

Vilniaus universitetas  
Filosofijos fakultetas  
Psichologijos institutas

Arina Ivanova

Klinikinės psichologijos studijų programa

Magistro darbas

**Mažų vaikų trauminių patirčių, potrauminio streso reakcijų ir  
demografinių veiksnių sąsajos**

Darbo vadovas: prof. dr. Evaldas Kazlauskas

Darbo konsultantė: dokt. Ieva Daniūnaitė

Vilnius  
2022

## TURINYS

SANTRAUKA .....	3
SUMMARY .....	4
PRATARMĖ .....	5
1. ĮVADAS .....	7
1.1. Trauminės patirtys vaikystėje .....	7
1.2. Potrauminio streso reakcijos vaikystėje .....	10
1.2.1. Potrauminio streso sutrikimas .....	10
1.2.2. Kompleksinis potrauminio streso sutrikimas .....	17
1.3. Potrauminio streso reakcijų vertinimo kompleksiskumas tarp mažų vaikų .....	18
1.4. Mažų vaikų trauminių patirčių ir potrauminio streso reakcijų tyrimai .....	20
1.5. Tyrimo tikslas ir uždaviniai .....	22
2. TYRIMO METODIKA .....	23
2.1. Tyrimo dalyviai .....	23
2.2. Tyrimo instrumentai .....	24
2.3. Tyrimo eiga .....	28
2.4. Duomenų analizė .....	29
2.5. Tyrimo etika .....	29
3. REZULTATAI .....	31
3.1. Trauminė patirtis tyrimo imtyje ir sąsajos su demografiniais veiksniais .....	31
3.2. Potrauminio streso reakcijos tyrimo imtyje .....	36
3.3. Potrauminio streso reakcijų sąsajos su traumine patirtimi .....	39
3.4. Potrauminio streso reakcijų sąsajos su demografiniais veiksniais .....	41
3.5. Potrauminio streso sutrikimo prognozavimo galimybės .....	43
4. REZULTATŲ APTARIMAS .....	45
4.1. Trauminių patirčių ypatumai mažų vaikų imtyje .....	45
4.2. Trauminių patirčių sąsajos su demografiniais veiksniais .....	46
4.3. Potrauminio streso reakcijų ypatumai mažų vaikų imtyje .....	47
4.4. Potrauminio streso reakcijų sąsajos su traumine patirtimi mažų vaikų imtyje .....	50
4.5. Potrauminio streso reakcijų sąsajos su demografiniais veiksniais mažų vaikų imtyje .....	51
4.6. Tyrimo ribotumai .....	52
IŠVADOS .....	55
LITERATŪRA .....	56

## SANTRAUKA

Ivanova, A. (2022). *Mažų vaikų trauminių patirčių, potrauminio streso reakcijų ir demografinių veiksnių sąsajos*. Magistro darbas. Vilnius: Vilniaus universitetas, p. 62.

Vaikystė yra itin jautrus laikotarpis, kurio metu įvyksta spartūs pokyčiai emocinėje, fizinėje, neurologinėje, socialinėje, elgesio ir kognityvinėje srityse. Trauminės patirtys vaikystėje yra siejamos su vaiko raidos proceso sutrikdymais ir ankstyvosios psichopatologijos, ypač susijusios su stresu, vystymusi. Vis dėlto, nėra daug tyrimų, analizuojančių mažų vaikų traumines patirtis ir potrauminio streso reakcijas, kadangi šios patirtys ilgą laiką buvo tyrinėjamos tik vyresnių paauglių ir suaugusiųjų imtyse. Šio darbo tikslas yra analizuoti mažų vaikų trauminės patirties ir potrauminio streso reakcijų ypatumus bei įvertinti jų sąsajas su demografiniais veiksniais. Tyrimo metu apklausiant vaikus buvo naudojamas Odensės vaiko traumos atpažinimo testas (OCTS); tėvams/ globėjams buvo pateikti klausimynų paketai, kuriuos sudarė demografinių duomenų anketa, Vaikų ir paauglių traumos klausimynas (CATS), skirtas trauminių patirčių vertinimui, ir Tarptautinis traumos klausimynas – Vaikų ir paauglių versija/ Tėvams (ITQ-CA/P), skirtas įvertinti vaikų potrauminio streso ir kompleksinio potrauminio streso simptomus. Tyrime dalyvavo dvi tyrimo dalyvių grupės: 1) palyginamąją grupę sudaro 17 vaikų iš ikimokyklinio ir pradinio ugdymo įstaigų, iš jų 11 mergaičių ir 6 berniukai, vaikų amžius – nuo 3 iki 8 metų ( $M = 6,41$ ,  $SD = 1,73$ ); 2) klinikinę grupę sudaro 15 vaikų iš įstaigų, kurios teikia psichologinę pagalbą vaikams, galimai nukentėjusiems nuo smurto, iš jų 10 mergaičių ir 5 berniukai, vaikų amžius – nuo 3 iki 8 metų ( $M = 6,13$ ,  $SD = 1,51$ ). Rezultatai parodė, kad didelė dalis 3-8 metų vaikų per visą gyvenimą yra patyrę bent vieną trauminę įvykį (68,8%). Didesnę riziką susidurti su trauminėmis patirtimis turi vaikai, kurie priklauso klinikinei grupei, gyvena nepilnoje šeimoje ir kurių bent vienas artimas suaugęs yra turėjęs alkoholio ar narkotikų vartojimo problemų. Potrauminio streso sutrikimo rizika buvo nustatyta 12,5% tyrimo dalyvių. Didesnę riziką patekti į potrauminio streso sutrikimo rizikos grupę turi vaikai, kurie priklauso klinikinei grupei ir gyvena nepilnoje šeimoje.

**Raktiniai žodžiai:** maži vaikai, trauminė patirtis, potrauminio streso sutrikimas, kompleksinis potrauminio streso sutrikimas.

## SUMMARY

Ivanova, A. (2022). *The links between traumatic experiences, post-traumatic stress reactions and demographic factors among young children*. Master's thesis. Vilnius: Vilnius University, p. 62.

Childhood is a particularly sensitive period of rapid change in emotional, physical, neurological, social, behavioural, and cognitive areas. Traumatic experiences in childhood are associated with disturbances in the child's developmental process and the development of early psychopathology, specifically stress-related. However, there are not many studies analyzing traumatic experiences and post-traumatic stress responses in young children, as these experiences have long been limited to samples from older adolescents and adults. The aim of this study was to analyze the characteristics of traumatic experiences and post-traumatic stress reactions in young children and to evaluate their links with demographic factors. Odense Child Trauma Screening (OCTS) was used to interview children during the study; parents / guardians were provided with a set of questionnaires consisting of a demographic questionnaire, Child and Adolescent Trauma Screening (CATS) for the assessment of traumatic experiences, and the International Trauma Questionnaire – Child and Adolescent Version / Parents edition (ITQ-CA/P) symptoms of post-traumatic stress disorder and complex post-traumatic stress disorder. Two groups of study participants participated in the study: 1) the control group consisting of 17 children from pre-school and primary education institutions, this group includes 11 girls and 6 boys, children aged 3 to 8 years ( $M = 6,41$ ,  $SD = 1,73$ ); 2) the clinical group consisting of 15 children from institutions that provide psychological assistance to children who may have been victims of violence, this group includes 10 girls and 5 boys, children aged 3 to 8 years ( $M = 6,13$ ,  $SD = 1,51$ ). The results showed that a large proportion of children aged 3–8 years have experienced at least one traumatic event in their lifetime (68.8%). There is a higher risk of experiencing traumatic experiences to children who belong to a clinical group, live in a single-parent family and have at least one close adult who have had substance abuse. The risk of post-traumatic stress disorder was identified in 12.5% of study participants. Children who belong to a clinical group and live in single-parent family are at higher risk of entering the post-traumatic stress disorder risk group.

**Keywords:** young children, traumatic experience, post-traumatic stress disorder, complex post-traumatic stress disorder.

## PRATARMĖ

Mažų vaikų susidūrimas su traumine patirtimi yra viena iš sričių, kuri ilgą laiką nebuvo tyrinėjama moksliniuose darbuose, o jai skiriamas tyrėjų dėmesys išaugo tik per pastaruosius tris dešimtmečius, todėl vis dar stebima reikšminga spraga siekiant suprasti mažų vaikų su traumine patirtimi susijusius sunkumus (De Young & Landolt, 2018). Tam įtakos galėjo turėti ilgą laiką vyravusi klaidinga prielaida, kad mažiems vaikams trūksta kognityvinių, elgesio, socialinių ir emocinių gebėjimų, kurių reikia prisiminti, suprasti ir būti paveiktam trauminės patirties. Tačiau ankstyvoji vaikystė reprezentuoja sparčių pokyčių periodą įvairiose raidos srityse. Maždaug nuo 7 mėnesių amžiaus pradeda vystytis kognityviniai, emociniai, elgesio ir socialiniai gebėjimai, reikalingi traumos simptomams išreikšti. Manoma, kad nuo 18-24 mėnesių amžiaus pradeda vystytis gebėjimas plėtoti autobiografinius prisiminimus apie trauminę patirtį ir gebėjimas verbaliai išreikšti tam tikras reakcijas, susijusias su šia patirtimi (De Young, Kenardy, & Cobham, 2011). Taigi, priešingai nei buvo įprasta manyti, maži vaikai turi reikiamų gebėjimų prisiminti trauminį įvykį ir gali išreikšti patiriamo distreso ženklus.

Maži vaikai kaip ir vyresni paaugliai ar suaugusieji gali susidurti su trauminėmis patirtimis, tačiau skirtingai nuo jų, mažiems vaikams patirtų trauminių įvykių reikšmė gali būti daug didesnė (Dye, 2018). Po trauminės patirties maži vaikai dažnai patiria ūmų distresą ir kitas reakcijas, kurios gali sutrikdyti jų kasdienį gyvenimą (De Young et al., 2011). Maži vaikai, susidūrę su traumine patirtimi, yra didelėje rizikoje patirti potrauminio streso sutrikimus, emocinius ir elgesio sunkumus, raidos trajektorijos ir daugybės kitų tebesivystančių psichikos procesų sutrikdymus, kurių poveikis gali išlikti iki paauglystės ir suaugystės (Løkkegaard, Egebæk, & Elklit, 2017).

Kadangi mažų vaikų trauminės patirties vertinimo tyrimai pradėti vykdyti palyginti neseniai, stebimas didelis instrumentų, vertinančių potrauminio streso reakcijas mažų vaikų imtyje, trūkumas. Dar nėra validuotų potrauminio streso sutrikimo ir kompleksinio potrauminio streso sutrikimo simptomų vertinimo instrumentų, pagrįstų TLK-11 klasifikacija ir skirtų mažų vaikų imčiai tirti, todėl šiame tyrime bus naudojama ITQ (angl. *International Trauma Questionnaire*, Cloitre et al., 2018) klausimyno tėvų versija. Dėl mažų vaikų ribotų verbalinių gebėjimų psichologinio įvertinimo metu paprastai remiamasi tėvų/ globėjų pateikta informacija apie vaiko emocinį ir elgesio funkcionavimą, tačiau tyrimų duomenys rodo, kad tėvų pateikta informacija dėl įvairių priežasčių gali būti netiksli (Fraser et al., 2019; Shemesh et al., 2005; Stover & Berkowitz, 2005). Todėl vertinant mažų vaikų savijautą šalia tėvams skirtų klausimynų svarbu naudoti tokius vertinimo instrumentus, kuriais būtų galima apklausti ir pačius vaikus. Šiame kontekste vis plačiau kalbama apie naratyvinius „istorijos

pradžios“ (angl. *story stem*) vertinimo instrumentus, kurie apjungia istorijas ir žaidimus struktūruotoje aplinkoje (Løkkegaard, Elmose, & Elklit, 2021). Lietuvoje dar nėra validaus ir standartizuoto vertinimo instrumento, kuris būtų skirtas įvertinti mažų vaikų trauminės patirtis ir jų savijautą, todėl šio darbo tyrime bus naudojamas naujas Lietuvoje šiuo metu standartizuojamas „istorijos pradžios“ vertinimo instrumentas – Odensės vaiko traumos atpažinimo testas (angl. *Odense Child Trauma Screening*, Løkkegaard, 2019).

Socialinių demografinių veiksnių vaidmens traumos kontekste supratimas yra ypač svarbus, siekiant išskirti vaikus, kurie yra didesnėje rizikoje susidurti tiek su traumine patirtimi, tiek su sunkesnėmis ir ilgalaikėmis potrauminio streso reakcijomis (Cox, Kenardy, & Hendrikz, 2008). Kadangi nėra daug tyrimų, analizuojančių mažų vaikų trauminės patirtis, todėl nėra aišku, kurie demografiniai veiksniai yra labiausiai susiję su mažų vaikų trauminių įvykių ir potrauminio streso reakcijų patyrimu. Taip pat svarbu žinoti apie mažiems vaikams būdingų potrauminio streso reakcijų paplitimą Lietuvoje bei simptomų pasireiškimo ypatumus, siekiant kuo anksčiau pastebėti mažų vaikų patiriamo distreso ženklus. Ši informacija gali prisidėti prie pagalbos mažiems vaikams po trauminių patirčių kūrimo ir rekomendacijų su mažais vaikais bei jų šeimomis dirbantiems specialistams rengimo, tokiu būdu padedant atitinkamoms tarnyboms laiku suteikti reikiamą pagalbą vaikams ir visai šeimai.

## 1. ĮVADAS

### 1.1. Trauminės patirtys vaikystėje

Kiekvienais metais milijonai vaikų ir paauglių visame pasaulyje patiria įvairius trauminius įvykius. Trauminiais įvykiais laikomi tokie įvykiai, kurių metu kyla tiesioginė grėsmė žmogaus gyvybei ar sveikatai arba asmuo buvo tokių įvykių liudininkas (American Psychiatric Association, 2013). Trauminiai įvykiai gali būti klasifikuojami kaip tarpasmeninio tipo įvykiai – tai tokie įvykiai, kurie įtraukia intencinius kitų žmonių veiksmus (pvz., smurtas prieš kitą asmenį), ir netarpasmeniniai įvykiai – tokie įvykiai, kurie įtraukia kitokias patirtis (pvz., autoįvykiai, nelaimingi atsitikimai, gamtinės nelaimės) (Briggs-Gowan, Ford, Fraleigh, McCarthy, & Carter, 2010). Tyrimų duomenimis, bent vieną trauminį įvykį patyrusių vaikų ir paauglių skaičius bendrojoje populiacijoje varijuoja nuo 14,0% iki 68,2% (Alisic, van der Schoot, van Ginkel, & Kleber, 2008; Copeland, Keeler, Angold, & Costello, 2007; Landolt, Schnyder, Maier, Schoenbucher, & Mohler-Kuo, 2013), priklausomai nuo imčių charakteristikų ir naudojamų vertinimo instrumentų. Lietuvoje atlikto tyrimo metu nustatyta, kad 71,9% 12-16 metų paauglių bendrosios populiacijos imtyje yra patyrę bent vieną potencialiai trauminį įvykį per visą gyvenimą (Kazlauskas et al., 2020). Toliau žvelgiant į vaikų ir paauglių patiriamo smurto paplitimą Lietuvos kontekste, Socialinės paramos šeimai informacinės sistemos duomenimis, užfiksuota, kad 2021 metais 2 594 vaikai galimai patyrė smurtą, tai sudaro 0,52% visų Lietuvoje gyvenančių vaikų. Lyginant pasiskirstymą pagal patirto smurto rūšis, matyti, kad dažniausiai prieš vaikus galimai buvo naudotas fizinis smurtas (55% visų atvejų) ir nepriežiūra (30%), santykinai rečiau galimai buvo naudotas seksualinis smurtas (8%) ir psichologinis smurtas (7%) (Valstybės vaiko teisių apsaugos ir įvaikinimo tarnyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, 2022).

Lyginant trauminių įvykių paplitimą pagal amžių, egzistuoja mažai trauminės patirties poveikį vertinančių tyrimų mažų vaikų imtyje, tačiau juose gauti rezultatai patvirtina, kad maži vaikai taip pat yra didelėje rizikoje patirti trauminius įvykius. Mongillo, Briggs-Gowan, Ford ir Carter (2009) atliktame tyrime buvo nustatyta, kad 23% mažų vaikų bendrosios populiacijos imtyje yra patyrę mažiausiai vieną potencialiai trauminį įvykį tarp 6-36 mėnesių amžiaus. Panašūs rezultatai buvo gauti ir Briggs-Gowan su kolegomis (2010) atliktame tyrime, kuris parodė, kad 26,3% vaikų bendrosios populiacijos imtyje yra patyrę bent vieną trauminį įvykį iki ketverių metų amžiaus. Dažniausiai mažų vaikų patiriami trauminiai įvykiai – fizinio smurto patyrimas šeimoje, smurto liudijimas artimoje aplinkoje, dalyvavimas autoįvykyje, nelaimingų atsitikimų ir baimę keliančių medicininių procedūrų patyrimas. Taigi, šie rezultatai rodo, kad maždaug vienas iš keturių vaikų bendrojoje populiacijoje gali būti patyręs vieną ar daugiau potencialiai trauminių įvykių iki ketverių metų amžiaus.

Lyginant su vyresniais vaikais ir paaugliais, maži vaikai patiria santykinai mažiau trauminių įvykių, tačiau jų reikšmė mažiems vaikams gali būti daug didesnė. 2021 metais Lietuvoje daugiausia galimų smurto atvejų užfiksuota 10-14 m. amžiaus vaikų grupėje (Valstybės vaiko teisių apsaugos ir įvaikinimo tarnyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, 2022) ir kai kuriuose tyrimuose taip pat teigiama, kad vyresni vaikai ir paaugliai dažniau susiduria su trauminiiais įvykiais negu maži vaikai (Alisic et al., 2008; Copeland et al., 2007). Vyresni vaikai gali turėti daugiau trauminių patirčių, kadangi jie turi santykinai daugiau laiko patirti trauminius įvykius negu mažesni vaikai ir jie taip pat turi daugiau autonomijos keliaujant ar socialinės interakcijose (Alisic et al., 2008). Tačiau ankstyvoje vaikystėje patirtų trauminių įvykių reikšmė vaikui gali būti daug didesnė negu patirtų vėlesniame amžiuje. Mokslinėje literatūroje teigiama, kad vaikai iki trejų metų yra didesnėje rizikoje patirti netinkamą tėvų ar kitų artimų suaugusiųjų elgesį negu vyresni nei trejų metų vaikai (van Berkel, Prevoo, Linting, Pannebakker, & Alink, 2020). Finkelhor, Turner, Shattuck ir Hamby (2013) manymu, maži vaikai daugumą ilgalaikių ir daugkartinių trauminių įvykių šeimoje gali patirti jau nuo pirmųjų gyvenimo mėnesių. Scheeringa (2019) teigimu, trauminė patirtis mažiems vaikams gali būti reikšmingesnė ir dėl to, kad jie tam tikrus įvykius, pvz., šunų ar kitų gyvūnų užpuolimus, invazines medicininės procedūras ar hospitalizacijas, gali suvokti kaip labiau gąsdinančius įvykius negu vyresni vaikai ar paaugliai.

