraksts

- Aldridge-Morris, R. (1989). *Multiple personality. An exercise in deception*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Allen, J. G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. New York: John Wiley and Sons.
- Allen, J.G., & Coyne, L. (1995). Dissociation and vulnerability to psychotic experience: the dissociative experience scale and the MMPI-2. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 183, 615-622.
- Allen, J.G., Console, D.A., & Lewis, L. (1999). Dissociative detachment and memory impairment: reversible amnesia or encoding failure? *Comprehensive Psychiatry*, 40, 160–171.
- Allen, J.G., Coyne, L., & Console, D.A. (1997). Dissociative detachment relates to psychotic symptoms and personality decompensation. *Comprehensive Psychiatry*, 38 (6), 327- 234.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - fourth edition, text revision*. Washington, DC: Author.
- Barnett, O., Miller-Perrin, C.L., & Perrin, R.D. (2005). *Family violence across the lifespan* (2nd Edition). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Becker-Blease, K.A., Deater- Deckard, K., Eley, T., Freyd, J.J., Stevenson, J., &

- Plomin R. (2004). A genetic analysis of individual differences in dissociative behaviors in childhood and adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 45, 522-532.
- Bentall, R.P. (2004). *Madness Explained. Psychosis and Human Nature*. London: Penguin books.
- Berenbaum, H. (1999). Peculiarity and reported childhood maltreatment. *Psychiatry*, 62, 21–35.
- Berenbaum, H., Thompson, R.J, Milanek, M.E., Boden, M.T. & Bredemeier, K. (2008). Psychological trauma and schizotypal personality disorder. *Journal of abnormal psychology*, 117(3), 502-519.
- Berenbaum, H., Valera, E. M., & Kerns, J. G. (2003). Psychological trauma and schizotypal symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 143-152.
- Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report: Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, K., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1132–1136.
- Bernstein, E.M. & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 174, 727- 735.
- Bob, P., Glaslova, K., Susta, M., Jasova, D., & Raboch, J. (2006). Traumatic dissociation, epileptic-like phenomena and schizophrenia. *Neuroendocrinology Letters*, 27 (3), 321.
- Boden, M. T., & Berenbaum, H. (2004). The potentially adaptive features of peculiar beliefs. *Personality and Individual Differences*, 37, 707–719.
- Boon, S. & Draijer, N. (1993). Multiple personality disorder in The Netherlands: a clinical investigation of 71 patients. *American Journal of Psychiatry*, 150, 489-494.
- Boyle, M. (2002). *Schizophrenia. A scientific Delusion?* 2nd ed. London: Routledge.
- Brassard, M.R.; Germain, R., & Hart, S.N. (1987). *Psychological maltreatment of children and youth*. New York: Pergamon Press.
- Braun, B.G. (1986). Issues in the psychotherapy of multiple personality disorder. In B.G. Braun (Ed.), *Treatment of multiple personality disorder*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Bremner, J. D, Steinberg, M., Southwick, S. M., Johnson, D. R, & Charney, D. S. (1993). Use of the Structured Clinical Interview for DSM-IV – Dissociative Disorders for systematic assessment of dissociative symptoms in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1011-1014.
- Bremner, J. D., Southwick, S. M., Brett, E., Fontana, A., Rosenheck, R., & Charney, D. S.

- (1992). Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *American Journal of Psychiatry*, 149, 328-333.
- Brennan, K. A., & Shaver, P. R. (1998) Attachment styles and personality disorders: Their connections to each other and to parental divorce, parental death, and perceptions of parental caregiving. *Journal of Personality*, 66, 835-878
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of post-traumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670–686.
- Brewin, C.R. & Holmes, E.A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 339-376.
- Briere, J., & Runtz, M. (1990). Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, 14, 357-364.
- Briere, J., & Runtz, M. (1993). Child sexual abuse: Long-term sequelae and implications for psychological assessment. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 312-330.
- Brown, G.R. & Anderson, B. (1991). Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *American Journal of Psychiatry*, 148, 148-155.
- Brown, G.R., McBride, L., Bauer, M.S. & Wiliford, W.O. (2005). Impact of childhood abuse on the course of bipolar disorder a replication study in U.S. veterans. *Journal of Affective Disorders*, 89 (1-3), 57-67.
- Brown, R. J. (2002). The cognitive psychology of dissociative states. *Cognitive Neuropsychiatry*, 7, 221–235.
- Brunner, R., Parzer, P., Schmitt, R. & Resch, F. (2004). Dissociative symptoms in schizophrenia: a comparative analysis of patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychopathology*, 37, 281-284.
- Bryer, J. B., Nelson, B. A., Miller, J. B., & Krol, P. A. (1987). Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry* 144, 1426-1430
- Cardeña, E. (1994). The domain of dissociation. In: Lynn, S.J. & Rhue, J.W. (Eds.) *Dissociation: clinical and theoretical perspectives*. New York: Guilford, 15–31.
- Carson, R. C., Butcher, J. N., & Mineka, S. (2000). *Abnormal psychology and modern life* (11th ed.). New York: Allyn and Bacon.
- Charbonneau, J., & O'Connor, K. (1999). Depersonalization in a non-clinical population. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 27, 377-381.
- Cheasty, M., Clare, A.W. & Collins, C. (1998) Relationship between sexual abuse in childhood and adult depression: case-control study. *British Journal of Medicine*, 316, 198-201.
- Chodoff, P. (1987). Multiple personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 144, 124.

- Claridge, G. & Broks, P. (1984) Schizotypy and hemisphere function: Theoretical considerations and the measurement of schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 5, 633-648.
- Claridge, G. (1997). *Schizotypy: Implications for Illness and Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Claridge, G., & Beech, T. (1995). Fully and quasi-dimensional constructions of schizotypy. In A. Raine, T. Lencz, and S.A. Mednick (Eds.), *Schizotypal Personality* (pp. 192-216). Cambridge: Cambridge University Press.
- Claridge, G., McCreery, C., Mason, O., Bentall, R., Boyle, G., Slade, P., & Popplewell, D. (1996). The factor structure of “shizotypal” traits: A large replication study. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 103-115.
- Cloitre, M., Tardiff, K., Marzuk, P.M., Leon, A. C., & Portera, L. (1996). Childhood abuse and subsequent sexual assault among female inpatients. *Journal of Traumatic Stress*, 9 (3), 473- 482.
- Conway, M. A. & Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107, 261–288.
- Coons, P.M., Bowman, E., Pellow, T.A., & Schneider, P. (1989). Post-traumatic aspects of the treatment of victims of sexual abuse and incest. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 235-335.
- Costa, P.T., & McCrae, R.R. (1992). *NEO PI-R Professional Manual*. Psychological Assessment Resources, Odessa, FL
- Crow, T.J. (1985). The two-syndrome concept: origins and current status. *Schizophrenia Bulletin*, 11 (3), 471– 486.
- Dalglish, T., & Power, M. J. (2004). The I of the storm—Relations between self and conscious emotion experience: Comment on Lambie and Marcel (2002). *Psychological Review*, 111(3), 812–819.
- Darves-Bornoz, J. M., Lemperiere, T., Degiovanni, A., & Gaillard, P. (1995). Sexual victimization in women with schizophrenia and bipolar disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 78–84.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of post traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345.
- Erozkan, A. (2009). The relationship between attachment styles and social anxiety: An investigation with Turkish university students. *Social Behavior and Personality*, 37, 835-844.
- Fenton, W.S. & McGlashan, T.H. (1994). Antecedents, symptom progression, and long-term

- outcome of the deficit syndrome in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 151, 351–356.
- Fenton, W.S. & McGlashan, T.H. (1994). Antecedents, symptom progression, and long-term outcome of the deficit syndrome in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 151, 351-356.
- Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I.A., & Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse and Neglect*, 14(1), 19-28.
- Foot, B. & Park, J. (2008). Dissociative Identity Disorder and Schizophrenia: Differential Diagnosis and Theoretical Issues. *Current Psychiatry Reports*, 10, 217-222.
- Frankel, F. H. (1990). Hypnotizability and dissociation. *American Journal of Psychiatry*, 147, 823–829.
- Garno, J.L., Goldberg, J.F., Ramirez, P.M., & Ritzler, B.A. (2005). Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, 186, 121-125.
- Gast, U., Rodewald, F., Nickel, V. & Emrich, H.M. (2001). Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German university clinic. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 249-257.
- Gelles, R. J., & Cornell, C. P. (1985). *Intimate violence in families*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Gershuny, B.S. & Thayer, J.F. (1999). Relation among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress: a review and integration. *Clinical Psychology Review*, 19, 631-637.
- Giesbrecht, T. & Merckelbach, H. (2006). Dreaming to reduce fantasy- fantasy proneness, dissociation and subjective sleep experiences. *Personality and Individual Differences*, 41, 697-706.
- Giesbrecht, T., Merckelbach, H., Geraerts, E.. & Smeets, E. (2004). Disruptions in executive functioning and dissociation in undergraduated students. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 567-569.
- Giesbrecht, T., Merckelbach, H., Kater, M., & Sluis, A.F. (2007a). Why dissociation and schizotypy overlap- the joint influence of fantasy proneness, cognitive failures, and childhood trauma. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 812-818.
- Giese, A.A., Thomas, M.R.. & Dubovsky, S.L. (1997). Dissociative symptoms in psychotic mood disorders: an example of symptom nonspecificity. *Psychiatry*, 60, 60-66.
- Glaslova, K., Bob, P., Jasova, D. et.al. (2004). Traumatic stress and schizophrenia. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 11, 205-208.
- Gleaves, D.H. & Eberenz, K.P. (1995). Correlates of dissociative symptoms among women with eating disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 29, 417-426.

- Goff, D.C., Brotman, A.W., & Kindlon, D. (1991). The delusion of possession in chronically psychotic patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 567-571.
- Goff, D.C., Brotman, A.W., Kindlon, D., Waites, M. & Amico, E. (1991). Self- reports of childhood abuse in chronically psychotic patients. *Psychiatry Research*. 37(1), 73–80.
- Goldberg, J.F. & Garo, J.L. (2005). Development of posttraumatic stress disorder in adult bipolar patients with histories of severe childhood abuse. *Journal of Psychiatric Research*, 39(6), 595-601.
- Gooding, D. C., Matts, C.W. & Rollmann, E.A. (2006). Sustained attention deficits in relation to psychometrically identified schizotypy: evaluating a potential endophenotypic marker. *Schizophrenia Research*, 82, 27-37.
- Gottesman, I. I. (1991). *Schizophrenia Genesis: The Origin of Madness*. New York: Freeman.
- Greenfield, S.F., Strakowski, S.M., & Tohen, M. (1994). Childhood abuse in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 164, 831-834.
- Grilo, C.M. & Masheb, R.M. (2002). Childhood maltreatment and personality disorders in adult patients with binge eating disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 183–188.
- Gross, A. & Keller. H. (1992). Long term consequences of childhood physical and psychological maltreatment, *Journal of Aggressive Behavior*. 18 (3), 171-185.
- Guralnik, O., Schmeidler, J., & Simeon, D. (2000). Feeling unreal: cognitive processes in depersonalization. *American Journal of Psychiatry*, 157, 103-109.
- Hammersley, P., Dias, A., Todd, G., Bowen-Jones, K., Reilly, B. & Bentall, R. P. (2003). Childhood trauma and hallucinations in bipolar affective disorder: preliminary investigation. *British Journal of Psychiatry*, 182, 543–547.
- Hammersley, P.A. (2007). Childhood trauma and psychosis: the genie is out of the bottle. *Journal of Psychology and Trauma*, 6 (2-3), 7.
- Hammersley, P.A., Bullimore, P., Fiddler, M. & Read, J. (2008). The trauma model of psychosis. In: Stickley, T., Barret, T. (eds) *Learning about Mental Health Practice*, London: Wiley, 401-416.
- Hardy, A., Fowler, D., Freeman, D., Smith, B., Steel, C., Evans, J., Garety, P., Kuipers, E., Bebbington, P., & Dunn, G. (2005). Trauma and hallucinatory experience in psychosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(8), 501-507.
- Hartman, C. R. & Burgess, A. W. (1993). Information processing of trauma. *Child Abuse & Neglect*, 17, 47-58.
- Harvey, P.D., & Walker, E.F. (eds.) (1987). *Positive and Negative Symptoms in Psychosis: descriptions, research and future directions*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum, pp. 341.
- Heads, T.C. Taylor, P.J., & Leese, M. (1997). Childhood experiences of patients with

- schizophrenia and a history of violence: a special hospital sample. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 7, 117- 130.
- Heins, T., Gray, A. & Tennant, M. (1990). Persisting hallucinations following childhood sexual abuse. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 24 (4), 561-565.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Hien, D., Colen, L., & Campbell, A. (2005). Is traumatic stress a vulnerability factor for women with substance use disorders? *Clinical Psychology Review*, 25(6), 813-823.
- Hlastala, S.A. & McClellan, J. (2005). Phenomenology and diagnostic stability of youth with atypical psychotic symptoms. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15, 497-509.
- Hoglund, C.L. & Nicholas, K.B.(1995). Blame, guilt and anger in college students exposed to abusive family environments. *Journal of Family Violence*, 10(2), 141-159.
- Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, R.P., Hunter, E. C. M., Frasquilho, F., & Oakley, D. A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review* 25, 1-23.
- Holowka, D.W., King, S., Saheb, D., Pukall, M., & Brunet, A.(2003). Childhood abuse and dissociative symptoms in adult schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 60 (1), 87-90.
- Horen, S.A., Leichner, P.P., & Lawson, J.S. (1995). Prevalence of dissociative symptoms and disorders in an adult psychiatric inpatient population in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 185- 191.
- Irwin, H. J. (1999). Pathological and nonpathological dissociation: the relevance of childhood trauma. *The Journal of Psychology*, 133, 157-164.
- Irwin, H. J. (2001). The relationship between dissociative tendencies and schizotypy: an artifact of childhood trauma. *Journal of Clinical Psychology*, 57(3), 331- 342.
- Irwin, H.J. (1994). Proneness to dissociation and traumatic childhood events. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 456-460.
- Irwin, H.J. (1998). Dissociative tendencies and the sitting duck: are self-reports of dissociation and victimization symptomatic of neuroticism? *Journal of Clinical Psychology*, 54, 1005-1015.
- Jang, K.L., Woodward, T.S., Honer, L.D., William G., & Livesley, W. J. (2005). The genetic and environmental basis of the relationship between schizotypy and personality: a twin study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 153-159.
- Janssen I, Krabbendam L, Bak M, Hanssen M, Vollebergh W, de Graaf R, & van Os J. (2004). Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 109 (1), 38–45.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Smailes, E. M., Skodol, A. E., Brown, J., & Oldham, J. M. (2001).