Toliau bus apžvelgiami tyrimuose nagrinėjami trauminių įvykių rizikos veiksniai ir trauminės patirties pasekmės mažiems vaikams.

### **Trauminių įvykių rizikos veiksniai**

Mokslinėje literatūroje išskiriami įvairūs demografiniai veiksniai ir šeimos aplinkybės, kurios gali padidinti riziką, kad vaikas patirs trauminį įvykį.

Vienas iš pagrindinių ir dažniausiai tiriamų demografinių veiksnių yra vaikų lytis. Daugelyje tyrimų nustatoma, kad mergaitės ir berniukai vaikystėje patiria panašų kiekį potencialiai trauminių įvykių (Briggs-Gowan et al., 2010; Costello, Erkanli, Fairbank, & Angold, 2002). Analizuojant atskirų trauminių įvykių paplitimą tarp lyčių, vyresnių vaikų ir paauglių tyrimuose stebimos tendencijos, kad mergaitės turi didesnę tikimybę patirti seksualinį smurtą (Alisic et al., 2008; Costello et al., 2002; Landolt et al., 2013; van Berkel et al., 2020), emocinį smurtą (van Berkel et al., 2020) ir fizinį smurtą šeimoje (Landolt et al., 2013), o berniukai dažniau linkę patirti nelaimingus atsitikimus ir fizinį smurtą ne artimoje aplinkoje (Landolt et al., 2013).

Įvairūs šeimos, kurioje gyvena vaikas, veiksniai ir socialinės aplinkybės taip pat gali turėti įtakos vaiko trauminių įvykių patyrimui. Tyrimų duomenimis, didesnę riziką patirti trauminius įvykius



turi vaikai, kurie gyvena nepilnoje šeimoje, t. y., ne su abiem biologiniais tėvais (Briggs-Gowan et al., 2010; Landolt et al., 2013). Taip pat didesnis vaiko trauminių įvykių ir nepalankių gyvenimo patirčių patyrimas siejamas su aplinkybėmis, jei vaiko tėvai/ globėjai turi žemą išsilavinimą (Costello et al., 2002; Landolt et al., 2013), turi psichikos sutrikimų istoriją (Briggs-Gowan et al., 2010; Costello et al., 2002), turi kriminalinę/ įkalinimo patirtį (Costello et al., 2002), turi problemų dėl alkoholio ar narkotinių medžiagų vartojimo (Dube et al., 2001; van Berkel et al., 2020). Vis dėlto, tyrimuose gaunami kai kurie rezultatai yra prieštaringi, pvz., Costello su kolegomis (2002) atliktame tyrime vaikai iš šeimų, kuriose yra piktnaudžiaujama alkoholiu/ narkotikais, nepateko į rizikos grupę patirti daugiau trauminių įvykių. Tačiau maži vaikai yra itin stipriai priklausomi nuo savo tėvų ar globėjų, todėl minėti nepalankūs veiksniai ir aplinkybės gali būti ne tik patys traumuojantys (pvz., ilgalaikis atsiskyrimas nuo vieno iš tėvų jam esant įkalinimo įstaigoje), bet ir padidinti riziką, kad vaikas augs nesaugioje ir pavojingoje aplinkoje, kurioje didėja rizika patirti daugiau kitų trauminių įvykių.

### **Trauminės patirties pasekmės mažiems vaikams**

Ilgą laiką vyravo prielaidos, jog maži vaikai, susidūrę su vienkartinio trauminiu įvykiu, gali greitai atsigauti po trauminės patirties, kadangi buvo manoma, jog jie yra per maži suprasti patirto įvykio reikšmę, patiria tik lengvas emocinio distreso reakcijas ir gali greitai pamiršti šią patirtį (Chu & Lieberman, 2010). Tačiau vis dažniau pripažįstama, kad po trauminės patirties vaikai dažnai išgyvena ūmų distresą ir kitas simptomines reakcijas, kurios sutrikdo jų kasdienį gyvenimą ir funkcionavimą (De Young et al., 2011). Daugumai vaikų šie simptomai yra laikini ir jie gali gana greitai adaptuotis po trauminės patirties (Hiller et al., 2016), tačiau kai kuriems vaikams trauminė patirtis gali nulemti ilgalaikes ir sekinančias psichologines reakcijas (Alisic et al., 2014).

Kai kurie tyrėjai teigia, kad dėl tebevykstančių raidos procesų ankstyvoje vaikystėje patirta trauma gali būti daug žalingesnė ir turėti didesnių neigiamų pasekmių negu vėlesniame amžiuje patirta trauma (Dye, 2018). Ankstyvos nepalankios ir trauminės patirtys turi reikšmingą poveikį vaiko smegenų, kūno ir psichikos vystymuisi, kuris daro įtaką smegenų funkcijoms ir lemia padidėjusį pažeidžiamumą stresui. Maži vaikai, turintys trauminę patirtį, yra didelėje rizikoje patirti emocinius ir elgesio sunkumus, pvz., nerimą, depresiją, aktyvumo ir dėmesio sutrikimą (ADHD), opozicinio neklusnumo sutrikimą, potrauminio streso sutrikimą (Løkkegaard et al., 2017). Susidūrimas su traumėmis patirtimis ankstyvoje vaikystėje gali pažeisti tebevykstantį raidos procesą, todėl vaikai gali patirti ilgalaikes psichologines pasekmes, kurios daro įtaką vaiko adaptacijai, kognityvinių funkcijų vystymuisi, impulsų kontrolei (Dye, 2018). Taip pat trauma gali sutrikdyti vaiko gebėjimą įvykdyti pagrindines raidos užduotis: emocijų reguliacijos vystymąsi, saugaus prieraišumo, atskirumo ir

autonomijos, socializacijos įgūdžių vystymąsi (De Young et al., 2011). Be to, vaikystės traumas taip pat gali turėti itin stiprų neigiamą poveikį ankstyviesiems prieraišumo santykiams, ypač jei trauminio įvykio kaltininkas yra vienas iš tėvų. Jeigu vaikas šiuos santykius suvokia kaip atstumiančius ar nesaugius, ši patirtis gali paveikti vaiko savęs ir pasaulio suvokimą, pvz., vaikas save gali suvokti kaip nemylimą ir nevertingą, o kitus kaip neatliepiančius jo poreikių, bei turėti įtakos tarpasmeninių santykių sunkumams (Dye, 2018).

Apibendrinant, maži vaikai kaip ir vyresni vaikai ar paaugliai gali susidurti su trauminėmis patirtimis. Trauminės patirtys ankstyvoje vaikystėje gali pažeisti raidos procesą, todėl mažų vaikų patirta trauma gali būti daug žalingesnė ir turėti reikšmingų ilgalaikių neigiamų pasekmių negu vėlesniame amžiuje patirta trauma. Didelę reikšmę trauminių įvykių patirimui turi vaiko lytis ir įvairūs šeimos, kurioje auga vaikas, socialiniai veiksniai. Vis dėlto, didžioji dauguma minėtų tyrimų buvo atlikti tiriant vyresnius vaikus ir paauglius, todėl stebimas didelis mažų vaikų trauminės patirtis vertinančių tyrimų trūkumas.

## **1.2. Potrauminio streso reakcijos vaikystėje**

Per pastaruosius tris dešimtmečius nuolat didėja tyrimų kiekis, nurodančių, kad ir maži vaikai, turintys trauminę patirtį, gali patirti potrauminio streso reakcijas. Dažniausia vaikų patiriama reakcija į trauminį įvykį, sukeltą stiprų distresą, yra laikomas potrauminio streso sutrikimas (toliau tekste – PTSS). Tačiau mokslinėje literatūroje pradedama svarstyti, kad vaikai, patyrę daugkartines ir ilgalaikes traumas, gali patirti kompleksiškesnes reakcijas, tokias kaip kompleksinis potrauminio streso sutrikimas (toliau tekste – KPTSS), kuris kol kas daugiausia buvo tyrinėjamas tik suaugusiųjų imtyse. Šiame skyriuje bus apžvelgiami PTSS ir KPTSS diagnostiniai kriterijai, simptomų specifiškumas vaikystėje, sutrikimų paplitimas ir eiga vaikystėje bei rizikos veiksniai.

### **1.2.1. Potrauminio streso sutrikimas**

#### **Diagnostiniai kriterijai pagal TLK-11 ir DSM-5 klasifikacijas**

Lietuvoje psichikos sutrikimai diagnozuojami remiantis Pasaulinės sveikatos organizacijos sudaryta Tarptautine ligų klasifikacija (TLK), nuo 2022 metų įsigaliojo naujoji TLK-11 klasifikacija (WHO, 2018). Šioje klasifikacijoje potrauminio streso sutrikimas (PTSS) apibrėžiamas kaip reakcija į ypač grėsmingą ar pavojingą įvykį ar situaciją. PTSS simptomai skiriami į tris pagrindinius simptomų klasterius: 1) pakartotinis trauminio įvykio (ar kelių įvykių) išgyvenimas įkyriuose ir ryškiuose

prisiminimuose (angl. *flashback*) ar sapnuose, kurį lydi stiprios emocijos, ypač baimė ar siaubas bei stiprūs fiziniai pojūčiai; 2) prisiminimų ar minčių apie trauminį įvykį vengimas arba veiklų, situacijų ar žmonių, kurie primena trauminį įvykį, vengimas; 3) nuolatinis padidėjusios grėsmės suvokimas, pvz., perdėtas budrumas ar sustiprėjusi išgąščio reakcija į tokius stimulus kaip netikėti garsai. Šie simptomai turi išlikti mažiausiai keletą savaičių ir sukelti reikšmingus sutrikdymus asmeniniame, socialiniame, akademiname ar kitų reikšmingų sričių funkcionavime. Klasifikacijoje nurodoma, kad PTSS gali išsivystyti bet kuriame amžiuje, bet asmens reakcija į trauminį įvykį ir pagrindinių simptomų išraiškos gali pasireikšti skirtingai priklausomai nuo asmens amžiaus ir raidos stadijos (WHO, 2018).

Į DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) klasifikaciją buvo įtrauktas Potrauminio streso sutrikimo potipis jaunesniems nei 6 metų vaikams, kuris skirtas identifikuoti ikimokyklinio amžiaus vaikams būdingus PTSS simptomus. Šioje klasifikacijoje PTSS simptomai apima keturis simptomų klasterius – invazijos simptomai, vengimas, negatyvūs pažinimo ir nuotaikos pokyčiai, stipraus sujaudinimo ir reaktyvumo pokyčiai. Į DSM-5 klasifikaciją buvo įtrauktas naujas negatyvių pažinimo ir nuotaikos pokyčių klasteris, kuris padeda pastebėti daugiau mažiems vaikams būdingų internalių simptomų ir apima padidėjusį neigiamų emocijų būsenų (baimės, kaltės, gėdos, sumišimo) reiškimo dažnumą, žymiai sumažėjusį susidomėjimą ar dalyvavimą reikšmingose veiklose, socialiai uždara elgesį ir užsitęsusi teigiamų emocijų raiškos sumažėjimą. Stipraus sujaudinimo ir reaktyvumo pokyčiai, susiję su trauminiu įvykiu, apima dirglų, piktą ar agresyvių elgesį, pykčio protrūkius, neatsargų ar savidestruktyvių elgesį, dirglumą, dėmesio koncentracijos sunkumus ir miego sutrikdymus. Taigi, šioje klasifikacijos versijoje pirmą kartą buvo išskirti ir apibūdinti specifiškai mažiems vaikams būdingi PTSS diagnostiniai kriterijai.

Pastaruoju metu dalis tyrėjų atlieka tyrimus, kuriuose lygina TLK-11 ir DSM-5 diagnostinių klasifikacijų PTSS kriterijų specifiškumą ir tinkamumą apibūdinti mažų vaikų simptomatiką. Vasileva, Haag, Landolt ir Petermann (2018) atlikto tyrimo metu buvo nustatyta, kad 3-6 metų vaikų iš įvairių klinikinių aplinkų (globos įstaigų, ligoninių ir pan.) PTSS įverčiai varijuoja priklausomai nuo naudojamo diagnostikos algoritmo – naudojant TLK-11 klasifikaciją PTSS paplitimas buvo 0,6-25,8% mažesnis negu naudojant DSM-5 klasifikaciją. Taigi nors TLK-11 leidime minimas PTSS simptomų specifiškumas pagal amžių, tačiau sutrikimo kriterijai gali būti mažiau jautrūs mažų vaikų simptomatikos vertinimui lyginant su DSM-5 klasifikacija. Svarbu atsižvelgti į tai, kad moksliniuose tyrimuose tiriant vaikus ir paauglius dažniau naudojama DSM-5 klasifikacija negu TLK-11. Dėl šios priežasties kyla sunkumų lyginti įvairiose šalyse atliktus tyrimus, kurie remiasi skirtingomis diagnostinėmis klasifikacijomis.

## Potrauminio streso sutrikimo simptomų specifiškumas vaikystėje

Remiantis egzistuojančiais tyrimais, mažiems vaikams taip pat kaip ir suaugusiems ar paaugliams yra būdingi trys pagrindiniai PTSS simptomų klasteriai (pagal TLK-11) – pakartotinis patyrimas, vengimas ir padidėjęs grėsmės jausmas. Tačiau pastebima, kad mažiems vaikams dėl raidos ypatumų yra būdingos unikalios potrauminio streso simptomų išraiškos, kurios nėra stebimos tarp suaugusiųjų ar paauglių (De Young et al., 2011).

Pakartotinio patyrimo simptomai ir įkyrūs trauminio įvykio prisiminimai yra ypač internalizuoti simptomai, kurių maži vaikai dažnai gali neišreikšti verbaliai, todėl tėvams/ globėjams gali būti sunkiau juos pastebėti ir atpažinti (Scheeringa, Zeanah, & Cohen, 2011). Maži vaikai įkyrius prisiminimus dažniau gali išreikšti piešdami ar žaisdami ir šių veiklų metu atkurti patirtą trauminį įvykį. Tokiems žaidimams gali būti būdingos išskirtinai griežtos, pasikartojančios ir nerimastingos savybės, kuomet vaikas pakartotinai atkuria trauminiam įvykiui artimas temas, pvz., vaikas, patyręs nudegimą, gali pakartotinai vynioti tvarsčius lėlei ant galvos, kas primintų tą patirtį, kurią jis pats turėjo (De Young et al., 2011). Maži vaikai taip pat gali dažniau sapnuoti košmarus, kurie nebūtinai būna susiję su traumą primenančiu kontekstu. Tačiau svarbu pabrėžti tai, kad mažiems vaikams, skirtingai nei suaugusiems ar paaugliams, pakartotinis traumos patyrimas ir įkyrūs prisiminimai nebūtinai yra keliantys distresą (Scheeringa, Zeanah, Myers, & Putnam, 2003).

Vengimo simptomai taip pat gali būti sunkiau pastebimi ar suprantami dėl mažų vaikų tebesivystančių verbalinių ir kognityvinių gebėjimų (Scheeringa et al., 2011). De Young ir kitų (2011) teigimu, mažų vaikų vengimo simptomai gali būti išreiškiami kaip pastangos išvengti pokalbių, žmonių, objektų, situacijų ar vietų, kurios primena patirtą traumą. Tai gali būti subtilios pastangos, kurias pastebėti yra sunku (pvz., vaikas gali nusukti žvilgsnį nuo traumą primenančio stimulo), arba šios pastangos gali būti labai akivaizdžios, kai vaikas išreiškia stiprų distresą ir aktyviai bando atsitraukti nuo stimulo, primenančio patirtą traumą (pvz., po dalyvavimo autoįvykyje vaikas gali priešintis įlipti į automobilį). Taip pat vengimo simptomai mažiems vaikams gali pasireikšti kaip socialinis atsitraukimas nuo šeimos narių, kuomet vaikas rodo mažiau prisirišimo prie pradinių globėjų, arba draugų (De Young et al., 2011). Be to, dažnai yra stebimas reikšmingai sumažėjęs vaiko susidomėjimas ar dalyvavimas įvairiose veiklose, pvz., vaikas mažiau domisi žaidimais ar bendravimu su bendraamžiais (Scheeringa et al., 2003).

Padidėjusios grėsmės jausmo simptomai gali būti lengviau pastebimi tarp mažų vaikų, patyrusių traumą, lyginant su pakartotinio patyrimo ar vengimo simptomais. Šie simptomai dažnai pasireiškia kaip sutrikęs miegas, padidėjęs dirglumas, didelis nervingumas ir pykčio priepuoliai, padidėjęs

atidumas pavojams, perdėtos išgaščio ir nuostabos reakcijos, dėmesio koncentracijos sunkumai ir padidėjęs aktyvumo lygis. Taip pat vaikams gali būti būdingi dažni somatiniai simptomai, pvz., galvos ar pilvo skausmai (Scheeringa et al., 2003).

Papildomai be pagrindinių PTSS simptomų, mažiems vaikams po trauminės patirties taip pat gali pasireikšti padidėjęs atsiskyrimo nerimas ir per didelis prisirišimas prie tėvų, naujų baimių, nebūtinai susijusių su traumine patirtimi, atsiradimas, apetito problemos ir valgymo sutrikimai, fizinė agresija ir prieštaraujantis elgesys (Løkkegaard, Elmose, & Elklit, 2019), turimų raidos įgūdžių praradimas (regresija) (Scheeringa et al., 2003). Taigi, maži vaikai po trauminių patirčių gali patirti ypač daug su potrauminiu stresu susijusių sunkumų.

### **Potrauminio streso sutrikimo paplitimas tarp vaikų**

Mažiems vaikams, turintiems trauminę patirtį, PTSS yra gana dažna psichologinė pasekmė. Woolgar, Garfield, Dalgleish ir Meiser-Stedman (2022) atliktoje metaanalizėje, į kurią buvo įtraukta 18 tyrimų (N = 1941), nustatyta, kad PTSS paplitimas tarp įvairius trauminius įvykius patyrusių ikimokyklinio amžiaus vaikų yra 21,5%. Šios apžvalgos duomenimis, beveik kas penktas vaikas, susidūręs su trauminiu įvykiu, gali patirti visus PTSS simptomus ir patekti į PTSS diagnozės rizikos grupę.