- Childhood verbal abuse and risk for personality disorders during adolescence and early adulthood. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 16–23.
- Johnson, J. G., Smailes, M., Cohen, P., Brown, J., & Bernstein, D. P. (2000). Associations between four types of childhood neglect and personality disorder symptoms during adolescence and early adulthood: Findings of a community – based longitudinal study. *Journal of Personality Disorders*, 14, 171-187.
- Kay, S.R., Fiszbein, A., & Opler, L.A. (1987) The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Kendler, K.S., Bulik, C.M., Silberg, J., Hettma, J.M., Myers, J., & Prescott, C.A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women. *Archives of General Psychiatry*, 57, 953-959.
- Kendler, K.S., McGuire, M., Gruenberg, A.M., & Walsh, D. (1994). Clinical heterogeneity in schizophrenia and the pattern of psychopathology in relatives: Results from an epidemiologically based family study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 89, 294-300.
- Kety, S.S., Rosenthal, D., Wender, P.H., & Schulsinger, F. (1968). The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. In D. Rosenthal and S. Kety (Eds.), *The transmission of schizophrenia* (pp. 345–362). New York: Pergamon Press.
- Kihlstrom, J. F. (1992). Dissociative and conversion disorders. In Stein, D.J., & Young, J.E. (Eds.), *Cognitive science and clinical disorders*. San Diego, CA: Academic Press, pp.247-270.
- Kihlstrom, J. F. (1994). One hundred years of hysteria. In: Lynn, S.J. & Rhue, J.W. (Eds.) *Dissociation: clinical and theoretical perspectives*. New York: Guilford, 365–394.
- Kilcommons, A.M., Morrison, A.P. (2005). Relationships between trauma and psychosis: an exploration of cognitive and dissociative factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 351-359.
- Kim, D., Kaspar, V., Noh, S. & Nam J.H. (2006). Sexual and physical abuse among Korean female inpatients with schizophrenia. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 279–289.
- Kisiel, C.L., Lyons, J.S. (2001). Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*. 158, 1034 – 1039.
- Kluft, R.P. (1987). First rank symptoms as diagnostic indicators of multiple personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 144, 293–298.
- Kremer, W.S., Faraone, S.V., Toomey, R., Seidman, L.J., & Tsuang, M.T. (1998). Sex differences in self- reported schizotypal traits in relatives of schizophrenic probands. *Schizophrenia Research*, 34, 27-37.
- Kring, A. M., Davison, G.C., Neale, J. M., & Johnson, S. L. (2007). Personality disorders. In

- Jonson, C. T., Bartelt, J., Tinsley, L., & Neufeld, L. (Eds.) *Abnormal Psychology 10th Editions* (pp. 386-422). Hoboken: Wiley.
- Lataster, T., van Os, J., Drukker, M., Henquet, C., Feron, F., Gunther, N., & Myin-Germeys, I. (2006). Childhood victimisation and developmental expression of non-clinical delusional ideation and hallucinatory experiences; victimisation and non-clinical psychotic experiences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41 (6), 423-428.
- Lee, J. & Park, S. (2005). Working memory impairments in schizophrenia: a meta- analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 599-611.
- Leverich, G.S., McEroy, S.L., Suppes, T., Keck, P.E. Jr., Denicoff, K.D., Nolen, W.A., Altshuler, L.L., Rush, A.J., Kupka, R., Frye, M.A., Autio, K.A., & Post, R.M. (2002). Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Biological Psychiatry*, 51(4), 288-297.
- Ludwig, A. M., Brandsma, J. M., Wilbur, C. B., Bendfeldt, F., & Jameson, D. H. (1972). The objective study of a multiple personality: Or, are four heads better than one? *Archives of General Psychiatry*, 26, 298-310.
- Lysaker, P.H., Davis, L.W., Gatton, M.J., & Herman, S.M. (2005). Associations of anxiety-related symptoms with reported history of childhood sexual abuse in schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*. 66 (10), 1279–1284.
- Lysaker, P.H., Meyer, P., Evans, J.D., & Marks, K.A. (2001). Neurocognitive and symptom correlates of self-reported childhood sexual abuse in schizophrenia spectrum disorders. *Annals of Clinical Psychiatry*. 13 (2), 89–92.
- Maddux, J.E. & Winstead, B. A. (eds) (2007). *Psychopathology: Foundations for Contemporary Understanding*. NY: Routledge Taylorand Francis Group.
- Marmar, C.R., Weiss, D.S., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Jordan, K., Kulka, R.A., & Hough, R.L. (1994). Peritraumatic dissociation and post-traumatic stress in male Vietnam theater veterans. *American Journal of Psychiatry*, 151, 902-907.
- McCrae, R.R., & Costa, P.T (1990). *Personality in Adulthood*. Guilford, New York.
- McCreery, C. and Claridge, G. (2002). Healthy schizotypy: the case of out-of-the-body experiences. *Personality and Individual Differences*, 32, 141-154.
- McHugh, P. R. (1993). Multiple personality disorder. *Harvard Mental Health Newsletter*, 10 (3), 4- 6.
- Meehl, P. E. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, 17, 827-838.
- Merckelbach, H. & Giesbrecht, T. (2006). Subclinical dissociation, schizotypy and traumatic distress. *Personality and Individual Differences*, 40, 365-374.
- Merckelbach, H., a` Campo, J., Hardy, S., & Giesbrecht, T. (2005). Dissociation and fantasy

- prone to psychiatric patients: A preliminary study. *Comprehensive Psychiatry*, 16, 181–185.
- Merckelbach, H., Rassin, E. & Muris, P. (2000). Dissociation, schizotypy, and fantasy proneness in undergraduate students. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 188, 428-431.
- Merskey, H. (1992). The manufacture of personalities: the production of multiple personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 160, 327-340.
- Middleton, W., Dorahy, M.J., & Moskowitz, A. (2008). Historical conceptions of dissociation and psychosis: Nineteenth and early twentieth century perspectives on severe psychopathology. In A. Moskowitz, I. Schafer, & M.J. Dorahy (Eds.), *Psychosis, trauma and dissociation: emerging perspectives on severe psychopathology* (pp. 9 - 20). UK: Wiley-Blackwell.
- Modestin, J. & Erni, T. (2004). Testing the dissociative taxon. *Psychiatry Research*, 126, 77-82.
- Modestin, J., Hermann, S. & Endrass, J. (2007). Schizoidia in schizophrenia spectrum and personality disorders: role of dissociation. *Psychiatry Research*, 153, 111-118.
- Moore, D.P. & Jefferson, J.W. (2004). Schizotypal personality disorder. In: Moore, D.P. & Jefferson, J.W. (eds.) *Handbook of Medical Psychiatry*. chap 136. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier.
- Morgan, C. & Fisher, H. (2007). Environment and schizophrenia: environmental factors in schizophrenia: childhood trauma- a critical review. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 3-10
- Morrison, A. P., Frame, L., & Larkin, W. (2003). Relationships between trauma and psychosis: A review. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 331–353.
- Moskowitz, A.K., Barker- Collo, S. & Ellson, L. (2005). Replication of dissociation- psychosis link in New Zealand students and inmates. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 193, 722- 727.
- Nemeroff, C.B., Heim, C.M., Thase, M.E., Klein, D.N., Rush, A.J., Schatzberg, A.F. et al. (2003). Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 100(24), 14293-14296.
- Neria, Y., Bromet, E.J., Sievers, S., Lavelle, J., & Fochtmann, L.J. (2002). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in psychosis: findings from a first-admission cohort. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70(1), 246-51.
- Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., van Dyck, R., van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1998). Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorder is correlated with reported trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 711-730.
- Nijenhuis, E.R.S., van der Hart, O. & Steele, K. (2002). The emerging psychobiology of trauma-related dissociation and dissociative disorders. In: D’Haenen, D., Den Boer, J.A. &

- Willner, P. (eds) *Biological psychiatry*. London: Wiley, 1079–1098.
- Norden, K. A., Klein, D. N., Donaldson, S. K., Pepper, C. M., & Klein, L. M. (1995). Reports of the early home environment in *DSM-III-R* personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 9, 213–223.
- Offen, L., Waller, G. & Thomass, G. (2003). Is reported childhood sexual abuse associated with the psychopathological characteristics of patients who experience auditory hallucinations? *Child Abuse and Neglect*, 27(8), 919-927.
- Pope, C. A., & Kwapil, T.R. (2000). Dissociative experiences in hypothetically psychosis-prone college students. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 188, 530- 536.
- Pope, H. G. & Hudson, J.I. (1995). Does childhood sexual abuse cause adult psychiatric disorders? Essential of methodology. *Journal of Psychiatry and Law*, 23, 363- 381.
- Pribor, E.F. & Dinwiddie, S.H. (1992). Psychiatric correlates of incest in childhood. *American Journal of Psychiatry*, 149, 52-56.
- Pukrop, R., Matuschek, E., Ruhrmann, S., Brockhaus-Dumke, A., Tendolkar, I., Bertsch A., & Klosterkötter, J. (2003). Dimensions of working memory dysfunction in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 62, 259-268.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-Year Research Update Review: Child Sexual Abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42 (3), 269–278.
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. New York: The Guilford Press.
- Putnam, F. W., Carlson, E. B., Ross, C. A., Anderson, G., Clark, P., & Torem, M. (1996). Patterns of dissociation in clinical and nonclinical samples. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 673-679.
- Putnam, F.W., Guroff, J.J., Silberman, E.K. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder: review of 100 recent cases. *Journal of Clinical Psychiatry*. 47(6), 285-93.
- Rado, S. (1956). Schizotypal organization: Preliminary report on a clinical study of schizophrenia. In: Rado, S., and Daniels, G.E., eds. *Changing Concepts of Psychoanalytic Medicine*. New York: Grune & Stratton, pp. 225-236.
- Raine, A. (1991). The SPA: A scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 555–564.
- Raine, A., & Lencz, T. (1995). Conceptual and methodological issues in schizotypal personality research. In A. Raine, T. Lencz, and S.A. Mednick (Eds). *Schizotypal Personality Disorder* (pp. 3-18). Cambridge: Cambridge University Press.
- Raine, A., Mellingen, K., Liu, J., Venables, P., & Mednic, S.A. (2003). Effects of environmental

- enrichment at ages 3-5 years on schizotypal personality and antisocial behavior at ages 17 and 23 years. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 1627-1635.
- Ratakonda, S., Gorman, J.M., & Yale, S. A. (1998). Characterization of psychotic conditions. Use of the domains of psychopathology model. *Archives of General Psychiatry*, 55, 75-81.
- Read, J. & Argyle, N. (1999). Hallucinations, delusions, and thought disorder among adult psychiatric inpatients with a history of child abuse. *Psychiatric Services*, 50 (11), 1467-1472.
- Read, J. & Hammersley, P. (2005). Child sexual abuse and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 186, 76.
- Read, J., Agar, K., Argyle, N., & Aderhold, V. (2003). Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 1-22.
- Read, J., Fink, P., Rudegeair, T., Felitti, V., & Whitfield, C. (2008). Child maltreatment and psychosis: A return to a genuinely integrated bio-psycho-social model. *Clinical Schizophrenia and Related Psychoses*, 7, 235-254.
- Read, J., McGregor, K., Coggan, C., Thomas, D. (2006). Mental health services and sexual abuse: The need for staff training. *Journal of Trauma and Dissociation*, 7, 33-50.
- Read, J., Mosher, L.R. & Bentall, R.P. (2004) „Schizophrenia” is not an illness. In: Read, J., Mosher, L.R. & Bentall, R.P. (eds) *Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia*. East Sussex: Brunner- Routledge, 3-7.
- Read, J., Perry, B.D., Moskowitz, A., & Connolly, J. (2001). The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients. A traumagenic neurodevelopmental model. *Psychiatry*, 64, 319-345.
- Read, J., van Os, J., Morrison, A. P., & Ross, C.A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 330-350.
- Resnick, S.G., Bond, G.R., & Mueser, K.T. (2003). Trauma and posttraumatic stress disorder in people with schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 112 (3), 415-423.
- Rivera, M. (1991). Multiple personality disorder and the social systems: 185 cases. *Dissociation*, 4(2), 79-82.
- Roche, S. M., & McConkey, K. (1990). Absorption: Nature, assessment, and correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 91-101.
- Romme, M.A.J. & Escher, S.D.M. (2006). Trauma and hearing voices. In Larkin, W. & Morrison A.P. (Eds.), *Trauma and Psychosis, New Directions for Theory and Therapy* (pp.162-192), Routledge, London.
- Ross, C. A., & Norton, G. R. (1989). Effects of hypnosis on the features of multiple personality