PTSS paplitimas varijuoja priklausomai nuo vaikų patirto trauminio įvykio tipo. Lietuvoje Valstybinės teismo psichiatrijos tarnybos atliktame tyrime nustatyta, kad iš 432 tyrime dalyvavusių 7-17 metų vaikų, nukentėjusių nuo seksualinės, fizinės ar psichologinės prievartos, net 11,1% buvo nustatyta PTSS diagnozės rizika (Stanaitienė ir Drazdauskienė, 2017). PTSS paplitimas tarp 4-6 metų vaikų, kurie buvo smurto tarp tėvų/ partnerių liudininkais, siekia net 17% (Graham-Bermann, Castor, Miller, & Howell, 2012). Žvelgiant į karo nusikaltimų kontekstą, nustatyta, kad 13,9% 3-6 metų vaikų, kurie buvo tirti po ilgalaikių kasdienių raketų atakų Izraelyje patyrimo, atitiko visus PTSS diagnostinius kriterijus (Wolmer et al., 2015). Su PTSS diagnozės rizika susiduria 11,5% vaikų ir paauglių, sergančių lėtine fizine liga (pvz., astma, vėžiu, diabetu) (Pinquart, 2020). Analizuojant PTSS paplitimą po įvairių nelaimingų atsitikimų (autoįvykių, nukritimų ir nudegimų, po kurių buvo reikalinga hospitalizacija), nustatyta, kad su PTSS rizika susiduria 9,2% 1-7 metų vaikų (Gigengack, van Meijel, Alisic, & Lindauer, 2015), o po gamtinės nelaimės (žemės drebėjimo) patyrimo PTSS rizika tarp 9-18 metų vaikų ir paauglių yra 4,5% (Roussos et al., 2005). Dauguma tyrimų nurodo, kad didesnė PTSS diagnozės rizika yra nustatoma po susidūrimo su tarpasmeninio tipo trauma negu po netarpasmeninio tipo traumos (Alisic et al., 2014; Copeland et al., 2007). Tai patvirtina ir Woolgar su

kolegomis (2022) atliktos metaanalizės duomenys, kurie nurodo, kad PTSS paplitimas po tarpasmeninės traumos patyrimo yra didesnis negu po netarpasmeninės traumos (32,6% vs. 10,7%).

PTSS paplitimas taip pat priklauso ir nuo tyrime dalyvaujančios imties charakteristikų. PTSS paplitimas tarp 12-16 metų paauglių bendrojoje Lietuvos populiacijoje yra 7,5% (Daniunaite et al., 2021). Tiriant vaikus iš globos įstaigų, nustatyta, kad 3-6 metų vaikų imtyje PTSS paplitimas siekia 15,6% (Vasileva et al., 2018), o 12-16 metų paauglių imtyje PTSS paplitimas yra 31,6% (Haselgruber, Sölva, & Lueger-Schuster, 2020b). Tuo tarpu tiriant 1-6 metų vaikus iš didesnės klinikinės imties, kai vaikai buvo pasiekiami iš psichikos sveikatos centrų, moterų krizių centrų, psichologinės pagalbos centrų vaikams, nukentėjusiems nuo fizinio ar seksualinio smurto, nustatyta, kad PTSS paplitimas yra 48,4% (Løkkegaard et al., 2019). Šie duomenys rodo, kad PTSS paplitimo rodikliai klinikinėje vaikų imtyje yra ženkliai didesni nei bendrojoje vaikų ir paauglių populiacijoje.

### **Potrauminio streso sutrikimo eiga vaikystėje**

Longitudiniuose vaikų ir paauglių tyrimuose pastebėta, jog PTSS yra gana stabili diagnozė ir vaikai dažnai jos negali išaugti kaip normalios reakcijos ar kaip nedidelio raidos sutrikdymo. Tiriant PTSS diagnozės stabilumą po dalyvavimo autoįvykyje, nustatyta, kad net 75% 2-6 metų vaikų PTSS simptomai buvo būdingi ir po šešių mėnesių (Meiser-Stedman, Smith, Glucksman, Yule, & Dalgleish, 2008). Meiser-Stedman, Smith, Yule, Glucksman ir Dalgleish (2017) atliko longitudinalinį trejų metų tyrimą, kuriame buvo nustatyta, kad reikšminga vaikų dalis, patyrusių tik vieną trauminį įvykį (autoįvykį), net po trejų metų demonstruoja PTSS simptomus – pirminio įvertinimo metu, po įvykio praėjus 2-4 savaitėms, PTSS paplitimas buvo 24,8%, o po trejų metų – 16,9%. Analizuojant PTSS diagnozės stabilumą, Hiller su kolegomis (2016) atliktos metaanalizės duomenys nurodo, kad vaikams ir paaugliams yra būdingas tam tikras spontaniško pasveikimo nuo PTSS simptomų laipsnis. Nustatyta, kad potrauminio streso reakcijos per pirmuosius šešis mėnesius po trauminio įvykio spontaniškai sumažėja 50% atvejų, tačiau po traumos praėjus šešiams ir daugiau mėnesių nebėra stebimas simptomų sunkumo pokytis, todėl mažai tikėtina, jog nuo šio taško vaikai galėtų pasveikti nuo PTSS be papildomų intervencijų. Taigi, tyrimų rezultatai rodo, kad trauminės patirtys ir PTSS ankstyvajame amžiuje gali turėti ilgalaikį poveikį tolesnei vaiko raidos trajektorijai, ir tai pagrindžia ankstyvųjų intervencijų svarbą, siekiant sumažinti traumos sukeltų pasekmių mastą.

### **Potrauminio streso sutrikimo rizikos veiksniai**

Anksčiau aprašyti tyrimai rodo, kad maži vaikai gali išvystyti potrauminio streso reakcijas, kurios gali tapti ilgalaikės ir turėti reikšmingą įtaką vaikų raidos trajektorijai bei psichikos sveikatai.

Susidūrimas su potencialiai trauminiu įvykiu yra būtinas PTSS diagnozei, tačiau nepakankamas, kad vaikui pasireikštų PTSS simptomai. Pripažįstama, kad šalia trauminio įvykio yra ir kitų veiksnių, kurie atlieka svarbų vaidmenį paaiškinant PTSS pasireiškimą (Trickey, Siddaway, Meiser-Stedman, Serpell, & Field, 2012).

Egzistuojantys tyrimai vaikų ir paauglių imtyse nurodo prieštarigus rezultatus dėl lyties įtakos patiriamoms pasekmėms po trauminio įvykio. Kai kurie tyrimai neranda reikšmingų skirtumų tarp berniukų ir mergaičių potrauminio streso simptomų (Graham-Bermann et al., 2008; Valentino, Berkowitz, & Stover, 2010), tuo tarpu kituose tyrimuose nustatoma, kad mergaitėms būdingi aukštesni PTSS simptomų įverčiai negu berniukams (Alisic et al., 2014; Cox et al., 2008; Landolt et al., 2013). Vis dėlto, reikėtų atkreipti dėmesį, kad PTSS yra daugiau apibūdinamas internaliais simptomais, o tyrimuose teigiama, kad po trauminės patirties būtent mergaitės daugiausia demonstruoja internalaus elgesio modelius (pvz., nerimą ir depresiją), tuo tarpu berniukai dažniau reaguoja eksternalaus elgesio modeliais (pvz., dėmesio sunkumais, problemomis su bendraamžiais, agresyvumu) (Cox et al., 2008), šie skirtumai iš dalies galėtų paaiškinti tyrimuose randamus rezultatus.

Patirto trauminio įvykio tipas (tarpasmeninė ar netarpasmeninė trauma) taip pat yra svarbus veiksnys, galintis prisidėti prie PTSS rizikos. Woolgar su kolegomis (2022) atliktos metaanalizės duomenimis, susidūrimas su tarpasmenine trauma vaikams tris kartus padidina PTSS riziką negu netarpasmeninės traumos patyrimas. Šie rezultatai dera su kitų tyrimų rezultatais, kurie nurodo, kad tarpasmeninės traumos patyrimas veda prie didesnių psichologinių sunkumų ir stipresnių potrauminio streso reakcijų tarp vaikų ir paauglių (Alisic et al., 2014; Copeland et al., 2007). Remiantis Alisic su kolegomis (2014) atliktos metaanalizės duomenimis, PTSS išsivysto maždaug vienam iš keturių vaikų, patyrusių tarpasmeninę traumą, ir vienam iš dešimties vaikų, patyrusių netarpasmeninę traumą. Tarpasmeninės traumos veda prie aukštesnių PTSS įverčių, nes dažnai jos yra daugkartinės ir ilgalaikės, bei tais atvejais, kai kaltininkas yra šeimos narys, pažeidžia socialinės paramos gavimą (Alisic et al., 2014). Taigi, tarpasmeninės traumos vaikams sukelia daugiau distreso, todėl didesnis PTSS paplitimas pastebimas tarp tų vaikų, kurie yra patyrę tarpasmeninius trauminius įvykius.

Didelę reikšmę vaikų potrauminėms reakcijoms ir galimoms pasekmėms po susidūrimo su trauma turi jų tėvai/ globėjai. Lieberman (2004) teigimu, lyginant su kitų amžiaus vaikais, santykiai su tėvais yra išskirtinai svarbūs mažiems vaikams, nes jie yra visiškai priklausomi nuo savo tėvų, kad šie vaikui suteiktų saugią, patikimą ir nuspėjamą aplinką bei padėtų jiems emocijų reguliacijos vystymosi procese. Todėl vaiko gebėjimas įveikti trauminę patirtį gali būti stipriai susijęs su prierašumo kokybe ir tėvų jautrumu bei gebėjimu padėti vaikams sumažinti kylantį distresą. Suformuoti prierašumą prie

pradinio globėjo yra viena iš pagrindinių raidos užduočių kūdikystėje (Lieberman, 2004). Tyrimai rodo, kad vaikai, kuriems būdingas saugus prierašumas su tėvais, labiau linkę išvystyti neurobiologines sistemas, įgalinančias juos efektyviai reguliuoti emocijų sujaudinimą, kuris yra ypač svarbus traumos patyrimo metu. Taip pat šie vaikai, manoma, kad yra turėję atliepiančio ir jautraus auklėjimo patirtį, todėl labiau tikėtina, kad traumos metu jie sieks ir gaus apsaugą bei paramą, kurios gali apsaugoti nuo negatyvių traumos pasekmių (Carpenter & Stacks, 2009). Priešingai, vaikai su nesaugiu ar dezorganizuotu prierašumu bus didesnėje rizikoje patirti neigiamas pasekmes po trauminės patirties, kadangi tikėtina, jog jie neturės efektyvių distreso įveikos strategijų ir mažiau gebės įsitraukti į emociškai palaikančius santykius, kurie galėtų padėti įveikti patiriamas stiprias emocijas (Lieberman, 2004). Tai patvirtina ir tyrimuose gaunami rezultatai, jog vaiko augimas nepilnoje šeimoje, t. y., kai vaikas auga ne su abiem biologiniais tėvais ir galimai praranda vieną iš prierašumo santykių figūrų, yra susijęs su padidėjusia emociinių ir elgesio problemų rizika, įskaitant ir stipresnes potrauminio streso reakcijas (Copeland et al., 2007; Landolt et al., 2013).

Vaiko reakcijos ir funkcionavimo lygis po patirtos traumos yra susiję su šeimos ir tėvų/ globėjų socialiniais veiksniais. Laor, Wolmer ir Cohen (2001) tyrime nustatyta, kad šeimos darna yra susijusi su mažesniais elgesio, emociniais ir potrauminio streso sutrikimų simptomais šeimose, patyrusiose teroristinius išpuolius, tuo tarpu vaikai iš emociškai atsiribojusių šeimų patyrė aukštesnius traumos ir elgesio sutrikimų simptomų įverčius. Tyrimai rodo, kad depresiška šeimos atmosfera bei kiti patiriami sunkumai namuose reikšmingai prisideda prie vaiko PTSS simptomatikos po trauminių įvykių patyrimo (Roussos et al., 2005). Taip pat įvairios sociodemografinės šeimos aplinkybės gali būti vaikų potrauminio streso reakcijų rizikos veiksniai. Skurdas šeimoje, tėvų nedarbas ir žemas išsilavinimas yra susiję su didesne vaikų PTSS rizika (Copeland et al., 2007; Landolt et al., 2013). Nors kai kuriuose tyrimuose stebimos tendencijos, kad tėvų psichikos sveikatos problemos, alkoholio/ narkotikų vartojimo problemos ir kriminalinis elgesys neturi reikšmingos įtakos aukštesniems PTSS įverčiams (Copeland et al., 2007; Haselgruber et al., 2020b), tačiau kiti tyrimai nurodo priešingus rezultatus, kuriuose teigiama, kad tėvų patiriami psichologiniai sunkumai turi didelę įtaką santykių su vaiku kokybei. Tėvų potrauminio streso reakcijos gali paveikti jų tėvystės įgūdžius ir jie gali tapti emociškai atsiriboję ar nepasiekiami, todėl gali nepastebėti vaiko potrauminių simptomų, negebėti tinkamai reaguoti į vaiko emociinius ir fizinius poreikius bei nesuteikti tinkamos pagalbos ir paramos, o tai gali lemti stipresnes vaiko potrauminio streso reakcijas (Scheeringa & Zeanah, 2001). Taigi, ne tik pats trauminis įvykis yra svarbus veiksnys potrauminio streso reakcijų atsiradimui, bet didelę reikšmę turi ir kiti veiksniai, susiję su šeimos, kurioje auga vaikas, aplinka. Jei vaikas šeimoje yra apleidžiamas,



atstumiamas ar su juo netinkamai elgiamasi, tai padidina vaiko PTSS pasireiškimo po trauminio įvykio riziką.

### **1.2.2. Kompleksinis potrauminio streso sutrikimas**

Į TLK-11 klasifikaciją buvo įtraukta nauja kompleksinio potrauminio streso sutrikimo diagnozė (KPTSS) (WHO, 2018). Šioje klasifikacijoje KPTSS apibrėžiamas kaip sutrikimas, kuris gali išsivystyti po susidūrimo su itin grėsmingais ar gąsdinančiais įvykiais, kurie dažniausiai būna užsitęsę ar pasikartojantys ir nuo kurių sunku ar neįmanoma pabėgti (pvz., užsitęsęs smurtas šeimoje, ilgalaikis seksualinis ar fizinis smurtas vaikystėje). KPTSS diagnozei yra būtinas visų PTSS diagnostinių kriterijų atitikimas. Papildomai, KPTSS yra būdingi trys sutrikusios asmens organizacijos (toliau tekste – DSO) simptomų klasteriai: 1) afektų reguliacijos problemos, 2) įsitikinimai apie save kaip bevertį ir menką, lydimi gėdos, kaltės ar nesėkmės jausmų, susijusių su traumuojančiais įvykiais, 3) sunkumai palaikant santykius ir artumo jausmus su kitais. Šie simptomai sukelia reikšmingus sutrikdymus asmeninėse, šeimos, socialinėse, akademinėse ar kitose svarbiose funkcionavimo srityse.

KPTSS samprata atsirado suaugusiųjų tarpe, kuomet asmenys pasižymi ilgalaikę traumatizacijos patirtimi (Cloitre et al., 2019). Gana neseniai KPTSS buvo pradėtas tyrinėti ir paauglių imtyse, kadangi pastebėta, jog paaugliai taip pat gali patirti daugkartines ir ilgalaikes traumas (Daniunaite et al., 2021). Nors TLK-11 klasifikacijoje teigiama, kad KPTSS gali atsirasti bet kuriame amžiuje (WHO, 2018), tačiau iki šiol nėra žinoma, ar mažiems vaikams KPTSS diagnozė yra tinkama, kadangi KPTSS tyrimai vaikų ir paauglių imtyse pasaulyje dar tik pradedami vykdyti. Svarstoma, kad KPTSS simptomai mažiems vaikams gali pasireikšti skirtingai lyginant su suaugusiais dėl raidos ypatumų. TLK-11 klasifikacijoje teigiama, kad vaikams afektų reguliacijos problemos ir sunkumai palaikant santykius gali pasireikšti kaip regresija, neapgalvotas ar agresyvus elgesys savęs ar kitų atžvilgiu, sunkumai santykiuose su bendraamžiais. Be to, afektų reguliacijos problemos gali pasireikšti kaip disociacijos, emocijų patirčių ir išraiškų slopinimas, vengimas tokių situacijų ar patirčių, kurios gali sukelti teigiamas emocijas. Taip pat vaikai su KPTSS dažniau nei jų bendraamžiai gali demonstruoti kognityvinius sunkumus (pvz., dėmesio koncentracijos, planavimo problemas), kurie gali trikdyti jų akademinį funkcionavimą (WHO, 2018). Vis dėlto, dar nėra atlikta tyrimų, tiriančių KPTSS simptomų struktūrą ir simptomų pasireiškimo ypatumus mažų vaikų imtyje.

Pirmieji atlikti tyrimai paauglių imtyse nurodo aukštą KPTSS paplitimą. Tiriant 12-16 metų paauglius nustatyta, kad bendrojoje populiacijoje KPTSS paplitimas yra 8,31% (N = 1299) (Daniunaite et al., 2021), o rizikos grupėje KPTSS paplitimas yra 22,8% (N = 136) (Haselgruber et al., 2020b).

Tyrimai paauglių imtyse rodo, kad lyginant su PTSS, KPTSS yra labiau susijęs su didesniais pasikartojančio ir ilgalaikio tarpasmeninio smurto įverčiais (Daniunaite et al., 2021), smurtu šeimoje (Haselgruber, Sölva, & Lueger-Schuster, 2020a), fizinio smurto patyrimu už šeimos ribų (Daniunaite et al., 2021; Kazlauskas et al., 2020). Tiriant paauglius nustatyta, kad KPTSS labiau nei PTSS yra susijęs su šiais rizikos veiksniais: finansiniais sunkumais, socialinės paramos trūkumu ir nuolatiniais konfliktais šeimoje, tuo tarpu tėvų/ globėjų alkoholio vartojimo problemos ir psichikos ligos nėra reikšmingi kintamieji, lemiantys didesnius KPTSS įverčius (Daniunaite et al., 2021). Tiek suaugusiųjų, tiek paauglių tyrimuose nustatyta, kad moterys reikšmingai dažniau patiria visus KPTSS simptomus ir joms yra būdingas didesnis KPTSS paplitimas, todėl moteriška lytis gali būti laikoma KPTSS rizikos veiksniu (Cloitre et al., 2019; Haselgruber et al., 2020a).

Taigi, PTSS ir KPTSS yra du atskiri su stresu susiję sutrikimai. KPTSS asocijuojasi su ilgalaikėmis ir daugkartinėmis traumomis bei simptomų kompleksiskumu, kuris gali būti būdingas ne tik suaugusiems, bet ir paaugliams ar vaikams. Svarbu pabrėžti tai, jog pastaraisiais metais buvo pradėta svarstyti, kad ir maži vaikai po ypač sukrečiančių traumų gali patirti kompleksinio potrauminio streso sutrikimo simptomus, todėl tyrimai šioje srityje yra itin svarbūs.