- disorder. *Dissociation*, 3, 99-106.
- Ross, C. A., Norton, G. R., & Fraser, G. A. (1989). Evidence against the iatrogenesis of multiple personality disorder. *Dissociation*, 2, 61-65.
- Ross, C.A. & Joshi, S. (1992). Schneiderian symptoms and childhood trauma in the general population. *Comprehensive Psychiatry*, 33 (4), 269-273.
- Ross, C.A. & Keyes, B. (2004) Dissociation and schizophrenia. *Journal of Trauma and Dissociation*, 5 (3), 69-83.
- Ross, C.A. (1985). DSM-III: Problems in diagnosing partial forms of multiple personality disorder. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 75, 933-936.
- Ross, C.A. (1996). History, phenomenology, and epidemiology of dissociation. In Michelson, L.K. & Ray, W.J. (Eds.), *Handbook of dissociation: theoretical, empirical and clinical perspectives* (pp. 3-23), New York:Plenum.
- Ross, C.A. (1997). *Dissociative Identity Disorder: Diagnosis, Clinical Features, and Treatment of Multiple Personality Disorder*. New York: Wiley
- Ross, C.A. (2004). *Schizophrenia. Innovations in Diagnosis and Treatment*. The Haworth Press, London, New York, Oxford.
- Ross, C.A., Anderson, G., & Clark, P. (1994). Childhood abuse and the positive symptoms of schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 45 (5), 489– 491.
- Ruggiero, J., Bernstein, D. P., & Handelsman, L. (1999). Traumatic stress in childhood and later personality disorders: A retrospective study of male patients with substance dependence. *Psychiatric Annals*, 29, 713–721.
- Sanders, B. & Giolas, M.H. (1991). Dissociation and childhood trauma in psychologically disturbed adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 148, 50-54.
- Sanderson, C. (1991). *Counselling Adult Survivors of Child Sexual Abuse* . London, Jessica Kingsley.
- Saxe, G.N., van der Kolk, B.A., Berkowitz, R., Chinman, G., Hall, K., Lieberg, G., & Schwartz, J. (1993). Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*. 150, 1037-1042.
- Schafer, I., Aderhold, V., Freyberger , H.J., & Spitzer, C. (2008). Dissociative symptoms in schizophrenia. In A. Moskowitz, I. Schafer, & M.J. Dorahy (Eds.), *Psychosis, trauma and dissociation: emerging perspectives on severe psychopathology* (pp. 151- 163). UK: Wiley-Blackwell.
- Schafer, I., Renninghaus, U., Langeland, W., Vossa, A., Ziegener, N., Haasena, C., & Karowa, A. (2007). Dissociative symptoms in alcohol dependent patients: association with childhood trauma and substance abuse characteristics *Comprehensive Psychiatry*, 48, 539- 545.
- Schafer, I., Ross, C.A., & Read, J. (2008). Childhood trauma in psychotic and dissociative

- disorders. In A. Moskowitz, I. Schafer, & M.J. Dorahy (Eds.), *Psychosis, trauma and dissociation: emerging perspectives on severe psychopathology* (pp. 137 - 150). UK: Wiley-Blackwell.
- Schaffer, I., Harfst, T., & Aderhold, V. (2006) Childhood trauma and dissociation in female patients with schizophrenia spectrum disorders: an exploratory study. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 194, 135–138.
- Schafer, I., Reitemeier, B., Langer, L., Aderhold, V., & Harfst T. (2008). Dissociation in patients with schizophrenia: Relationships with childhood trauma and psychotic symptoms. *European Psychiatry*, 23, 144.
- Scharfetter, C (2008). Ego- fragmentation in schizophrenia: A severe dissociation of self-experience. In A. Moskowitz, I. Schafer, & M.J. Dorahy (Eds.), *Psychosis, trauma and dissociation: emerging perspectives on severe psychopathology* (pp. 51- 64). UK: Wiley-Blackwell.
- Scheller-Gilkey, G., Moynes, K., Cooper, I., Kant, C., & Miller, A.H. (2004). Early life stress and PTSD symptoms in patients with comorbid schizophrenia and substance abuse. *Schizophrenia Research*, 69 (2-3), 167-174.
- Schenkel, L.S., Spaulding, W.D., DiLillo, D. & Silverstein, S.M. (2005). Histories of childhood maltreatment in schizophrenia: relationships with premorbid functioning, symptomatology, and cognitive deficits. *Schizophrenia Research*. 76 (2–3), 273–286.
- Schreiber, F.R. (1973). *Sybil*. Chicago IL: Henry Regnery Co.
- Sebre, S. (2000). Dissociation, hostility, resentment and intolerance in to relation to familial and political. abuse. *Journal of Baltic Psychology*, 1 (1), 27-45
- Sebre, S., Lebedeva, L, Trapenciene, I. (2004). Laulība, dzimstība un pozitīvu bērnu-vecāku veicinošu faktoru izpēte. Rīga: Projekts ABD, 1- 48 .
- Seedat, S., Stein, M.B., & Forde, D.R. (2003). Prevalence of dissociative experiences in a community sample: relationship to gender, ethnicity, and substance use. *Journal of Nervous and Mental Diseases*. 191, 115- 120.
- Sharfstein, S. (2005). Big Pharma and American psychiatry: the good, the bad and the ugly. *Psychiatric News*, 40, 3-4.
- Shevlin, M., Dorahy, M.J., & Adamson, G. (2007a). Trauma and psychosis: an analysis of the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry* 164 (1), 166–169.
- Shevlin, M., Dorahy, M., & Adamson, G. (2007b). Childhood trauma and hallucinations: an analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Psychiatric Research*, 41 (3-4), 222-228.
- Sierra, M., & Berrios, G. E. (1998). Depersonalization: Neurobiological perspectives. *Biological Psychiatry*, 44, 898–908.

- Simeon, D., Guralnik, O., Schmeidler, J., Sirof, B. & Knutelska, M. (2001). The role of childhood interpersonal trauma in depersonalization disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1027-1033.
- Spak, L., Spak, F. & Allebeck P. (1997) Factors in childhood and youth predicting alcohol dependence and misuse in Swedish women; finding from a general population study. *Alcohol Alcohol*, 32, 267-274.
- Spanos, N. P. (1994). Multiple identity enactments and multiple personality disorder: A sociocognitive perspective. *Psychological Bulletin*, 116, 143-165.
- Spanos, N. P., Weekes, J. R., & Bertrand, L. D. (1985). Multiple personality: A social psychological perspective. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 362-376.
- Spataro, J., Mullen, P.E. Burgess, P.M., Wells, D.L., & Moss, S.A. (2004). Impact of child sexual abuse on mental health. *British Journal of Psychiatry*, 184, 416-421.
- Spiegel, D., & Carden~a, E. (1991). Disintegrated experience: The dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 366–378.
- Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H.J. & Grabe, H.J. (2006a). Recent developments in the theory of dissociation. *World Psychiatry*, 5(2), 82–86.
- Spitzer, C., Barnow, S., Grabe, H.J. (2006b). Frequency, clinical and demographic correlates of pathological dissociation in Europe. *Journal of Trauma and Dissociation*. 7, 51-62.
- Spitzer, C., Haug, H.J. & Freyberger, H.J. (1997). Dissociative symptoms in schizophrenic patients with positive and negative symptoms. *Psychopathology*, 30 (2), 67-75.
- Spitzer, C., Klauer, T., Grabe, H.J., Lucht, M., Stieglitz, R.D., Schneider, W., & Freyberger, H.J. (2003). Gender differences in dissociation: a dimensional approach. *Psychopathology*; 36(2), 65-70.
- Startup, M. (1999). Schizotypy, dissociative experiences and childhood abuse: relationship among self-report measures. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 333-344.
- Steinberg, M. (1993). The spectrum of depersonalization: Assessment and treatment. In Spiegel D. (Eds.) *Dissociative disorders: A clinical review*. Towson, MD: Sidran, 79–103.
- Steinberg, M. (1994). *Structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D)*, revised. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Steinberg, M., Cicchetti, D., Buchanan, J., Rakfeldt, J., & Rounsaville, B. (1994). Distinguishing between multiple personality disorder (dissociative identity disorder) and schizophrenia using the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 182 (9), 495- 502.
- Steingard, S. & Frankel, F.H. (1985). Dissociation and psychotic symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 142 (8), 953.
- Swanston, H.Y., Plunkett, A.M., O’Toole, B.I., Shrimptom, S., Parkinson, P.N. & Oates, K.R.

- (2003). Nine years after child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 27, 967- 984.
- Taube, M. (2005). Latvijas psihiatrija un tās attīstības perspektīvas. Promocijas darbs. Rīga: Rīgas Stradiņa Universitāte.
- Tellegen, A., & Atkinson, G. A. (1974). „Absorption” as a trait independent of neuroticism and introversion and related to hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 268–277.
- Thigpen, C.H. & Cleckley, H.M. (1957). *The three faces of Eve*. New York: McGraw-Hill.
- Tiliopoulos, N., & Goodall, K. (2006). The neglected link between adult attachment and schizotypal personality traits. *Personality and Individual Differences*, 47, 299-304.
- Toomey, R., Faraon, S.V., Simpson, J.C., & Tsuang, M.J. (1998). Negative, positive and disorganized symptom dimensions in schizophrenia, major depression and bipolar disorder. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 186, 470-476.
- Torgensen, S. (1985). Relationship of schizotypal personality disorder to schizophrenia: Genetics. *Schizophrenia Bulletin* 11 (4), 554-563.
- Torgersen, S., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., & Kringlen, E. (1993). The psychometric-genetic structure of *DSM-III-R* personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*, (7), 196-213.
- Torrey, E.F., Bowler, A.E., Taylor, E.H., & Gottesman, I.I. (1994). *Schizophrenia and Manic-Depressive Disorder*. New York, Basic Books.
- Yaralian, P., Raine, A., Lencz, T., Hooley, J., Bihrl, S.E., Mills, S., & Ventura, J. (2000). Elevated levels of cognitive-perceptual deficits in individuals with a family history of schizophrenia spectrum disorders. *SchizophreniaResearch*, 46, 57-63.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E., & Steele, K. (2005). Dissociation: an insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (5), 413-423.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K., & Brown, D. (2004). Trauma- related dissociation: conceptual clarity lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 906- 914.
- 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.
- van der Kolk, B. A., & van der Hart, O. (1995). The intrusive part: the flexibility of memory and the engraving of trauma. In Caruth, C. (Ed.), *Trauma: explorations in memory* (pp. 158-182). Baltimore: John Hopkins University.
- 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(4), 505-525.
- van Gerko, K., Huges, L.M., Hamill, M., & Waller, G. (2005). Reported childhood sexual abuse

- and eating-disordered cognitions and behaviours. *Child Abuse and Neglect*, 29, 375-382.
- van Ijzendoorn, M. H., & Schuengel, C. (1996). The measurement of dissociation in normal and clinical populations: meta-analytic validation of the dissociative experience scale (DPS). *Clinical Psychology Review*, 16, 365-382.
- Vanderlinden, J., van der Hart, O., & Varga, K. (1996). European studies of dissociation. In L.K. Michelson & WJ. Ray (Eds.), *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives* (pp. 25-49). New York: Plenum Press.
- Vanderlinden, J., van Dyck, R., Vandereycken, W., Vertommen, H., & Verkes, R.J. (1993). The Dissociation Questionnaire: development and characteristics of a new self-reporting questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1, 21-27.
- Vanderlinden, J., Varga, K., Peuskens, J., & Pieters, G. (1995). Dissociative symptoms in a population sample of Hungary. *Dissociation*, 8 (4), 205-208.
- Venables, P.H., & Bailes, K. (1994). The structure of schizotypy, its relation to subdiagnoses of schizophrenia and to sex and age. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 277-294.
- Veselības ekonomikas centrs (2009). *Psihiskā veselība Latvijā 2008.gadā. Statistikas gadagrāmata*. Rīga: Veselības ekonomikas centrs.
- Vogel, M., Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H.J., & Grabe, H.J. (2006). The role of trauma and PTSD- relates symptoms for dissociation and psychopathological distress in inpatients with schizophrenia. *Psychopathology*, 39, 236-242.
- Vollema, M., & Hoijtink, H. (2000). The multidimensionality of self-report schizotypy in a psychiatric population: An analysis using multidimensional Rasch models. *Schizophrenia Bulletin*, 26(3), 565-575.
- Waller, N., Putnam, F. W., & Carlson, E. B. (1996). Types of dissociation and dissociative types: a taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*, 1, 300-321.
- Waller, N.G., & Ross, C.A. (1997). The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in general population: taxometric and behaviour genetic findings. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 499-510.
- Watkins, P. (2001). *Mental Health Nursing. The Art of Compassionate Care*. London: Butterworth Heinemann.
- Watson, D. (2001). Dissociations of the night: individual differences in sleep- related experiences and their relation to dissociation and schizotypy. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 526-535.
- Watson, D. (2003). Investigating the construct validity of the dissociative taxon: Stability

- analyses of normal and pathological dissociation. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 298-305.
- Whitfield, C.L., Dube, S.R., Felitti, V.J., & Anda, R.F. (2005). Adverse childhood experiences and hallucinations. *Child Abuse and Neglect*, 29 (7), 797–810.
- Wilson, S.C. & Barber, T.X. (1983). The fantasy-prone personality: Implications for understanding imagery, hypnosis, and parapsychological phenomena. In *Imagery, Current Theory, Research and Application*, ed. by Anees A. Sheikh, New York: Wiley, pp. 340-390.
- Wolfe, J., Keane, T. M., Kaloupek, D. G., Mora, C. A., & Wine, P. (1993). Patterns of positive readjustment in Vietnam combat veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 179–193.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical descriptions and diagnosis guidelines*. New York: World Health Organization.
- Wurr, J.C., & Partridge, I.M. (1996). The prevalence of a history of childhood sexual abuse in an acute adult inpatient population. *Child Abuse and Neglect*, 20, 867-872.
- Zlotnick, C., Shea, M.T., Pearlstein, T., Simpson, E., Costello, E., & Begin, A. (1996). The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 12 - 16.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86 (2), 103- 126.