Apibendrinant, kai kuriems mažiems vaikams po trauminės patirties gali būti būdingos ilgalaikės potrauminio streso reakcijos, kurios gali turėti reikšmingą poveikį vaikų raidos trajektorijai ir psichikos sveikatai. Mažiems vaikams gali būti būdingos unikalios potrauminio streso reakcijų išraiškos, kurios skiriasi nuo suaugusiųjų ar vyresnių paauglių. Didelę reikšmę potrauminio streso reakcijų atsiradimui ir stiprumui turi vaiko lytis, trauminio įvykio tipas ir veiksniai, susiję su šeimos, kurioje auga vaikas, aplinka. Vis dėlto, PTSS paplitimą ir ypatumus sunku palyginti tarp atliktų tyrimų, kadangi dauguma minėtų tyrimų buvo atlikti remiantis DSM klasifikacija, o tyrimų, kurie remtųsi TLK-11 klasifikacija, yra labai mažai. Taip pat daugumoje tyrimų buvo įtrauktos plataus amžiaus diapazono vaikų ir paauglių imtys, todėl stebimas didelis mažų vaikų potrauminio streso reakcijas vertinančių tyrimų trūkumas.

### **1.3. Potrauminio streso reakcijų vertinimo kompleksiskumas tarp mažų vaikų**

Maži vaikai trauminę patirtį gali suvokti kitaip nei vyresni paaugliai ar suaugusieji ir jiems yra būdingos unikalios potrauminio streso reakcijų išraiškos. Potrauminio streso reakcijų įvertinimą gali apsunkinti ir tai, kad dėl ribotų verbalinių ir kognityvinių gebėjimų maži vaikai negali pateikti tikslios informacijos apie turimą patirtį ar savo savijautą, susijusią su trauminiu įvykiu. Todėl įvertinti ir

atpažinti mažų vaikų trauminę patirtį ir potrauminio streso reakcijas yra sudėtingas procesas, reikalaujantis daug dėmesio vaiko amžiui ir raidos stadijai (Dye, 2018).

Vaikų potrauminio streso tyrimuose gana dažnai tiriamas unikalus fenomenas – tėvų/ globėjų ir vaikų teikiamos informacijos apie vaiko psichologinę savijautą suderinamumo vertinimas. Tiriant ir diagnozuojant potrauminio streso sutrikimą vaikams paprastai remiamasi tėvų/ globėjų pateikta informacija apie vaiko emocinį ir elgesio funkcionavimą (Valentino et al., 2010). Nors to išvengti sunku dėl ribotų mažų vaikų verbalinių gebėjimų, tačiau tyrimų duomenys rodo, kad tėvai dažnai nepakankamai tiksliai įvertina vaiko psichologinę savijautą. Tyrimuose, kuriuose buvo lyginama tėvų ir vaikų pateikta informacija apie vaikų PTSS simptomus, stebima tendencija, kad vaikai praneša patiriantys reikšmingai daugiau simptomų negu nurodo jų tėvai (Shemesh et al., 2005). Viena iš galimų priežasčių yra ta, kad tėvai nepakankamai įvertina vaiko patiriamus internalius simptomus ir ne visada gali suprasti vaiko patiriamo distreso mastą, tuo tarpu eksternalius simptomus jie linkę per daug pabrėžti ir pervertinti (Shemesh et al., 2005). Taip pat tėvai gali nežinoti apie vaiko patirtą trauminį įvykį arba gali nepakankamai tiksliai įvertinti jo poveikį vaikui, ypač jei trauminis įvykis buvo vienkartinis, pvz., autoįvykis ar kitas nelaimingas atsitikimas (Stover & Berkowitz, 2005). Dar viena svarbi priežastis yra ta, kad tėvai gali nesuprasti ar nepastebėti mažų vaikų emocinės būsenos ar elgesio pokyčių, ypač jei jie patys kenčia nuo potrauminio streso simptomų, psichikos sveikatos sunkumų ar turimų priklausomybių (Fraser et al., 2019). Retai būna situacijos, kuomet vienas vaikas iš šeimos yra paveikiamas trauminio įvykio, kadangi tėvai/ globėjai taip pat dažnai gali tiesiogiai susidurti su tuo pačiu įvykiu (pvz., smurtas namuose) ar stebėti, kaip trauminis įvykis nutinka vaikui (pvz., nelaimingas atsitikimas), todėl jiems taip pat gali atsirasti žymūs PTSS simptomai ar kitos nepalankios pasekmės, galinčios turėti įtakos jų interpretacijai apie vaiko emocijas ir elgesį. Tėvai/ globėjai, pasižymintys potrauminio streso reakcijomis, yra labiau linkę pranešti apie vaikui būdingus potrauminio streso simptomus, nepaisant to, ar vaikui jie yra būdingi (Shemesh et al., 2005). Be to, kai kuriais atvejais tėvai/ globėjai gali minimizuoti vaiko patirtą trauminio įvykio žalą dėl jaučiamos kaltės, jei patys vaikui sukėlė trauminę patirtį (Fraser et al., 2019). Taigi, atliekant mažų vaikų potrauminio streso reakcijų vertinimą nepakanka pasikliauti tik tėvų/ globėjų pateikta informacija apie vaikų savijautą, todėl siekiant tiksliausio vaikų internalių simptomų įvertinimo svarbu naudoti kombinaciją, kai yra apklausiami ir tėvai, ir patys vaikai.

Dėl didelio PTSS komorbidiškumo su kitais sutrikimais maži vaikai, susidūrę su traumine patirtimi, dažnai gali būti klaidingai diagnozuojami. Løkkegaard su kolegomis (2017) atliktame tyrime, 46,3% 1-6 metų vaikų buvo identifikuoti kaip patenkantys į PTSS rizikos grupę, o iš jų net 78,3%

vaikų buvo nustatytas mažiausiai vienas komorbidiškas sutrikimas – 45,9% vaikų buvo būdingi opozicinio neklusnumo sutrikimo simptomai, 43,2% – atsiskyrimo nerimo sutrikimo simptomai, 32,4% – depresijos sutrikimo simptomai, taip pat nustatyta reikšminga koreliacija tarp PTSS simptomų ir ADHD nedėmesingumo subtipo. Dauguma tarp mažų vaikų stebimų PTSS simptomų, pvz., nedėmesingumas, hiperaktyvumas, pykčio priepuoliai, sumažėjęs susidomėjimas, nepaklusnumas ir impulsyvumas, dažnai primena arba imituoja normalius elgesio pokyčius, rimtesnius elgesio sutrikimus, pvz., opozicinį neklusnumo sutrikimą ar ADHD, arba emocinius sunkumus, pvz., nerimą ar depresiją. Todėl mažiems vaikams yra gana sudėtinga tiksliai identifikuoti internalius PTSS simptomus ir yra didelė rizika, kad lengviau pastebimi simptomai bus klaidingai diagnozuojami ir bus suteiktas netinkamas gydymas (Scheeringa & Zeanah, 2008). Todėl siekiant išvengti netikslaus simptomų diagnozavimo reikalingi potrauminio streso simptomų diagnostikos instrumentai, kurie būtų pritaikyti mažiems vaikams.

Apibendrinant, dėl raidos ypatumų mažiems vaikams yra būdingos unikalios potrauminio streso reakcijų išraiškos, dėl to suaugusiems gali būti sunku interpretuoti stebimą vaiko elgesį po trauminės patirties ir dažnai tėvų/ globėjų pateikta informacija apie vaiko psichologinę savijautą gali būti netiksli. Be to, PTSS pasižymi itin dideliu komorbidiškumu ankstyvoje vaikystėje, todėl tai nurodo mažiems vaikams tinkamų potrauminio streso reakcijų diagnostikos instrumentų validavimo svarbą.

#### **1.4. Mažų vaikų trauminių patirčių ir potrauminio streso reakcijų tyrimai**

Atliekant mažų vaikų trauminių patirčių ir potrauminio streso reakcijų tyrimus, tyrėjai susiduria su nemažai sunkumų ir ribotumų. Šiame skyriuje bus apžvelgti du pagrindiniai ribotumai, kurie dažnai minimi mokslinėje literatūroje, ir pagrindžiama, kaip šiame magistro tyrime bus į juos atsižvelgiama.

Mažiems vaikams yra būdingos jų amžiui specifinės potrauminio streso reakcijų išraiškos, todėl yra didelis poreikis standartizuoti įvertinimo instrumentus, skirtus vertinti mažų vaikų trauminės patirtis ir potrauminio streso reakcijas. Stover ir Berkowitz (2005) teigimu, pagrindiniai vaikų psichologinio įvertinimo komponentai turėtų būti šie: vaiko žaidimo stebėjimas ir objektyviai stebimo elgesio kriterijų nustatymas. Vienas iš būdų, kuris yra naudojamas vaiko trauminės patirties vertinimui, yra naratyvinių „istorijos pradžios“ vertinimo instrumentų, kurie apjungia istorijų pasakojimą ir žaidimą struktūruotoje aplinkoje, naudojimas (Løkkegaard et al., 2021). Naudojant „istorijos pradžios“ instrumentą, testo administratorius vaikui pristato istorijos pradžią ir vėliau paprašo vaiko pratęsti ir sužaisti likusią istorijos dalį. Pateikiamos istorijos susideda iš kasdinių problemų su kontroliuojamo

laipsnio konfliktu ar distresu, kuris skirtas sukelti vaiko emocinį sujaudinimą. Vaikas, tęsdamas istoriją, spontaniškai naudojami savo paties impulsais bei psichikoje esančiais socialinių santykių ir elgesio scenarijais (Robinson, 2007). Šių vertinimo instrumentų naudojimas suteikia galimybę tyrėjui pasiekti mažų vaikų vidinį pasaulį šiam amžiui tinkamu būdu (Løkkegaard, 2019) bei atlikti išsamų vaiko psichinių reprezentacijų apie save, kitus ir tarpasmeninius santykius ištyrimą. Pvz., nustatyta, kad vaikų, patyrusių įvairias tėvų/ globėjų netinkamo elgesio formas ar smurtą, naratyvuose stebimos negatyvios tėvų ir savęs reprezentacijos, vengimo strategijos, atstūmimo, mirties ir agresijos elementai (Robinson, 2007).

Šiame magistro darbe bus naudojamas Danijos mokslininkų sukurtas OCTS testas, kurio validacijos tyrimas šiuo metu vyksta Lietuvoje. OCTS skiriasi nuo kitų „istorijos pradžios“ instrumentų, nes jis buvo sukurtas kaip atrankos metodas ir skirtas naudoti klinikinėje praktikoje dirbant su 4-8 metų vaikais, turinčiais trauminių patirčių (Løkkegaard et al., 2021). Amžius tarp ketverių ir aštuonerių metų yra ypatingai svarbus laikas nustatant psichopatologijos ir sutrikimų modelius, kadangi vaikai turi įveikti kritines raidos užduotis adaptuojantis darželyje ir mokykloje (Dubowitz et al., 2016). Pradėjimas eiti į mokyklą yra charakterizuojamas padidėjusiais vaiko kognityviniais ir akademiniais poreikiais, taip pat socialine raida, todėl stebimas didelis psichologinio įvertinimo instrumentų šioje amžiaus grupėje poreikis (Jørgensen, Cantio, & Elklit, 2020).

Taip pat atliekant mažų vaikų tyrimus yra itin svarbios imties charakteristikos. Mokslinėje literatūroje stebimas trūkumas tyrimų, kuriuose būtų tiriami maži vaikai klinikinėje populiacijoje su trauma susijusių sutrikimų kontekste, todėl mažai žinoma apie jų trauminių patirčių ir potrauminio streso reakcijų ypatumus bei skirtumus lyginant su bendrosios populiacijos vaikais. Maži vaikai iš klinikinės aplinkos, t. y., psichologinės pagalbos vaikams centrų, globos įstaigų, psichikos sveikatos įstaigų ir pan., yra ypatingai jautri vaikų grupė. Esami tyrimai nurodo, kad šiems vaikams yra būdingi reikšmingai aukšti trauminės patirties įverčiai ir didelis potrauminio streso reakcijų paplitimas, todėl tyrimuose šie vaikai yra labiau tinkami klinikinei populiacijai negu neklinicinei (Haselgruber et al., 2020a). Vaikai, patekę į psichologinės pagalbos centrus ar globos įstaigas, yra reikšmingai dažniau susidūrę su daugkartinių tarpasmeninių traumų patyrimu ir kitomis nepalankios patirtimis vaikystėje (Haselgruber et al., 2020b). Aukštas potrauminio streso reakcijų (PTSS ir KPTSS) paplitimas klinikinėje imtyje gali būti siejamas su pažeidžiama šeimos aplinka, riziką keliančiais sociodemografiniais veiksniais, netinkamu tėvų/ globėjų elgesiu ir socialinės paramos trūkumu (Jørgensen et al., 2020). Ankstyvoji mažų vaikų klinikinėje populiacijoje potrauminio streso reakcijų identifikacija yra kritiškai svarbi, siekiant juos nukreipti tolesniam įvertinimui ir suteikti reikiamas

intervencijas bei užskirsti kelią neigiamoms pasekmėms vėlesniame amžiuje (Fraser et al., 2019). Tai rodo būtinybę dažniau įtraukti šią pažeidžiamą vaikų populiaciją į traumos tyrimus (Haselgruber et al., 2020b). Todėl šiame magistro darbe buvo nuspręsta į tyrimo imtį įtraukti mažų vaikų klinikinę grupę, analizuoti jai būdingus trauminės patirties ir potrauminio streso reakcijų ypatumus bei palyginti su bendrosios populiacijos vaikų grupės ypatumais.

Apibendrinant, skirtingų informatorių duomenų naudojimas gali padėti geriau suprasti mažų vaikų trauminės patirties ir potrauminio streso reakcijų ypatumus. Taip pat į tyrimus svarbu įtraukti klinikinės grupės vaikus, kurie patiria reikšmingai daugiau sunkumų negu bendrosios populiacijos vaikai. Didesnis tyrimų skaičius šioje srityje leis tyrėjams ir kitiems specialistams geriau suprasti mažų vaikų trauminių patirčių ir potrauminio streso reakcijų ypatumus bei nustatyti numatomus veiksnius, kurie gali prisidėti prie didesnės rizikos susidurti su šiais sunkumais. Tokie tyrimai yra svarbūs, nes gali prisidėti prie pagalbos mažiems vaikams po trauminių patirčių kūrimo ir rekomendacijų su mažais vaikais ir jų šeimomis dirbantiems specialistams rengimo.

### **1.5. Tyrimo tikslas ir uždaviniai**

Tyrimo tikslas – analizuoti mažų vaikų trauminės patirties ir potrauminio streso reakcijų ypatumus bei įvertinti jų sąsajas su demografiniais veiksniais.

Tyrimo uždaviniai:

1. Analizuoti trauminės patirties ypatumus tyrimo imtyje ir palyginti tarp klinikinės ir palyginamosios tyrimo dalyvių grupių.
2. Nustatyti trauminės patirties sąsajas su demografiniais veiksniais.
3. Analizuoti potrauminio streso reakcijų ypatumus tyrimo imtyje ir palyginti tarp klinikinės ir palyginamosios tyrimo dalyvių grupių.
4. Nustatyti potrauminio streso reakcijų sąsajas su traumine patirtimi.
5. Nustatyti potrauminio streso reakcijų sąsajas su demografiniais veiksniais.

## 2. TYRIMO METODIKA

### 2.1. Tyrimo dalyviai

Magistro darbo rezultatų analizėje iš viso naudoti 32 tyrimo dalyvių duomenys. Tyrimo dalyviai yra nuo 3 iki 8 metų amžiaus, amžiaus vidurkis – 6,28 ( $SD = 1,61$ ), iš jų 21 mergaitė (65,6%) ir 11 berniukų (34,4%).

Į tyrimą buvo įtrauktos dvi tyrimo dalyvių grupės:

- Palyginamoji grupė iš bendrosios populiacijos: 17 vaikų iš ikimokyklinio ir pradinio ugdymo įstaigų. Palyginamosios grupės tyrimo dalyviai yra nuo 3 iki 8 metų amžiaus, amžiaus vidurkis – 6,41 ( $SD = 1,73$ ), iš jų 11 mergaičių (64,7%) ir 6 berniukai (35,3%). Ugdymo įstaigos buvo kviečiamos dalyvauti tyrime patogiosios netikimybinės atrankos būdu, atsižvelgiant į ugdymo įstaigos pasiekiamumą. Vaikų tėvai/ globėjai buvo informuoti apie tyrimo tikslus ir eigą, tyrime galėjo dalyvauti tik tie vaikai, kurių tėvai/ globėjai pateikė sutikimą raštu.
- Klinikinė grupė: 15 vaikų iš įstaigų, teikiančių psichologinę pagalbą vaikams, galimai nukentėjusiems nuo smurto. Klinikinės grupės tyrimo dalyviai yra nuo 3 iki 8 metų amžiaus, amžiaus vidurkis – 6,13 ( $SD = 1,51$ ), iš jų 10 mergaičių (66,7%) ir 5 berniukai (33,3%). Juos apklausė kiti tyrimo „Laiminga vaikystė: streso atpažinimas struktūruotame žaidime“ tyrėjai.

Demografinės tyrimo dalyvių charakteristikos pateiktos 2.1.1 lentelėje.

2.1.1. lentelė. *Demografinės tyrimo dalyvių charakteristikos*

	Klinikinė grupė		Palyginamoji grupė	
	$(n = 15)$		$(n = 17)$	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Lytis				
Mergaitė	10	66,7	11	64,7
Berniukas	5	33,3	6	35,3
Amžius				
3	1	6,7	1	5,9
4	0	0,0	1	5,9
5	5	33,3	5	29,4
6	3	20,0	1	5,9
7	2	13,3	1	5,9
8	4	26,7	8	47,1

*Lentelės tęsinys.*

---

Gyvenamoji situacija				
Gyvena su abiem tėvais	3	20,0	17	100,0
Gyvena pakaitomis tai pas motiną, tai pas tėvą	1	6,7	0	0,0
Gyvena su vienu iš tėvų	10	66,7	0	0,0
Gyvena su globėjais	1	6,7	0	0,0
Turi brolių ar seserų				
Taip	10	66,7	13	76,5
Ne	5	33,3	4	23,5
Buvo teikta psichologinė pagalba				
Taip	8	53,3	0	0,0
Ne	7	46,7	17	100,0
Tėvų išsilavinimas				
Abu tėvai turi aukštąjį išsilavinimą	3	20,0	4	23,5
Vienas iš tėvų turi aukštąjį išsilavinimą	4	26,7	7	41,2
Nei vienas iš tėvų neturi aukštojo išsilavinimo	8	53,3	6	35,3
Tėvų darbinė patirtis				
Abu tėvai šiuo metu dirba	6	40,0	15	88,2
Vienas iš tėvų šiuo metu dirba	8	53,3	2	11,8
Nei vienas iš tėvų šiuo metu nedirba	1	6,7	0	0,0
Bent vienas iš suaugusiųjų, su kuriais vaikas gyvena, kada nors				
Turėjo alkoholio ar narkotikų vartojimo problemų	7	46,7	0	0,0
Sirgo psichikos liga	2	13,3	0	0,0
Buvo įkalinimo įstaigoje	1	6,7	0	0,0
Dirbo ilgą laiką užsienyje	5	33,3	1	5,9

---

## **2.2. Tyrimo instrumentai**

Tyrimo metu buvo apklausiami vaikai ir jų tėvai/ globėjai. Tyrėjai su kiekvienu vaiku individualiai atliko struktūruotą žaidimą–interviu, o vaiko tėvams/ globėjams buvo pateiktas klausimynų paketas, kurį sudaro demografinių duomenų anketa ir du klausimynai, skirti išsiaiškinti galimas vaikų trauminės patirtis bei įvertinti jų psichologinę savijautą.