1.tabula. Šizotipiskās personības aptaujas latviešu valodā adaptētās versijas diskriminācijas un reakcijas indeksi ($N = 215$)

	Diskriminācijas indekss	Reakcijas indekss
Pozitīvas šizotipijas pazīmes	0,65	0,40
1.	0,56	0,39
3.	0,64	0,31
4.	0,57	0,28
12.	0,53	0,57
13.	0,60	0,47
18.	0,62	0,33
19.	0,64	0,55
28.	0,66	0,47
31.	0,57	0,11
37.	0,50	0,23
39.	0,47	0,24
40.	0,59	0,31
44.	0,67	0,23
45.	0,55	0,25
47.	0,55	0,42
53.	0,57	0,42
55.	0,58	0,39
56.	0,46	0,51
59.	0,73	0,33
61.	0,51	0,29
63.	0,66	0,61
64.	0,56	0,28
65.	0,57	0,43
Negatīvas šizotipijas pazīmes	0,62	0,47
2.	0,56	0,67
11.	0,65	0,55
17.	0,54	0,42
18.	0,62	0,33
19.	0,64	0,55
24.	0,55	0,55
26.	0,59	0,32
29.	0,61	0,67
33.	0,59	0,40
35.	0,61	0,28
36.	0,55	0,51
38.	0,70	0,57
41.	0,50	0,29
43.	0,48	0,28
44.	0,67	0,23
45.	0,55	0,25
46.	0,70	0,41
49.	0,49	0,36
51.	0,51	0,21
53.	0,57	0,42
54.	0,49	0,74

57.	0,58	0,51
59.	0,73	0,33
63.	0,66	0,61
65.	0,57	0,43
66.	0,68	0,36
68.	0,57	0,34
71.	0,69	0,44
73.	0,51	0,73
Dezorganizētība	0,67	0,39
5.	0,73	0,36
7.	0,64	0,54
14.	0,56	0,44
16.	0,51	0,65
23.	0,72	0,47
25.	0,55	0,58
32.	0,74	0,27
34.	0,59	0,33
42.	0,66	0,49
43.	0,48	0,28
44.	0,67	0,23
45.	0,55	0,25
47.	0,55	0,42
49.	0,49	0,36
50.	0,61	0,39
67.	0,58	0,27
69.	0,57	0,27
70.	0,58	0,29
72.	0,58	0,16
74.	0,63	0,17

2.tabula. Šizotipiskās personības aptaujas pantu apstiprinošās galveno komponentu analīzes ar varimaks rotāciju rezultāti ($N = 215$)

Pozitīvas šizotipijas pazīmes (P)	Komponents		
	P	N	D
1. Vai Jums dažreiz liekas, ka tas, ko Jūs redzat televīzijā vai lasāt avīzēs ir ar kādu īpašu norādi Jums?	0,50	0,08	0,19
3. Vai Jums ir kāda pieredze ar pārdabiskām parādībām?	0,55	- 0,02	0,12
4. Vai Jums bieži gadās pārskatīties un pārklauties (priekšmetus vai ēnas saredzēt kā cilvēkus, trokšņus saklausīt kā balsis)?	0,34	0,03	0,41
12. Vai Jūs ticat telepātijai (domu lasīšanai) ?	0,62	- 0,05	-0,06
13. Vai Jums kādreiz ir bijusi sajūta, ka tuvumā ir kāds cilvēks vai pārdabiskie spēki, lai arī Jūs to nevarat redzēt?	0,68	0,09	0,04
18. Vai Jums bieži ir sajūta, ka citi cilvēki grib Jūs “apbižot”?	0,09	0,34	0,55
19. Vai daži cilvēki izsakās par Jums ironiski?	0,31	0,24	0,48
28. Vai Jums kādreiz ir gadījies pamanīt kādu ikdienišķu notikumu vai priekšmetu, kas liekas kā īpaša norāde Jums?	0,61	0,03	0,15
31. Es bieži dzirdu balsi, kas saka manas domas skaļi.	0,18	-0,03	0,57
37. Vai Jūs dažreiz saskatāt īpašu norādi reklāmās, veikalu skatlogos vai tajā, kā lietas ir izkārtotas ap Jums?	0,41	0,04	0,10
39. Vai citi cilvēki var sajust Jūsu jūtas, neesot Jums blakus?	0,45	-0,08	0,19
40. Vai Jūs kādreiz esat redzējusi lietas, kuras citi cilvēki neredz?	0,50	0,00	0,27
44. Vai Jūs bieži saskatāt slēptus draudus vai pazemojumus tajā, ko citi cilvēki saka vai dara?	0,03	0,22	0,64
45. Vai iepērkoties Jums ir sajūta, ka citi cilvēki pievērš Jums uzmanību?	0,06	0,14	0,48
47. Vai Jums ir kāda pieredze ar astroloģiju, nākotnes pareģošanu, NLO, ekstrasensoro uztveri, intuīciju?	0,58	-0,04	0,01
53. Vai Jums bieži ir nojauta, ka citi runā par Jums?	0,06	0,25	0,50
55. Vai Jums kādreiz ir bijusi sajūta, ka sazināties ar citu cilvēku telepātiski (ar domu palīdzību)?	0,63	-0,06	0,08
56. Vai Jūsu oža reizēm kļūst neparasti jūtīga?	0,43	0,11	0,02
59. Man bieži ir sajūta, ka citiem cilvēkiem ir kaut kas pret mani.	0,05	0,35	0,66
61. Vai Jūs kādreiz pēkšņi esat sadzirdējusi attālas skaņas, kuras parasti pat nepamanītu?	0,46	0,17	0,28
63. Vai Jums dažreiz liekas, ka cilvēki Jūs aprunā?	0,10	0,33	0,52
64. Vai dažreiz Jūsu domas ir tik spēcīgas, ka Jūs tās gandrīz varat sadzirdēt?	0,55	0,01	0,19
65. Vai Jums bieži nākas uzmanīties, lai citi cilvēki Jūs neizmantotu?	0,15	0,22	0,48
Negatīvas šizotipijas pazīmes (N)	P	N	D
2. Reizēm es cenšos izvairīties no vietām, kur būs daudz cilvēku, lai neklūtu nervoza.	0,21	0,51	0,10
11. Es kļūstu ļoti nervoza, ja man jāuztur saviesīga saruna.	0,01	0,65	0,16
17. Ar savu runas veidu un ārieni man ir grūti izpaust savas patiesās jūtas.	0,13	0,55	0,27
18. Vai Jums bieži ir sajūta, ka citi cilvēki grib Jūs “apbižot”?	0,09	0,34	0,55
19. Vai daži cilvēki izsakās par Jums ironiski?	0,31	0,24	0,48
24. Lielākoties es esmu klusa, kad esmu kopā ar citiem cilvēkiem.	0,06	0,61	0,03