**Odensės vaiko traumos atpažinimo testas** (angl. *Odense Child Trauma Screening (OCTS)*, Løkkegaard, Andersen, Eriksen, & Elklit, 2017).

OCTS yra struktūruotas žaidimas–interviu, kuris padeda atpažinti galimus 4-8 metų vaikų patirtos traumos ženklus, remiantis jų pasakojamu naratyvu ir elgesio stebėjimu testo metu. Testo autoriai iš Pietų Danijos universiteto Nacionalinio Psichotraumatologijos centro suteikė leidimą VU Psichotraumatologijos centro tyrėjams išversti testą į lietuvių kalbą ir jį naudoti. Tyrime dalyvaujantys tyrėjai išvertė OCTS administravimo ir kodavimo vadovus į lietuvių kalbą. Šis tyrimo instrumentas dar nėra publikuotas ir adaptuotas Lietuvos mažų vaikų imtyje, šiuo metu vyksta testo validacijos tyrimas.

Testą sudaro specialiai šiam testui sukurtas LEGO lėlių namas su figūrėlėmis, kurios atspindi standartinės šeimos narius – mamą, tėtį, vaiką ir jo brolių/ seserį. OCTS sudaro penkios pagrindinės istorijos: „Gimtadienis“, „Dviračiai“, „Košmaras“, „Nudeginta ranka“, „Pilvo skausmas“. Testo metu tyrėjas pasakoja ir vaidina istorijas, pačioje intensyviausioje istorijos vietoje tyrėjas sustabdo pasakojimą ir prašo vaiko, kad jis tęstų istoriją ir suvaidintų ją žaisdamas su figūrėlėmis. Testo autoriai sukūrė istorijų turinio įvertinimo ir kodavimo sistemą, kurioje kodai yra suskirstyti į penkias kategorijas: išitraukimas ir naratyvo pateikimas, naratyvo pobūdis (naratyvo darnumas ir tyrėjo parama), suaugusiojo reprezentacijos, vaiko reprezentacijos, dezorganizuoti fenomenai. Visiems kodams yra priskirti pirminiai balai trijų taškų skalėje (nuo 0 = „kai reiškinys, aprašytas vadove, nėra pastebimas“ iki 2 = „kai toks reiškinys neabejotinai yra pastebimas“), vėliau šie balai yra perkoduojami į svertinius balus – „0“ ir „1“. Kiekvienos istorijos dalinis balas yra apskaičiuojamas susumavus tos istorijos svertinius balus, o bendras testo balas yra skaičiuojamas susumavus visų istorijų dalinius balus ir padalinus iš pateiktų istorijų skaičiaus. Aukštas OCTS bendras balas nurodo, jog vaikas teste demonstruoja traumos ženklus ir galimai yra turėjęs trauminės patirties, todėl šiam vaikui reikalingas tolesnis įvertinimas.

Šiame tyrime siekiant atpažinti vaikų patirtų traumų ženklus buvo pasirinktas OCTS testas, kadangi jis jau yra naudojamas kitose šalyse (Danijoje, Grenlandijoje, Norvegijoje). Tyrimais nustatyta, kad OCTS testas pasižymi geru patikimumu ir validumu. Vidinio suderinamumo vertė svyruoja nuo *Cronbach'o*  $\alpha = 0,95$  iki *Cronbach'o*  $\alpha = 0,97$ , vertintojų sutariamumo vertė svyruoja nuo *ICC* = 0,96 iki *ICC* = 1,00, pakartotinio testo patikimumas – *ICC* = 0,66. Nustatyta, kad OCTS skalės reikšmingai koreliuoja su kitais standartizuotais vaikų traumų rodiklius vertinančiais klausimynais (DIPA ir SDQ). Rastos reikšmingos koreliacijos tarp OCTS bendro balo ir DIPA PTSS skalės įverčio ( $\rho = 0,37$ ,  $p < 0,05$ ) bei patirtų traumų skaičiaus ( $\rho = 0,46$ ,  $p = 0,002$ ) (Løkkegaard, 2019;

Løkkegaard et al., 2021). Šiame tyrime siekiant užtikrinti šio testo patikimumą ir validumą bus naudojami tėvams/ globėjams skirti klausimynų paketai.

Šio tyrimo metu taip pat nustatytas geras OCTS testo patikimumas: OCTS bendrų įverčių vidinio suderinamumo vertė *Cronbach'o*  $\alpha = 0,91$ , „Dviračių“ istorijos *Cronbach'o*  $\alpha = 0,78$ , „Košmaro“ istorijos *Cronbach'o*  $\alpha = 0,73$ , „Nudegintos rankos“ istorijos *Cronbach'o*  $\alpha = 0,76$ , „Pilvo skausmo“ istorijos *Cronbach'o*  $\alpha = 0,71$ .

### **Demografinių duomenų anketa**

Į klausimynų paketą įtraukta mokslinio tyrimo autorių sukurta demografinių duomenų anketa, kurią sudaro 13 teiginių. Anketa siekiama gauti informacijos apie šeimai būdingas charakteristikas – su kuo iš suaugusiųjų gyvena vaikas; ar turi brolių/ seserų; šeimos finansinė padėtis; tėvų darbinė patirtis ir išsilavinimas; šeimos psichosocialinė istorija – ar kas nors iš suaugusiųjų, su kuriuo gyvena vaikas, turėjo alkoholio ar narkotikų vartojimo problemų, sirgo psichikos liga, buvo įkalinimo įstaigoje ar ilgą laiką dirbo užsienyje. Taip pat klausiama apie vaiko sveikatos būklę – ar vaikas serga kokia nors liga, turi sutrikimą ar negalią; ar jis yra gulėjęs ligoninėje; ar yra gavęs psichologinę pagalbą. Šia anketa gauta informacija yra svarbi, siekiant įvertinti demografinius veiksnius, kurie gali prisidėti prie vaiko PTSS patyrimo.

**Vaikų ir paauglių traumos klausimynas** (angl. *Child and Adolescent Trauma Screening (CATS)*, Sachser et al., 2017).

Šiame tyrime bus naudojama CATS klausimyno dalis, kuri vertina vaikų ir paauglių susidūrimą su potencialiai traumingais įvykiais. Tyrime bus naudojamos dvi klausimyno versijos: versija 3-6 m. vaikų tėvams/ globėjams (Caregiver-report (3-6)) ir versija 7-17 m. vaikų tėvams/ globėjams (Caregiver-report (7-17)). Tyrime dalyvaujantys tyrėjai atliko šio klausimyno vertimą į lietuvių kalbą.

Klausimyne pateikiama 15 potencialių trauminių įvykių, kurie yra susiję su gamtinėmis nelaimėmis, nelaimingais atsitikimais, smurto patyrimu arba smurtinių įvykių matymu namuose ar bendruomenėje, seksualiniu smurtu, traumingais praradimais, medicininėmis procedūromis ir karo situacijomis. Į šiuos teiginius prašoma atsakyti „Taip“ arba „Ne“, o teiginių pabaigoje klausiama, kuris iš išvardintų įvykių šiuo metu sukelia daugiausia sunkumų vaikui.

**Tarptautinis traumos klausimynas** – Vaikų ir paauglių versija/ Tėvams (angl. *International Trauma Questionnaire (ITQ-CA/P)*, Cloitre et al., 2018).

Šis klausimynas yra skirtas įvertinti vaikų ir paauglių trauminio streso požymius ir potrauminio streso reakcijas į sukrečiančius įvykius. Klausimynas yra tinkama diagnostinė priemonė vertinti PTSS ir KPTSS simptomus pagal TLK-11 klasifikaciją. ITQ-CA/P versija yra panaši į ITQ (Cloitre et al., 2018) ir ITQ-CA (Kazlauskas et al., 2020) versijas tuo, kad joje yra įtrauktas toks pats teiginių skaičius ir naudojama tokia pati vertinimo schema, tačiau skiriasi teiginių formuluotės, siekiant, kad jos būtų tinkamos pateikti tėvams/ globėjams ir jie galėtų atsakyti apie savo vaikus. Tyrime dalyvaujantys tyrėjai atliko šio klausimyno vertimą į lietuvių kalbą.

Klausimyną sudaro 22 teiginiai. Pateikiami 12 teiginių/ simptomų indikatorių, kurie geriausiai reprezentuoja PTSS ir sutrikusios asmens organizacijos (DSO) simptomų klasterius. Vertinami šie PTSS simptomų klasteriai: pakartotinis patyrimas (2 teiginiai), vengimas (2 teiginiai) ir grėsmės jausmas (2 teiginiai). Vertinami šie DSO simptomų klasteriai: sutrikusi afektų reguliacija (2 teiginiai), neigiamas savęs vaizdas (2 teiginiai) ir sutrikę santykiai su kitais (2 teiginiai). Informantų buvo prašoma įvertinti, kaip stipriai kiekvienas išvardintas simptomas vargino jų vaiką per praėjusį mėnesį (pvz., „Blogi sapnai, primenantys vaikui, kas įvyko“). Teiginiai vertinami naudojantis Likerto skalės įverčiais: 0 – „Niekada“, 1 – „Trupučiai“, 2 – „Kartais“, 3 – „Dažnai“, 4 – „Beveik visada“. Papildomi 10 teiginių vertina funkcionavimo sutrikdymus, susijusius su PTSS ir DSO simptomais, šiose srityse: bendraujant su draugais ir šeima, mokykloje/ darželyje, kitose svarbiose vaiko veiklose (būreliuose, pomėgiuose, kituose santykiuose), bendram vaiko laimingumui. Į šiuos teiginius informantų prašoma atsakyti „Taip“ arba „Ne“, priklausomai nuo to, ar minėti sunkumai būdingi jų vaikui. Jei yra stebimas bent vienas simptomas iš kiekvieno PTSS simptomų klasterio (jie yra įvertinami  $\geq 2$  įverčiais) ir bent vienas su šiais simptomais susijęs funkcionavimo sutrikdymo indikatorius, vaikas susiduria su PTSS diagnozės rizika. Jei yra nustatoma PTSS diagnozės rizika ir kartu yra stebimas bent vienas simptomas iš kiekvieno DSO simptomų klasterio (jie yra įvertinami  $\geq 2$  įverčiais) bei su DSO simptomais susijęs funkcionavimo sutrikdymai bent vienoje srityje, vaikas patiria riziką susidurti su KPTSS diagnoze.

Lietuviškosios ITQ-CA klausimyno versijos bendrų įverčių vidinis patikimumas yra geras ( $\alpha = 0,87$ ). Analizuojant atskiras PTSS ir DSO subskales, taip pat pastebėtas geras vidinis patikimumas – PTSS subskalės *Cronbach'o*  $\alpha = 0,79$  ir DSO subskalės *Cronbach'o*  $\alpha = 0,86$  (Kazlauskas et al., 2020).

Šiame tyrime nustatytas geras ITQ-CA/P vidinis patikimumas: ITQ-CA/P rezultatų bendrų įverčių *Cronbach'o*  $\alpha = 0,89$ , PTSS subskalės *Cronbach'o*  $\alpha = 0,83$ , DSO subskalės *Cronbach'o*  $\alpha = 0,85$ .

### 2.3. Tyrimo eiga

Vilniaus universiteto Psichotraumatologijos centras vykdo tyrimą „Laiminga vaikystė: streso atpažinimas struktūruotame žaidime“. Tyrimas vykdomas bendradarbiaujant su Pietų Danijos universiteto Nacionaliniu Psichotraumatologijos centru, vaikų psichologinės pagalbos centrais ir ugdymo įstaigomis Lietuvoje. Tyrimui vadovauja doc. dr. P. Želvienė.

Prieš pradėdant atlikti tyrimą viena iš OCTS testo autorių dr. Sille Schandorph Løkkegaard (Pietų Danijos universitetas, Psichologijos katedra, Nacionalinis Psichotraumatologijos centras, Danija) organizavo specialius mokymus tyrime dalyvaujantiems tyrėjams, kurių metu buvo apmokoma, kaip administruoti ir koduoti OCTS testą.

Darbo autorė tyrimą atliko keturiose ugdymo įstaigose. Šiame darbe taip pat yra naudojami nuasmeninti klinikinės grupės tyrimo dalyvių duomenys, kuriuos kiti tyrėjai surinko vaikų psichologinės pagalbos centruose.

Tyrimas kiekvienoje ugdymo įstaigoje atliktas tokia eiga:

1. Visose ugdymo įstaigose, kuriose buvo atliktas tyrimas, gautas įstaigos vadovo informuotas sutikimas bendradarbiauti.
2. Kiekvienoje tyrime dalyvavusioje ugdymo įstaigoje tyrėjų grupės kontaktinis asmuo su ugdymo įstaigos vadovu suderino tyrimo laiką ir eigą. Įstaigos vadovu buvo prašoma paskirti atsakingus asmenis įstaigoje, kurie išdalintų vaikų tėvams/ globėjams po voką, kuriame buvo tyrimo pristatymo ir informuoto sutikimo forma leisti vaikui dalyvauti tyrime.
3. Tyrime galėjo dalyvauti tik tie vaikai, kurių tėvai/ globėjai išreiškė sutikimą dėl vaiko dalyvavimo tyrime ir pasirašė informuoto sutikimo formą. Remiantis gautais sutikimais buvo sudaromi tyrimo dalyvių sąrašai, tyrimo dalyviams buvo priskirti kodai ir parengti tėvams/ globėjams skirti klausimynų paketai.
4. Tėvams/ globėjams buvo pateikti klausimynų paketai (daliai tėvų/ globėjų buvo išdalinti popieriniai klausimynų paketai, kitiems klausimynų paketai buvo pateikti internetiniu būdu), kuriuos jie galėjo užpildyti jiems patogiu metu. Tėvai/ globėjai užpildė demografinių duomenų anketą, CATS ir ITQ-CA/P klausimynus. Klausimynų pildymo trukmė iki 20 min.
5. Vaikai tyrime dalyvavo pamokų ar kitų užsiėmimų metu, suderintu su ugdymo įstaigos vadovu bei pedagogais. Vaikams buvo suprantamai paaiškinta apie vykdomą tyrimą ir gautas jų žodinis sutikimas. Vaikų psichologinis įvertinimas buvo atliktas naudojant OCTS testą, kurio trukmė individualiai su kiekvienu vaiku yra 30-60 min.

6. Siekiant užtikrinti įvertinimo patikimumą OCTS testų atlikimas buvo filmuojamas, o visi vaizdo įrašai buvo koduojami dviejų tyrėjų.

Darbo autorė dalyvavo ieškant bendradarbiaujančių ugdymo įstaigų, kontaktavo su ugdymo įstaigų vadovais dėl jų sutikimo dalyvauti tyrime ir tyrimo eigos, dalyvavo pasirengiant tyrimui ugdymo įstaigose (ruošė tyrimo medžiagą, tėvų sutikimų ir klausimynų vokus). Taip pat darbo autorė tyrimo vykdymo metu nuolat dalyvavo OCTS testo naudojimo supervizijose su testo autore ir tyrėjų komanda bei prisidėjo prie tyrimo duomenų rinkimo ir duomenų kodavimo.

#### **2.4. Duomenų analizė**

Tyrimo duomenų statistiniams veiksams atlikti buvo naudojamas SPSS Statistics 26.0 programinis paketas. Naudojantis šia programa buvo apskaičiuota aprašomoji statistika (vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai), tyrimo instrumentų skalių vidinis patikimumas (*Cronbach'o  $\alpha$* ).

Visi darbe naudojami kintamieji nėra normaliai pasiskirstę, todėl analizuojant tyrimo duomenis ir siekiant atsakyti į iškeltus uždavinius buvo naudojami neparametriniai kriterijai. Tikrinant, ar stebimi kintamieji turi normaliuosius skirstinius buvo naudotas  $\chi^2$  suderinamumo kriterijus. Lyginant vidurkius tarp dviejų nepriklausomų imčių naudotas *Mann-Whitney U* testas. Ryšiams tarp kintamųjų nustatyti taikyta *Spearman* koreliacija. Siekiant palyginti kintamųjų skirstinius tarp tyrimo dalyvių grupių buvo naudotas tikslusis *Fišerio* kriterijus. Siekiant įvertinti skirtingų kintamųjų prognostinę reikšmę potrauminio streso sutrikimo atžvilgiu buvo taikomas logistinės regresijos modelis.

#### **2.5. Tyrimo etika**

Tyrimui vykdyti buvo gautas Vilniaus universiteto Psichologinių tyrimų etikos komiteto leidimas.

Kadangi šiame tyrime dalyvavo maži vaikai, tyrimo metu buvo ypač atidžiai ir atsakingai laikomasi etikos principų ir reikalavimų. Atliekant tyrimą buvo remiamasi bendraisiais tyrimų etikos principais: savanoriško dalyvavimo, pagarbos tyrimo dalyviams, konfidencialumo ir anonimiškumo. Tyrime galėjo dalyvauti tik tie vaikai, kurių tėvai/ globėjai, pateikė raštu pasirašytus informuotus sutikimus. Tėvai/ globėjai buvo informuoti, kad paaiškėjus, jog vaikas patiria smurtą ar yra nukentėjęs nuo kito nusikaltimo, tyrėjai yra įpareigoti informuoti atitinkamas institucijas. Atliekant tyrimą buvo užtikrinama tyrimo dalyvių konfidencialumo apsauga bei tinkamas tyrimo duomenų saugojimas ir

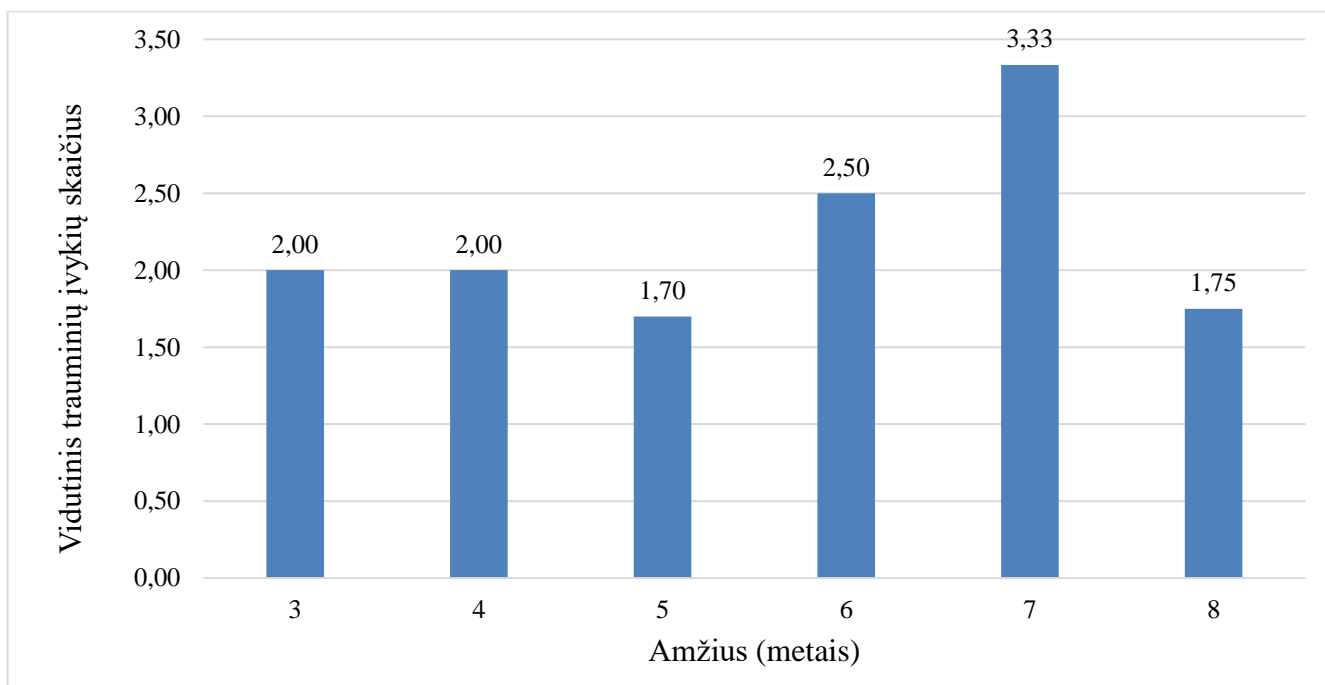
valdymas. OCTS testo atlikimas su vaikais buvo filmuojamas vaizdo kamera, gavus jų tėvų/ globėjų sutikimą. Vaizdo įrašai buvo prieinami tik šiame tyrime dalyvaujantiems kvalifikuotiems tyrėjams. Tyrime dalyvavusių asmenų duomenys, galintys padėti nustatyti tyrimo dalyvius, buvo tinkamai apsaugoti užšifruojant ir suteikiant kodą kiekvienam tyrimo dalyviui. Į klinikinę tyrimo grupę patekę vaikai yra iš ypač pažeidžiamos aplinkos, todėl klinikinės grupės duomenis rinko kiti tyrime dalyvaujantys ir didelę patirtį turintys specialistai.

### 3. REZULTATAI

#### 3.1. Trauminė patirtis tyrimo imtyje ir sąsajos su demografiniais veiksniais

Remiantis tyrime dalyvavusių vaikų tėvų/ globėjų pateikta informacija klausimynų paketuose, iš 32 tyrimo dalyvių 22 vaikai (68,75%) yra patyrę bent vieną trauminį įvykį iš pateikto trauminių įvykių sąrašo Vaikų ir paauglių traumos klausimyne (CATS). Dažniausiai mažų vaikų patiriami trauminiai įvykiai tyrimo imtyje – buvimas fizinio smurto aplinkoje liudininku (34,4%), buvimas fizinio smurto šeimoje liudininku (31,3%), stresą ar baimę kelianti medicininė procedūra (28,1%).

Tyrimo dalyviai per visą gyvenimą vidutiniškai yra patyrę 2,00 ( $SD = 2,00$ ) trauminius įvykius. Tyrimo dalyvių vidutinio trauminių įvykių skaičiaus palyginimas pagal amžių pateikiamas 1 pav., kuriame galima matyti, kad tyrimo imtyje vidutiniškai daugiausiai trauminių įvykių yra patyrę septynerių metų vaikai ( $M = 3,33$ ,  $SD = 0,58$ ), mažiausiai – penkerių metų vaikai ( $M = 1,70$ ,  $SD = 2,26$ ).



1 pav. Vidutinio trauminių įvykių skaičiaus palyginimas pagal amžių

Klinikinėje grupėje trauminius įvykius yra patyrę 13 vaikų (86,7%). Šioje grupėje vaikai patyrė nuo 0 iki 7 trauminių įvykių. Dažniausiai vaikų patiriami trauminiai įvykiai klinikinėje grupėje – buvimas fizinio smurto šeimoje liudininku (60,0%), kažkas vyresnis lietė intymias kūno vietas (53,3%), buvimas fizinio smurto aplinkoje liudininku (46,7%).

Palyginamojoje grupėje trauminius įvykius yra patyrę 9 vaikai (52,9%). Šioje grupėje vaikai patyrė nuo 0 iki 3 trauminių įvykių. Dažniausiai vaikų patiriami trauminiai įvykiai palyginamojoje grupėje – stresą ar baimę kelianti medicininė procedūra (29,4%), buvimas fizinio smurto aplinkoje liudininku (23,5%).

Siekiant palyginti klinikinės ir palyginamosios grupių vaikų patirtų trauminių įvykių vidurkius buvo naudotas *Mann-Whitney U* testas (3.1.1 lentelė). Rezultatai atskleidė, kad klinikinėje grupėje vaikai yra patyrę statistiškai reikšmingai daugiau trauminių įvykių negu vaikai palyginamojoje grupėje ( $U = 51,50$ ,  $Z = -2,94$ ,  $p = 0,003$ ).

3.1.1 lentelė. *Trauminių įvykių patyrimo palyginimas klinikinėje ir palyginamojoje grupėse*

	Klinikinė grupė ( $n = 15$ )		Palyginamoji grupė ( $n = 17$ )		$U$	$Z$	$p$
	$M$	$SD$	$M$	$SD$			
Trauminių įvykių skaičius	3,13	2,23	1,00	1,06	51,50	-2,94	<b>0,003</b>

*Pastaba:* Statistiškai reikšmingas skirtumas pažymėtas paryškintu šriftu.

Siekiant palyginti trauminių įvykių tipų – tarpasmeninių ir netarpasmeninių – paplitimą tarp klinikinės ir palyginamosios grupių buvo naudotas *Mann – Whitney U* testas. Rezultatai parodė, kad klinikinės grupės vaikai statistiškai reikšmingai dažniau patyrė tarpasmeninio tipo trauminius įvykius negu palyginamosios grupės vaikai – atitinkamai  $M = 2,20$  ( $SD = 1,66$ ) ir  $M = 0,47$  ( $SD = 0,80$ ) ( $U = 48,50$ ,  $Z = -3,15$ ,  $p = 0,002$ ). Netarpasmeninio tipo trauminių įvykių paplitimas tarp grupių yra gana tolygus – klinikinėje grupėje  $M = 0,60$  ( $SD = 0,91$ ), palyginamojoje grupėje  $M = 0,41$  ( $SD = 0,71$ ).

Analizuojant atskirų trauminių įvykių patyrimą tarp vaikų klinikinėje ir palyginamojoje grupėse bei lyginant jų dažnius buvo naudotas *Fišerio* kriterijus (3.1.2 lentelė). Rezultatai atskleidė, kad klinikinės grupės vaikai statistiškai reikšmingai dažniau negu palyginamosios grupės vaikai patyrė buvimą fizinio smurto šeimoje liudininku ( $p = 0,002$ ), kai kažkas vyresnis lietuviškai intymias kūno vietas ( $p = 0,001$ ), netikėtą ar smurtinę artimojo mirtį ( $p = 0,038$ ). Tėvai/ globėjai nurodė, kad penki vaikai iš klinikinės grupės (33,3%) ir du vaikai iš palyginamosios grupės (11,8%) yra patyrę kitus stresą keliančius ar grėsmingus įvykius. Klinikinėje grupėje kiti stresą keliantys įvykiai apima tėvų skyrybas, netinkamą vieno iš tėvų elgesį, baimę būti vienam tuščioje patalpoje, tamsos ir baubų baimę, biologinės mamos išėjimą iš namų. Palyginamojoje grupėje kiti stresą keliantys įvykiai apima didelių suaugusiųjų žmonių susibūrimų baimę, augintinio mirtį, buvimą vienam uždaroje patalpoje.



3.1.2 lentelė. *Atskirų trauminių įvykių patyrimo palyginimas klinikinėje ir palyginamojoje grupėse*

	Klinikinė grupė		Palyginamoji grupė		$\chi^2$	<i>p</i>
	(n = 15)		(n = 17)			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Pavojinga gamtinė nelaimė	1	6,7	0	0,0	<i>F</i>	0,469
Nelaimingas atsitikimas ar sužalojimas	4	26,7	2	11,8	<i>F</i>	0,383
Apiplėšimas	0	0,0	0	0,0		
Fizinis smurtas šeimoje	2	13,3	2	11,8	<i>F</i>	1,000
Fizinis smurtas ne šeimoje	1	6,7	1	5,9	<i>F</i>	1,000
Fizinio smurto šeimoje liudininkas	9	60,0	1	5,9	<i>F</i>	<b>0,002</b>
Fizinio smurto aplinkoje liudininkas	7	46,7	4	23,5	<i>F</i>	0,266
Kažkas vyresnis lietuviškai intymias kūno vietas	8	53,3	0	0,0	<i>F</i>	<b>0,001</b>
Kažkas vyresnis vertė ar spaudė lytiškai santykiuoti	2	13,3	0	0,0	<i>F</i>	0,212
Netikėta arba smurtinė artimojo mirtis	4	26,7	0	0,0	<i>F</i>	<b>0,038</b>
Užpuolimas	0	0,0	0	0,0		
Užpuolimo liudininkas	0	0,0	0	0,0		
Stresą ar baimę kelianti medicininė procedūra	4	26,7	5	29,4	<i>F</i>	1,000
Buvo šalia karo veiksmų	0	0,0	0	0,0		
Kitas stresą keliantis ar grėsmingas įvykis	5	33,3	2	11,8	<i>F</i>	0,209

*Pastaba:* F = Fišerio kriterijus. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Analizuojant trauminės patirties ypatumus tarp mergaičių ir berniukų bendroje imtyje, apskaičiuota, kad mergaitės vidutiniškai patyrė 1,81 (*SD* = 1,91) trauminių įvykių, o berniukai – 2,36 (*SD* = 2,20) trauminių įvykių. Siekiant palyginti visų tyrime dalyvavusių mergaičių ir berniukų patirtų trauminių įvykių vidurkius ir trauminių įvykių paplitimą pagal jų tipus buvo naudotas *Mann-Whitney U* testas. Rezultatai atskleidė, kad trauminių įvykių paplitimas tarp lyčių statistiškai reikšmingai nesiskiria (*U* = 97,50, *Z* = -0,73, *p* = 0,465). Taip pat buvo nustatyta, kad berniukai vidutiniškai daugiau patyrė tarpasmeninio tipo trauminių įvykių (*M* = 1,73, *SD* = 1,74) negu mergaitės (*M* = 1,05, *SD* = 1,40), tačiau šis skirtumas nėra statistiškai reikšmingas (*U* = 85,50, *Z* = -1,23, *p* = 0,209).

Siekiant palyginti atskirų trauminių įvykių patyrimą tarp mergaičių ir berniukų bendroje imtyje buvo naudotas *Fišerio* kriterijus (3.1.3 lentelė). Rezultatai atskleidė, kad tarp trauminių įvykių nėra tokių įvykių, kuriuos mergaitės ar berniukai būtų patyrę statistiškai reikšmingai dažniau vieni už kitus.

3.1.3 lentelė. *Atskirų trauminių įvykių patyrimo palyginimas tarp mergaičių ir berniukų bendroje imtyje*

	Mergaitės ( <i>n</i> = 21)		Berniukai ( <i>n</i> = 11)		$\chi^2$	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Pavojinga gamtinė nelaimė	1	4,8	0	0,0	<i>F</i>	1,000
Nelaimingas atsitikimas ar sužalojimas	3	14,3	3	27,3	<i>F</i>	0,390
Apiplėšimas	0	0,0	0	0,0		
Fizinis smurtas šeimoje	1	4,8	3	27,3	<i>F</i>	0,106
Fizinis smurtas ne šeimoje	1	4,8	1	9,1	<i>F</i>	1,000
Fizinio smurto šeimoje liudininkas	6	28,6	4	36,4	<i>F</i>	0,703
Fizinio smurto aplinkoje liudininkas	5	23,8	6	54,5	<i>F</i>	0,123
Kažkas vyresnis lietė intymias kūno vietas	4	19,0	4	36,4	<i>F</i>	0,397
Kažkas vyresnis vertė ar spaudė lytiškai santykiauti	2	9,5	0	0,0	<i>F</i>	0,534
Netikėta arba smurtinė artimojo mirtis	3	14,3	1	9,1	<i>F</i>	1,000
Užpuolimas	0	0,0	0	0,0		
Užpuolimo liudininkas	0	0,0	0	0,0		
Stresą ar baimę kelianti medicininė procedūra	6	28,6	3	27,3	<i>F</i>	1,000
Buvo šalia karo veiksmų	0	0,0	0	0,0		
Kitas stresą keliantis ar grėsmingas įvykis	6	28,6	1	9,1	<i>F</i>	0,374

*Pastaba:* *F* = Fišerio kriterijus.

Analizuojant trauminių įvykių ir demografinių veiksnių sąsajas bendroje imtyje buvo naudotas *Spearman* koreliacijos metodas (3.1.4 lentelė). Rezultatai atskleidė, jog stipriausiai su patirtų trauminių įvykių skaičiumi siejasi šie veiksniai: vaiko gyvenimas nepilnoje šeimoje ( $r_s = 0,57$ ,  $p < 0,01$ ), suaugusiųjų, su kuriais gyvena vaikas, alkoholio ar narkotikų vartojimo problemos ( $r_s = 0,54$ ,  $p < 0,01$ ), ir vaiko psichologinės pagalbos gavimas ( $r_s = 0,46$ ,  $p < 0,01$ ). Su šiais demografiniais veiksniais siejasi tik tarpasmeninio tipo trauminiai įvykiai. Taigi, statistiškai reikšmingai daugiau tarpasmeninio tipo trauminių įvykių ir didesnę bendrą trauminių įvykių kiekį yra patyrę tie vaikai, kurie gyvena ne su abiem tėvais, o su globėjais arba su vienu iš tėvų; kurių aplinkoje bent vienas kartu gyvenantis suaugęs kada nors yra turėjęs alkoholio ar narkotikų vartojimo problemų; kurie yra gavę psichologinę pagalbą dėl patiriamų sunkumų.

3.1.4 lentelė. *Trauminių įvykių ir demografinių veiksnių sąsajos*

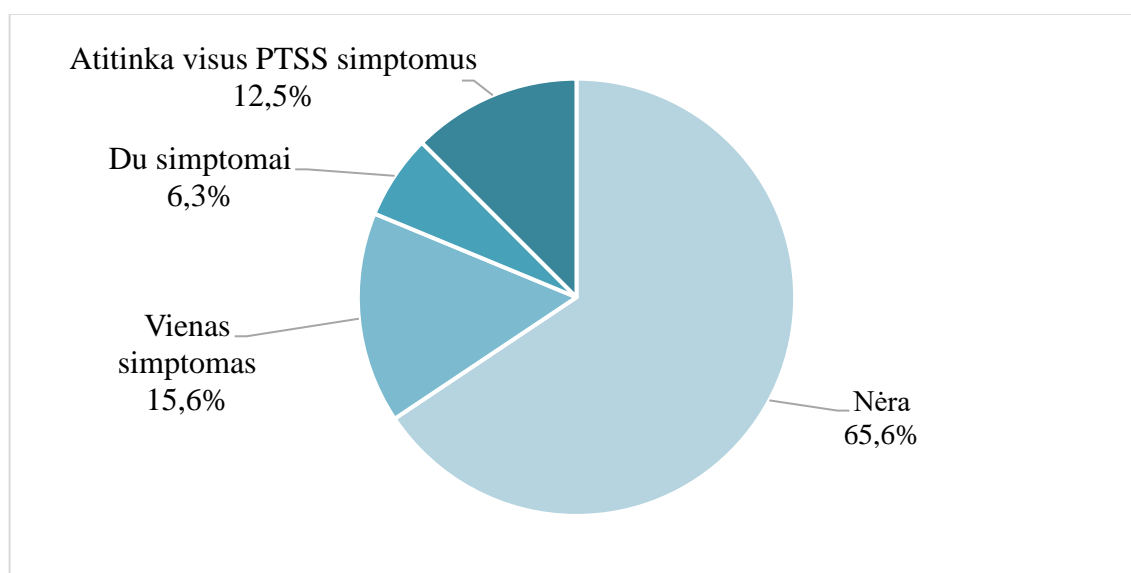
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Trauminių įvykių skaičius	-													
2. Tarpasmeninė trauma	0,87**	-												
3. Netarpasmeninė trauma	0,60**	0,26	-											
4. Gyvena nepilnoje šeimoje	<b>0,57**</b>	<b>0,62**</b>	0,09	-										
5. Gauna psichologinę pagalbą	<b>0,46**</b>	<b>0,45**</b>	0,22	0,60**	-									
6. Nedirba nei vienas iš tėvų	0,22	0,20	-0,13	0,23	0,31	-								
7. Lytis (berniukas)	0,13	0,23	0,12	-0,02	0,04	-0,13	-							
8. Amžiaus grupė (mokyklinis amžius)	0,09	0,09	0,09	-0,08	-0,11	0,19	0,11	-						
9. Turi brolių/seserų	0,03	0,04	0,01	-0,23	-0,12	0,11	0,45	0,17	-					
10. Nei vienas iš tėvų neturi aukštojo išsilavinimo	0,05	0,12	-0,06	0,09	-0,22	0,20	-0,11	0,06	0,13	-				
11. Artimų suaugusiųjų alkoholio/ narkotikų vartojimo problemos	<b>0,54**</b>	<b>0,51**</b>	0,08	0,53**	0,22	0,34	-0,22	0,26	-0,01	-0,30	-			
12. Artimų suaugusiųjų psichikos liga	0,05	0,13	-0,19	0,33	0,45*	-0,05	0,09	-0,24	-0,13	0,23	0,18	-		
13. Artimų suaugusiųjų įkalinimas	0,29	0,32	0,20	0,23	0,31	-0,03	0,25	-0,17	0,11	-0,20	-0,10	-0,05	-	
14. Artimų suaugusiųjų ilgalaikis darbas užsienyje	0,07	0,09	0,00	-0,04	-0,09	-0,09	-0,01	0,03	0,12	-0,22	0,33	-0,12	-0,09	-

*Pastaba:* \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ . Statistiškai reikšmingi ryšiai pažymėti paryškintu šriftu.