26. Es reti smejos un smaidu.	-0,06	0,43	0,37
29. Es satraucos, kad tiekos ar kādiem cilvēkiem pirmo reizi.	0,12	0,60	0,05
33. Man ir grūti būt emocionāli tuvai ar citiem cilvēkiem.	-0,05	0,59	0,19
35. Mana ķermeņa valoda (smaidīšana, žesti sarunas laikā) ir nabadzīga.	-0,05	0,52	0,20
36. Man ir sajūta, ka man ir jābūt modrai pat attiecībās ar draugiem.	0,14	0,51	0,28
38. Vai Jūs bieži jūtaties satraukta, esot nepazīstamu cilvēku grupā?	0,02	0,65	0,26
41. Vai Jums ir sajūta, ka ārpus Jūsu ģimenes nav neviena cilvēka, kam Jūs varētu būt patiesi tuva, kam varētu uzticēties un ar kuru varētu runāt par savām problēmām?	-0,03	0,26	0,50
43. Man ir grūti izmantot pieklājības frāzes un žestus dažādās sociālās situācijās.	0,07	0,46	0,12
44. Vai Jūs bieži saskatāt slēptus draudus vai pazemojumus tajā, ko citi cilvēki saka vai dara?	0,03	0,22	0,64
45. Vai iepērkoties Jums ir sajūta, ka citi cilvēki pievērš Jums uzmanību?	0,06	0,14	0,48
46. Es jūtos ļoti neomulīgi situācijās, kurās ir arī nepazīstami cilvēki.	-0,07	0,66	0,28
49. Vēstuļu rakstīšana draugiem ir vairāk apgrūtināša nekā tā ir to vērtā.	-0,03	0,43	0,09
51. Sarunājoties ar citiem, es cenšos izvairīties no acu kontakta.	-0,05	0,40	0,34
53. Vai Jums bieži ir nojauta, ka citi runā par Jums?	0,06	0,25	0,50
54. Es būtu ļoti uztraukusies, ja man būtu jāuzstājas lielas auditorijas priekšā.	-0,00	0,52	-0,21
57. Sabiedriskos pasākumos es mēdzu turēties nomaļus.	0,01	0,59	0,01
59. Man bieži ir sajūta, ka citiem cilvēkiem ir kaut kas pret mani.	0,05	0,35	0,66
63. Vai Jums dažreiz liekas, ka cilvēki Jūs aprunā?	0,10	0,33	0,52
65. Vai Jums bieži nākas uzmanīties, lai citi cilvēki Jūs neizmantotu?	0,15	0,22	0,48
66. Vai Jums ir sajūta, ka nespējat tuvoties citiem cilvēkiem?	-0,04	0,63	0,26
68. Mans runas veids nav izteiksmīgs un atraktīvs.	0,02	0,61	0,12
71. Es jūtos ļoti neveikli, sarunājoties ar cilvēkiem, kurus labi nepazīstu.	-0,08	0,67	0,25
73. Es mēdzu savas jūtas paturēt pie sevis.	0,10	0,43	-0,03
Dezorganizētība (D)	P	N	D
5. Citi cilvēki uzskata mani par mazliet ekscentrisku (dīvainu).	0,55	0,18	0,65
7. Dažreiz cilvēkiem ir grūti saprast, ko es cenšos pateikt.	0,33	0,31	0,40
14. Dažkārt cilvēki komentē manu neparasto izturēšanos vai paradumus.	0,31	0,19	0,43
16. Sarunājoties es dažreiz ātri pārlecu no vienas tēmas uz citu.	0,38	0,25	0,14
23. Dažreiz citi cilvēki domā, ka es esmu mazliet dīvaina.	0,25	0,26	0,59
25. Reizēm es piemirstu, ko cenšos pateikt.	0,30	0,38	0,20
32. Daži cilvēki domā, ka es esmu ļoti dīvaina personība.	0,16	0,17	0,74
34. Es bieži runājot pārāk daudz novirzos no tēmas.	0,33	0,19	0,32
42. Daži cilvēki uzskata, ka sarunas laikā es esmu mazliet nenoteikta un izvairīga.	0,27	0,45	0,37
43. Man ir grūti izmantot pieklājības frāzes un žestus dažādās	0,07	0,46	0,12

sociālās situācijās.

44. Vai Jūs bieži saskatāt slēptus draudus vai pazemojumus tajā, ko citi cilvēki saka vai dara?	0,03	0,22	0,64
45. Vai iepērkoties Jums ir sajūta, ka citi cilvēki pievērš Jums uzmanību?	0,06	0,14	0,48
47. Vai Jums ir kāda pieredze ar astroloģiju, nākotnes pareģošanu, NLO, ekstrasensu uztveri, intuīciju?	0,58	-0,04	0,01
49. Vēstuļu rakstīšana draugiem ir vairāk apgrūtināša nekā tā ir to vērt.	-0,03	0,43	0,09
50. Reizēm es lietoju vārdus neparastos veidos.	0,41	0,10	0,43
67. Es esmu dīvaina, neparasta persona.	0,15	0,08	0,62
69. Man ir grūti izteikties skaidri, tā, lai citi saprastu, ko es vēlos pateikt.	0,04	0,34	0,47
70. Man ir daži ekscentriski (dīvaini) paradumi.	0,37	0,04	0,42
72. Ik pa laikam cilvēki izsakās, ka saruna ar mani ir juceklīga.	0,09	0,06	0,61
74. Reizēm cilvēki blenž uz mani mana dīvainā izskata dēļ.	0,13	0,02	0,67
Īpašvērtības	15,30	5,55	3,18
Izskaidrotā variācija	20,60%	7,49%	4,29%

3.tabula. Šizotipiskās personības aptaujas apakšskalu apstiprinošās galveno komponentu analīzes ar varimaksa rotāciju rezultāti (N = 215)

SPA apakšskalas	Faktori		
1. Pozitīvas šizotipijas pazīmes	1	2	3
Murgainas idejas	0,83	0,11	0,21
Dīvainas pārliecības	0,14	- 0,02	0,91
Netipiska uztvere	0,37	0,16	0,79
Aizdomīgums	0,78	0,40	0,06
2. Negatīvas šizotipijas pazīmes	1	2	3
Sociāla trauksme	0,26	0,80	0,02
Tuvu draugu trūkums	0,14	0,88	0,05
Ierobežotas emocijas	0,25	0,82	0,11
Aizdomīgums	0,78	0,40	0,06
3. Dezorganizētība	1	2	3
Dīvaina uzvedība	0,77	0,21	0,33
Dīvaina runa	0,61	0,41	0,34
Īpašvērtības	4,66	1,59	0,68
Dispersija %	51,77	17,71	7,55