### 3.2. Potrauminio streso reakcijos tyrimo imtyje

Šiame tyrime PTSS yra apibrėžiamas per tris simptomų klasterius: 1) pakartotinį traumos patyrimą dabartyje, 2) trauminių prisiminimų vengimą, 3) nuolatinį grėsmės jausmą. PTSS diagnozės rizika laikoma tuomet, kai yra stebimas bent vienas simptomas iš kiekvieno PTSS simptomų klasterio ir su šiais simptomais susijęs funkcionavimo sutrikdymas kasdieniame gyvenime.

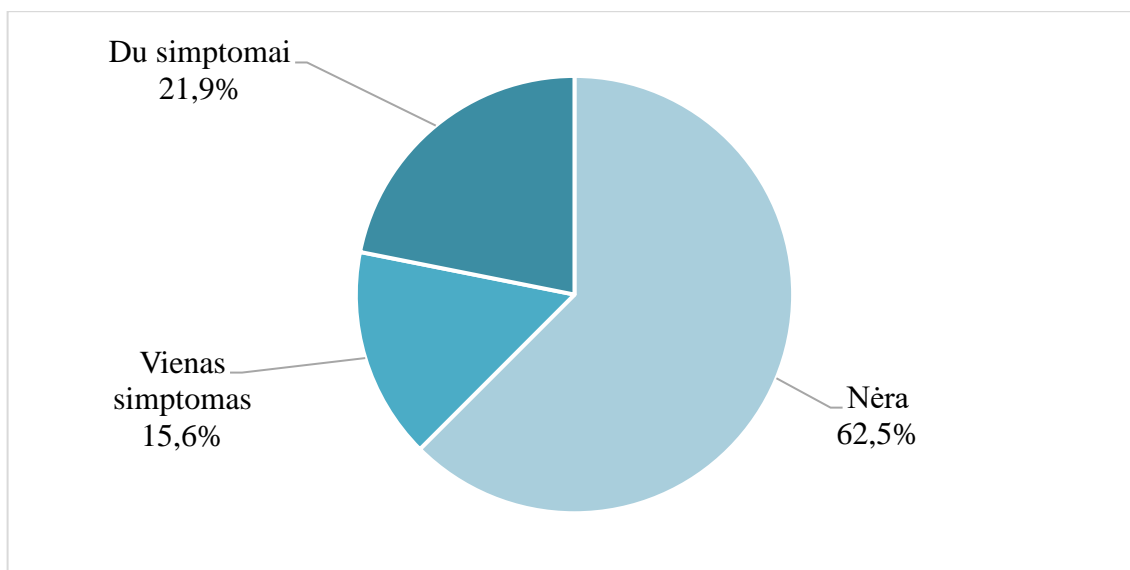
Remiantis tėvų/ globėjų pateikta informacija, nustatyta, kad iš visų tyrimo dalyvių keturiems vaikams (12,5%) yra būdingi visi PTSS diagnostiniai simptomai ir jie patenka į PTSS diagnozės rizikos grupę. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal jiems būdingų PTSS diagnostinių simptomų kiekį pateikiamas 2 pav.



2 pav. Tyrimo dalyvių procentinis pasiskirstymas pagal PTSS diagnostinių simptomų kiekį

Šiame tyrime taip pat buvo tiriama KPTSS diagnozės rizika. KPTSS diagnozės rizika laikoma tuomet, kai yra nustatyta PTSS diagnozės rizika ir yra stebimas bent vienas simptomas iš kiekvieno DSO simptomų klasterio bei pastebimi su DSO simptomais susiję funkcionavimo sutrikdymai bent vienoje srityje. DSO yra apibrėžiamas per tris simptomų klasterius: 1) sutrikusią afektų reguliaciją, 2) neigiamą savęs vaizdą, 3) sutrikusius santykius su kitais.

Remiantis tėvų/ globėjų pateikta informacija, nustatyta, kad tarp tyrimo dalyvių nėra tokių vaikų, kurie atitiktų visus DSO diagnostinius simptomus. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal jiems būdingų DSO diagnostinių simptomų kiekį pateikiamas 3 pav. Taigi, tarp tyrimo dalyvių nėra tokių vaikų, kurie galėtų patekti į KPTSS diagnozės rizikos grupę.



3 pav. Tyrimo dalyvių procentinis pasiskirstymas pagal DSO diagnostinių simptomų kiekį

Tėvų/ globėjų teigimu, tarp tyrimo dalyvių dažniausiai pastebimi DSO sutrikusios afektų reguliacijos simptomai (31,3%) ir PTSS vengimo (25,0%) ir grėsmės jausmo (25,0%) simptomai.

Klinikinėje grupėje iš 15 vaikų keturi vaikai (26,7%) patenka į PTSS diagnozės rizikos grupę, iš jų – viena mergaitė (25%) ir trys berniukai (75%). Amžiaus pasiskirstymas – 5 metai (25%), 6 metai (25%), 8 metai (50%). Klinikinėje grupėje nėra tokių vaikų, kuriems būtų būdingi visi DSO diagnostiniai simptomai.

Palyginamojoje grupėje nėra vaikų, kuriems būtų būdingi visi PTSS ar DSO diagnostiniai simptomai.

Siekiant palyginti atskirų PTSS ir DSO kriterijų patyrimą klinikinėje ir palyginamojoje grupėse buvo naudotas *Fišerio* kriterijus (3.2.1 lentelė). Rezultatai atskleidė, kad klinikinės grupės vaikai statistiškai reikšmingai dažniau nei palyginamosios grupės vaikai patiria visus PTSS diagnostinius simptomus: pakartotinį patyrimą ( $p = 0,015$ ), vengimą ( $p = 0,001$ ), grėsmės jausmą ( $p = 0,013$ ) ir funkcionavimo sutrikdymą ( $p = 0,042$ ) bei dažniau patenka į PTSS diagnozės rizikos grupę ( $p = 0,038$ ). Taip pat šie vaikai dažniau patiria vieną iš DSO diagnostinių simptomų – sutrikusią afektų reguliaciją ( $p = 0,021$ ) ir funkcionavimo sutrikdymą ( $p = 0,004$ ).

Siekiant palyginti atskirų PTSS ir DSO kriterijų patyrimą tarp mergaičių ir berniukų bendroje imtyje buvo naudotas *Fišerio* kriterijus (3.2.2 lentelė), tačiau nebuvo rasta statistiškai reikšmingų skirtumų tarp mergaitėms ir berniukams būdingų PTSS ir DSO kriterijų.

3.2.1 lentelė. PTSS ir DSO kriterijų palyginimas klinikinėje ir palyginamojoje grupėse

	Klinikinė grupė		Palyginamoji		$\chi^2$	p
	(n = 15)		grupė (n = 17)			
	n	%	n	%		
PTSS diagnozės rizika	4	26,7	0	0,0	F	<b>0,038</b>
Pakartotinis patyrimas	5	33,3	0	0,0	F	<b>0,015</b>
Vengimas	8	53,3	0	0,0	F	<b>0,001</b>
Grėsmės jausmas	7	46,7	1	5,9	F	<b>0,013</b>
Funkcionavimo sutrikdymas	11	73,7	6	35,3	F	<b>0,042</b>
DSO diagnozės rizika	0	0,0	0	0,0		
Sutrikusi afektų reguliacija	8	53,3	2	11,8	F	<b>0,021</b>
Neigiamas savęs vaizdas	4	26,7	2	11,8	F	0,383
Sutrikę santykiai su kitais	3	20,0	0	0,0	F	0,092
Funkcionavimo sutrikdymas	11	73,3	3	17,6	F	<b>0,004</b>
KPTSS diagnozės rizika	0	0,0	0	0,0		

Pastaba: F = Fišerio kriterijus. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

3.2.2 lentelė. PTSS ir DSO kriterijų palyginimas tarp mergaičių ir berniukų bendroje imtyje

	Mergaitės (n = 21)		Berniukai (n = 11)		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
PTSS diagnozės rizika	1	4,8	3	27,3	F	0,106
Pakartotinis patyrimas	2	9,5	3	27,3	F	0,310
Vengimas	5	23,8	3	27,3	F	1,000
Grėsmės jausmas	4	19,0	4	36,4	F	0,397
Funkcionavimo sutrikdymas	11	52,4	6	54,5	F	1,000
DSO diagnozės rizika	0	0,0	0	0,0		
Sutrikusi afektų reguliacija	7	33,3	3	27,3	F	1,000
Neigiamas savęs vaizdas	3	14,3	3	27,3	F	0,390
Sutrikę santykiai su kitais	1	4,8	2	18,2	F	0,266
Funkcionavimo sutrikdymas	9	42,9	5	45,5	F	1,000
KPTSS diagnozės rizika	0	0,0	0	0,0		

Pastaba: F = Fišerio kriterijus.

Taip pat šiame darbe buvo analizuojami OCTS testo, kuriame informantai buvo vaikai, įverčiai, kuriuos tyrėjas galėjo nustatyti stebėdamas vaiko žaidimą ir analizuodamas jo pasakojamą naratyvą.

Siekiant palyginti klinikinės ir palyginamosios grupių OCTS testo įverčių vidurkius ir nustatyti, kurie vaikai demonstruoja daugiau traumos ženklų, buvo naudojamas *Mann-Whitney U* testas. Rezultatai atskleidė, kad klinikinės grupės vaikai demonstruoja vidutiniškai daugiau traumos ženklų ( $M = 3,17$ ,  $SD = 2,38$ ) negu palyginamosios grupės vaikai ( $M = 2,03$ ,  $SD = 1,67$ ), tačiau šis skirtumas nėra statistiškai reikšmingas ( $U = 91,50$ ,  $Z = -1,36$ ,  $p = 0,172$ ).

Siekiant palyginti OCTS testo įverčius tarp tyrimo dalyvių, kuriems būdingi visi PTSS diagnostiniai simptomai ir yra PTSS diagnozės rizikos grupėje, ir tyrimo dalyvių, kurie nėra PTSS diagnozės rizikos grupėje, buvo naudojamas *Mann-Whitney U* testas (3.2.3 lentelė). Rezultatai parodė, kad vaikai, esantys PTSS diagnozės rizikos grupėje, demonstruoja vidutiniškai daugiau traumos ženklų OCTS teste ( $M = 3,19$ ,  $SD = 2,76$ ) negu vaikai, nesantys PTSS diagnozės rizikos grupėje ( $M = 2,47$ ,  $SD = 2,01$ ), tačiau šis skirtumas nėra statistiškai reikšmingas ( $U = 49,00$ ,  $Z = -0,40$ ,  $p = 0,689$ ).

3.2.3 lentelė. *OCTS* testo įverčių palyginimas tarp tyrimo dalyvių, esančių PTSS rizikos grupėje ir nesančių PTSS rizikos grupėje

	Yra PTSS rizikos grupėje ( $n = 4$ )		Nėra PTSS rizikos grupėje ( $n = 28$ )		<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
	Rangų vidurkis	Rangų suma	Rangų vidurkis	Rangų suma			
OCTS įvertis	18,25	73,00	16,25	455,00	49,00	-0,40	0,689

*Pastaba:* OCTS = Odensės vaiko traumos atpažinimo testas.

### 3.3. Potrauminio streso reakcijų sąsajos su traumine patirtimi

Analizuojant potrauminio streso reakcijų sąsajas su traumine patirtimi bendroje imtyje buvo naudotas *Spearman* koreliacijos metodas (3.3.1 lentelė). Rezultatai atskleidė, jog su patirtų trauminių įvykių skaičiumi siejasi PTSS vengimo simptomų klasteris ( $r_s = 0,40$ ,  $p < 0,05$ ) ir PTSS diagnozės rizika (visų PTSS diagnostinių simptomų patyrimas) ( $r_s = 0,38$ ,  $p < 0,05$ ). Taigi vaikams, patyrusiems daugiau trauminių įvykių, yra būdingesni PTSS vengimo simptomai ir jie dažniau patenka į PTSS diagnozės rizikos grupę.

3.3.1 lentelė. *Potrauminio streso reakcijų, OCTS testo įverčių ir trauminių įvykių sąsajos*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. OCTS įvertis	-												
ITQ-CA/P:													
PTSS kriterijai													
2. Pakartotinis patyrimas	-0,07	-											
3. Vengimas	0,03	0,55**	-										
4. Grėsmės jausmas	0,01	0,75**	0,50**	-									
5. Funkcionavimo sutrikdymas	0,05	0,40*	0,11	0,25	-								
6. PTSS diagnozės rizika	0,07	0,88**	0,66**	0,66**	0,36*	-							
DSO kriterijai													
7. Sutrikusi afektų reguliacija	0,08	0,64**	0,39*	0,55**	0,36*	0,56**	-						
8. Neigiamas savęs vaizdas	-0,04	0,23	0,09	0,09	0,29	0,30	0,54**	-					
9. Sutrikę santykiai su kitais	0,37*	-0,14	0,19	0,06	0,30	-0,12	0,01	0,12	-				
10. Funkcionavimo sutrikdymas	0,06	0,31	0,07	0,22	0,70**	0,24	0,49**	0,55**	0,37*	-			
11. Trauminių įvykių skaičius	0,29	0,31	<b>0,40*</b>	0,23	0,09	<b>0,38*</b>	0,26	0,22	0,01	0,11	-		
12. Tarpasmeninė trauma	0,33	0,30	<b>0,50**</b>	0,30	0,10	<b>0,42*</b>	0,23	0,21	0,10	0,14	0,87**	-	
13. Netarpasmeninė trauma	0,03	0,24	0,18	0,05	0,02	0,33	0,11	0,14	-0,04	-0,13	0,60**	0,26	-

*Pastaba:* \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ . Statistiškai reikšmingi ryšiai pažymėti paryškintu šriftu.



Toliau analizuojant potrauminių streso reakcijų ir trauminių įvykių ryšį, nustatyta, kad iš visų trauminių įvykių tarpasmeninio tipo įvykiai yra stipriausiai susiję su PTSS vengimo simptomų klasteriu ( $r_s = 0,50$ ,  $p < 0,01$ ) ir PTSS diagnozės rizika ( $r_s = 0,42$ ,  $p < 0,05$ ).

Siekiant palyginti trauminių įvykių paplitimą pagal jų tipus (tarpasmeninio ir netarpasmeninio tipo) tarp tyrimo dalyvių, esančių PTSS rizikos grupėje ir nesančių PTSS rizikos grupėje, buvo naudotas *Mann-Whitney U* testas (3.3.2 lentelė). Vaikai, esantys PTSS diagnozės rizikos grupėje, statistiškai reikšmingai dažniau patyrė tarpasmeninio tipo trauminius įvykius negu vaikai, nesantys PTSS diagnozės rizikos grupėje – atitinkamai  $M = 3,00$  ( $SD = 1,41$ ) ir  $M = 1,04$  ( $SD = 1,40$ ) ( $U = 17,00$ ,  $Z = -2,34$ ,  $p = 0,019$ ). Vaikai, esantys PTSS diagnozės rizikos grupėje, taip pat vidutiniškai dažniau patyrė netarpasmeninio tipo trauminius įvykius, tačiau šis skirtumas nėra statistiškai reikšmingas ( $U = 29,00$ ,  $Z = -1,83$ ,  $p = 0,067$ ).

3.3.2 lentelė. *Trauminių įvykių tipų palyginimas tarp tyrimo dalyvių, esančių PTSS rizikos grupėje ir nesančių PTSS rizikos grupėje*

	Yra PTSS rizikos grupėje ( $n = 4$ )		Nėra PTSS rizikos grupėje ( $n = 28$ )		$U$	$Z$	$p$
	$M$	$SD$	$M$	$SD$			
Tarpasmeninio tipo trauma	3,00	1,41	1,04	1,40	17,00	-2,34	<b>0,019</b>
Netarpasmeninio tipo trauma	1,25	1,26	0,39	0,69	29,00	-1,83	0,067

### 3.4. Potrauminio streso reakcijų sąsajos su demografiniais veiksniais

Analizuojant potrauminio streso reakcijų (PTSS ir DSO simptomų) ir OCTS testo įverčių sąsajas su demografiniais veiksniais bendroje imtyje buvo naudotas *Spearman* koreliacijos metodas, rezultatai pateikti 3.4.1 lentelėje. Iš lentelėje pateiktų demografinių veiksnių statistiškai stipriausi ryšiai nustatyti tarp potrauminio streso reakcijų ir vaiko gyvenimo nepilnoje šeimoje, vaikui artimų suaugusiųjų įkalinimo ir ilgalaikio darbo užsienyje bei psichologinės pagalbos gavimo.

3.4.1 lentelė. *Potrauminio streso reakcijų ir OCTS testo įverčių sąsajos su demografiniais veiksniais*

	Lytis (berniukas)	Amžiaus grupė (mo- kyklinis amžius)	Turi brolių/ seserų	Gyvena nepilnoje šeimoje	Psicholo- ginės pagalbos gavimas	Nei vienas iš tėvų neturi aukštojo išsilavinimo	Nedirba nei vienas iš tėvų	Artimųjų alkoholio/ narkotikų vartojimo problemos	Artimųjų įkalini- mas	Artimųjų ilgalaikis darbas užsienyje
OCTS įvertis	-0,10	<b>-0,43*</b>	0,04	0,07	0,09	0,33	0,09	0,22	0,09	0,32
<b>PTSS</b>										
<u>simptomai:</u>										
Pakartotinis patyrimas	0,23	-0,06	-0,11	<b>0,56**</b>	0,35	-0,21	-0,08	-0,02	-0,08	0,01
Vengimas	0,04	0,04	-0,12	<b>0,75**</b>	0,33	0,07	-0,10	<b>0,39*</b>	-0,10	0,09
Grėsmės jausmas	0,19	-0,10	0,04	<b>0,45*</b>	0,17	0,07	-0,10	0,04	-0,10	0,28
PTSS diagnozės rizika	0,32	0,02	0,03	<b>0,49**</b>	<b>0,44*</b>	-0,14	-0,07	0,03	-0,07	0,06
<b>DSO</b>										
<u>simptomai:</u>										
Sutrikusi afektų reguliacija	-0,06	-0,09	-0,18	0,31	0,23	-0,19	-0,12	0,13	-0,12	<b>0,54**</b>
Neigiamas savęs vaizdas	0,16	0,03	-0,06	0,12	0,28	-0,10	-0,08	0,13	<b>0,38*</b>	<b>0,39*</b>
Sutrikę santykiai su kitais	0,22	-0,30	0,20	-0,03	0,06	<b>0,37*</b>	-0,06	-0,17	<b>0,56**</b>	<b>0,39*</b>

*Pastaba:* \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ . Statistiškai reikšmingi ryšiai pažymėti paryškintu šriftu.

Iš visų tyrimo dalyvių 20 vaikų (62,5%) gyvena pilnose šeimose su abiem tėvais, o 12 vaikų gyvena nepilnose šeimose – su vienu iš tėvų arba su globėjais (37,5%). Nepilnose šeimose gyvena daugiau vaikų iš klinikinės grupės (80%) nei iš palyginamosios grupės (0%). Su šiuo demografiniu veiksmu stipriausiai koreliuoja PTSS diagnozės rizika ( $r_s = 0,49, p < 0,01$ ), pakartotinio patyrimo ( $r_s = 0,56, p < 0,01$ ) ir vengimo ( $r_s = 0,75, p < 0,01$ ) simptomų klasteriai. Silpnėsnis ryšys taip pat buvo nustatytas tarp vaiko gyvenimo nepilnoje šeimoje ir PTSS grėsmės jausmo simptomų klasterio ( $r_s = 0,45, p < 0,05$ ). Taigi, rezultatai rodo, kad vaikams iš nepilnų šeimų yra būdingesni visi PTSS simptomai bei PTSS diagnozės rizika negu vaikams, gyvenantiems pilnose šeimose su abiem tėvais.

Iš visų tyrimo dalyvių psichologinę pagalbą yra gavę 8 vaikai (25,0%). Psichologinę pagalbą klinikinėje grupėje yra gavę 53,3% vaikų, o palyginamojoje grupėje nei vienas vaikas nėra gavęs tokios pagalbos. Su šiuo demografiniu veiksmu stipriausiai koreliuoja PTSS diagnozės rizika ( $r_s = 0,44, p < 0,05$ ). Taigi, rezultatai rodo, kad vaikams, kurie yra kreipęsi ir gavę psichologinę pagalbą, yra būdinga didesnė PTSS diagnozės rizika negu vaikams, niekada negavusiems tokios pagalbos.

Iš visų tyrimo dalyvių vieno vaiko artimas suaugęs yra buvęs įkalinimo įstaigoje (3,1%), šis vaikas priklauso klinicinei grupei. Rezultatai rodo, kad su šiuo demografiniu veiksmu stipriausiai koreliuoja DSO simptomų klasteriai – sutrikę santykiai su kitais ( $r_s = 0,56, p < 0,01$ ) ir neigiamas savęs vaizdas ( $r_s = 0,38, p < 0,05$ ).

Iš visų tyrimo dalyvių šešių vaikų (18,8%) tėvai ar kiti jiems artimi suaugusieji yra ilgą laiką dirbę užsienyje. Su šiuo įvykiu dažniau yra susidūrę klinikinės grupės vaikai (33,3%) negu palyginamosios grupės vaikai (5,9%). Rezultatai rodo, kad su šiuo demografiniu veiksmu stipriausiai koreliuoja DSO sutrikusios afektų reguliacijos simptomų klasteris ( $r_s = 0,54, p < 0,01$ ). Silpnėsniai ryšiai taip pat buvo nustatyti tarp tėvų ar kitų artimų suaugusiųjų ilgalaikio darbo užsienyje ir DSO neigiamo savęs vaizdo ( $r_s = 0,39, p < 0,05$ ) bei sutrikusių santykių su kitais ( $r_s = 0,39, p < 0,05$ ) simptomų klasterių.

Silpnėsniai ryšiai taip pat buvo nustatyti tarp OCTS įverčio ir vaiko amžiaus ( $r_s = -0,43, p < 0,05$ ), vaikui artimų suaugusiųjų alkoholio/ narkotikų vartojimo problemų ir PTSS vengimo simptomų klasterio ( $r_s = 0,39, p < 0,05$ ), tėvų aukštojo išsilavinimo neturėjimo ir DSO sutrikusių santykių su kitais simptomų klasterio ( $r_s = 0,37, p < 0,05$ ).

### **3.5. Potrauminio streso sutrikimo prognozavimo galimybės**

Siekiant išsiaiškinti rizikos veiksnių prognozines vertes potrauminio streso sutrikimo (PTSS) atžvilgiu buvo sudaromas logistinės regresijos modelis (3.5.1 lentelė). Logistinėje regresijoje priklausomu kintamuoju buvo parinktas PTSS diagnozės kriterijų atitikimo kintamasis (reikšmės: 1 –

atitinka visus PTSS diagnostinius simptomus ir yra PTSS diagnozės rizikos grupėje, 0 – nėra PTSS diagnozės rizikos grupėje). Sudarant logistinės regresijos modelį ir atsižvelgiant į anksčiau nustatytas statistiškai reikšmingas sąsajas su PTSS diagnozės rizika, nepriklausomais kintamaisiais buvo parinkti: priklausymas klinikinei grupei, trauminių įvykių skaičius, gyvenimas nepilnoje šeimoje ir psichologinės pagalbos gavimas. Gautas modelis yra statistiškai reikšmingas ( $\chi^2$  ( $df = 4, N = 32$ ) = 10,055,  $p = 0,040$ ), o tai nurodo, kad sudarytas modelis gali prognozuoti PTSS diagnozės riziką bendroje tyrimo imtyje. Šis modelis paaiškina nuo 27,0% (*Cox & Snell R Square*) iki 50,9% (*Nagelkerke R Square*) duomenų pasiskirstymo ir teisingai prognozuoja 87,5% atvejų.

3.5.1 lentelė. *PTSS diagnozės prognostinis modelis*

Nepriklausomi kintamieji	Priklausomas kintamasis		$\chi^2$	$df$	$p$
	PTSS diagnozė				
	<i>OR</i>	$p$			
Priklauso klinikinei grupei	1,95	1,000			
Trauminių įvykių skaičius	1,24	0,491	10,055	4	0,040
Gyvena nepilnoje šeimoje	0,00	0,999			
Yra gavęs psichologinę pagalbą	0,40	0,517			

*Pastaba:* OR = tikimybių santykis.

Logistinės regresijos analizė atskleidė tendencijas, kurios rodo, kad priklausymas klinikinei grupei ( $OR = 1,95$ ) susijęs su dvigubai didesne tikimybe turėti PTSS diagnozę. Taip pat kiekvienas papildomas trauminis įvykis padidina tikimybę, jog tyrimo dalyvis gaus PTSS diagnozę, 1,24 karto ( $OR = 1,24$ ). Dėl nedidelės tyrimo dalyvių imties logistinėje regresijoje įtraukti prognozuojantys PTSS kintamieji nebuvo statistiškai reikšmingi.

## 4. REZULTATŲ APTARIMAS

Šis tyrimas – vienas pirmųjų Lietuvoje, kuriame buvo analizuotos trauminės patirtys ir potrauminio streso reakcijos mažų vaikų imtyje. Šio tyrimo metu buvo analizuoti trauminių patirčių ir potrauminio streso reakcijų ypatumai mažų vaikų imtyje ir skirtumai tarp klinikinės ir palyginamosios tyrimo dalyvių grupių bei įvertintos trauminių patirčių, potrauminio streso reakcijų ir demografinių veiksnių sąsajos. Taip pat šis tyrimas yra vienas pirmųjų Lietuvoje, kuriame siekiant įvertinti mažų vaikų savijautą buvo apklausiami ne tik jų tėvai/ globėjai, bet ir patys vaikai, todėl į tyrimo metodologiją buvo įtrauktas instrumentas, atitinkantis tyrime dalyvavusių vaikų amžių. Atlikta mokslinės literatūros ir tyrimo duomenų analizė parodė, kad maži vaikai yra didelėje rizikoje susidurti su trauminėmis patirtimis ir patirti potrauminio streso reakcijas. Toliau yra detaliau apžvelgiami šiame tyrime gauti rezultatai ir lyginami su kitų autorių tyrimų rezultatais.

### 4.1. Trauminių patirčių ypatumai mažų vaikų imtyje

Tyrimo dalyvių trauminės patirties analizė atskleidė, kad daugiau nei pusė tyrime dalyvavusių 3-8 metų vaikų (68,75%) yra patyrę bent vieną trauminių įvykių per visą gyvenimą. Tyrimo dalyviai per visą gyvenimą vidutiniškai yra patyrę 2,00 ( $SD = 2,00$ ) trauminius įvykius. Dažniausi tyrimo dalyvių patirti trauminiai įvykiai – buvimas fizinio smurto aplinkoje liudininku (34,4%), buvimas fizinio smurto šeimoje liudininku (31,3%) ir stresą ar baimę kelianti medicininė procedūra (28,1%). Vis dėlto, šio tyrimo rezultatai nurodo didesnę trauminių įvykių paplitimą lyginant su kitose šalyse atliktais tyrimais vyresnių vaikų ir paauglių imtyse. Olandijoje atlikto tyrimo duomenys nurodo, kad 14% 7-13 metų vaikų yra patyrę bent vieną trauminių įvykių per visą gyvenimą (Alisic et al., 2008), tuo tarpu JAV atlikto tyrimo duomenimis, per visą gyvenimą bent vieną trauminių įvykių patyrė 54% 9-13 metų vaikų (Copeland et al., 2007). Toks neatitikimas gali būti paaiškinamas tuo, kad minėtuose tyrimuose buvo tiriami tik bendrosios populiacijos vaikai, o šiame tyrime buvo įtraukta ir klinikinė vaikų grupė.

Trauminių įvykių paplitimas skiriasi tarp klinikinės ir palyginamosios vaikų grupių. Tėvai/ globėjai nurodė, kad vaikai iš klinikinės grupės yra patyrę reikšmingai daugiau trauminių įvykių negu vaikai iš palyginamosios grupės – atitinkamai 3,13 ir 1,00 įvykių. Didžiausias skirtumas tarp trauminių įvykių paplitimo tyrimo dalyvių grupėse buvo tai, kad klinikinėje grupėje vaikai daugiau nei keturis kartus dažniau yra patyrę tarpasmeninio tipo trauminius įvykius negu vaikai palyginamojoje grupėje. Klinikinėje grupėje vaikai dažniausiai buvo fizinio smurto šeimoje liudininkais, patyrė, kai kažkas vyresnis lietė intymias kūno vietas, ir netikėtą ar smurtinę artimojo mirtį. Palyginamojoje grupėje vaikai dažniausiai patyrė baimę keliančias medicininės procedūras. Buvo rastas tik vienas tyrimas,

kuriame buvo lyginamos dvi tyrimo dalyvių grupės – klinikinė ir bendrosios populiacijos. Danijoje atliktame tyrime gauti rezultatai nurodo panašias tendencijas 4-9 metų vaikų imtyje (Løkkegaard et al., 2021). Taigi, šiame tyrime patirtų trauminių įvykių skirtumui tarp tyrimo grupių turėjo įtakos tai, kad klinikinėje grupėje vaikai yra iš psichologinės pagalbos centrų, į kuriuos patenka vaikai, galimai nukentėję nuo smurto, todėl galima tikėtis, kad šie vaikai yra patyrę daugiau nepalankių patirčių ir tarpasmeninio tipo trauminių įvykių negu vaikai bendrojoje populiacijoje.

Trauminių įvykių paplitimas tarp lyčių statistiškai reikšmingai nesiskyrė, tačiau stebima tendencija, kad berniukai yra patyrę vidutiniškai daugiau trauminių įvykių negu mergaitės – atitinkamai 2,36 ir 1,81. Išsamių tyrimų, analizuojančių trauminių patirčių paplitimą tarp lyčių mažų vaikų imtyje nėra, o tyrimai vyresnių vaikų ir paauglių imtyse nurodo panašias tendencijas, kad mergaitės ir berniukai patiria panašų kiekį trauminių įvykių (Alisic et al., 2008; Briggs-Gowan et al., 2010; Costello et al., 2002).

#### **4.2. Trauminių patirčių sąsajos su demografiniais veiksniais**

Šio tyrimo metu taip pat buvo analizuojamos sąsajos tarp trauminių patirčių ir tyrimo dalyvių demografinių veiksnių. Rezultatai parodė, kad didesnę bendrą trauminių įvykių kiekį ir daugiau tarpasmeninių traumų yra patyrę vaikai, gyvenantys ne pilnose šeimose, o su globėjais arba su vienu iš tėvų. Šie rezultatai dera su kitais tyrimais, nurodančiais, kad gyvenimas nepilnoje šeimoje yra susijęs su beveik tris kartus didesne tikimybe vaikams patirti smurtą ir kitas tarpasmenines traumas (Briggs-Gowan et al., 2010; Landolt et al., 2013; van Berkel et al., 2020). Maži vaikai yra ypač priklausomi nuo savo tėvų ir jų teikiamos apsaugos bei paramos, todėl vieno iš tėvų nebuvimas vaiko gyvenime gali reikšmingai padidinti riziką, kad vaikas augs mažiau saugioje ir patikimoje aplinkoje.

Taip pat šiame tyrime buvo nustatyta, kad daugiau trauminių įvykių patyrė tie vaikai, kurių aplinkoje bent vienas kartu gyvenantis suaugęs kada nors yra turėjęs alkoholio ar narkotikų vartojimo problemų. Tuo tarpu JAV atliktame tyrime (Costello et al., 2002) nebuvo rastas reikšmingas ryšys tarp trauminių patirčių ir kartu gyvenančių suaugusiųjų turimų priklausomybių. Šiuos neatitikimus gali lemti tyrimų imčių charakteristikos – JAV atliktame tyrime dažniausias vaikų patirtas trauminis įvykis yra artimojo mirtis, o mūsų tyrime daugiausia tyrimo dalyvių yra patyrę tarpasmeninio tipo trauminius įvykius, o tėvų piktnaudžiavimas alkoholiu/ narkotikais gali padidinti riziką vaikui patirti ar stebėti smurtą artimoje aplinkoje (Dube et al., 2001).

Tyrimo metu taip pat buvo nustatyta, kad daugiau trauminių įvykių patyrė tie vaikai, kurie yra gavę psichologinę pagalbą dėl savo patiriamų sunkumų, kas yra susiję su tyrimo dalyvių atrankos ypatumais.

Psichologinę pagalbą dėl sunkumų yra gavę tik dalis klinikinės grupės vaikų, o šie vaikai pasižymi tuo, kad yra patyrę daugiau nepalankių patirčių lyginant su palyginamosios grupės vaikais, todėl jų artimoje aplinkoje esantys suaugusieji galėjo pastebėti, jog vaikas galimai turi trauminę patirtį, ir kreiptis į atitinkamas institucijas, kuriose buvo atliekamas įvertinimas ir buvo galimybė gauti psichologinę pagalbą. Tačiau šiame tyrime mes nevertinome, ar gauta psichologinė pagalba buvo susijusi su vaiko potrauminio streso ar kitais emociniais ir elgesio sunkumais patyrus trauminę patirtį.

Apibendrinant trauminės patirties įvertinimo rezultatus, galima teigti, kad šio tyrimo rezultatai atskleidė didelį trauminių patirčių paplitimą mažų vaikų imtyje. Nors tyrime dalyvavo maži vaikai, rezultatai yra panašūs ar net aukštesni už vyresnių paauglių trauminės patirties tyrimus. Vis dėlto, šioje srityje stebimas mokslinių tyrimų trūkumas, ypač tiriančių panašaus amžiaus diapazono vaikus ir įtraukiančių ne tik bendrosios populiacijos, bet ir klinikinės grupės vaikus, todėl šiame tyrime gautus rezultatus sunku palyginti su kitų tyrėjų tyrimais. Tai pabrėžia tolesnių tyrimų reikalingumą tiek Lietuvoje, tiek kitose šalyse, siekiant geriau suprasti mažų vaikų trauminės patirties ypatumus.

#### **4.3. Potrauminio streso reakcijų ypatumai mažų vaikų imtyje**

Potrauminio streso sutrikimo (PTSS) ir kompleksinio potrauminio streso sutrikimo (KPTSS) reakcijos buvo vertinamos remiantis ITQ-CA/P klausimyno, kurį užpildė vaiko tėvai/ globėjai, rezultatais. Šioje tyrimo imtyje buvo nustatytas gana aukštas potrauminio streso sutrikimo paplitimo lygis – net 12,5% vaikų (iš jų yra 25% mergaičių ir 75% berniukų) atitiko visus PTSS kriterijus pagal Tarptautinės ligų klasifikacijos 11-ąją leidimą. Tai reiškia, kad kas aštuntas vaikas tyrimo imtyje susiduria su PTSS diagnozės rizika. Šiame tyrime nustatyti PTSS įverčiai yra šiek tiek aukštesni palyginus su rezultatais gautais Lietuvos paauglių bendrosios populiacijos imtyje, kuriais buvo gauta, kad PTSS paplitimas tarp 12-16 metų paauglių yra 7,5% (N = 1299) (Daniunaite et al., 2021). Šiame tyrime nebuvo vaikų, atitinkančių visus KPTSS sutrikimo simptomus, tačiau minėtame tyrime net 8,3% 12-16 metų paauglių bendrojoje populiacijoje atitinka visus KPTSS kriterijus. Nebuvo rasta nei vieno tyrimo, kuriame būtų tiriama KPTSS rizika mažų vaikų imtyje, todėl šiame tyrime gautų rezultatų negalima palyginti su kitais tyrimų rezultatais, juolab, kad KPTSS tyrimai vaikų ir paauglių imtyse pasaulyje dar tik pradami vykdyti. Šiame tyrime tarp tyrimo dalyvių dažniausiai buvo pastebimi šie simptomai: DSO sutrikusios afektų reguliacijos simptomas (31,3%) ir PTSS vengimo (25,0%) ir grėsmės jausmo (25,0%) simptomai. Kitų simptomų paplitimas buvo kiek mažesnis, todėl galima svarstyti, kad tėvams/ globėjams gali būti sunkiau pastebėti internalius PTSS pakartotinio patyrimo ir

KPTSS negatyvaus savęs vaizdo simptomus (Scheeringa et al., 2011) bei vaikų tarpasmeninių santykių sunkumus, ypač jei vaikas daugiau laiko praleidžia ugdymo įstaigoje. Nepaisant to, šis darbas pateikia papildomų, nors ir preliminarių, įrodymų dėl būtinybės atlikti tolesnius tyrimus apie mažų vaikų KPTSS reakcijas ir kurti naujas tyrimų strategijas, kurios galėtų padėti tinkamai įvertinti mažų vaikų KPTSS simptomatiką.

Potrauminio streso reakcijų paplitimas skiriasi klinikinėje ir palyginamojoje grupėse. Tėvai/globėjai nurodė, kad į PTSS rizikos grupę patenka 26,7% vaikų iš klinikinės grupės ir 0% vaikų iš palyginamosios grupės. Tokie rezultatai yra artimi, bet šiek tiek mažesni palyginus su rezultatais gautais Danijoje tiriant mažų vaikų rizikos ir bendrosios populiacijos grupes (Løkkegaard et al., 2021). Tokie neatitikimai gali būti paaiškinti tuo, kad Danijoje atlikto tyrimo metu į rizikos grupę buvo įtraukiami vaikai ne tik iš psichologinės pagalbos vaikams centrų, bet ir iš vaikų psichikos sveikatos centrų bei moterų krizių centrų, kuriuose tikėtina, kad vaikai yra patyrę daugiau ilgalaikių ar daugkartinių trauminių įvykių. Šiame tyrime klinikinės grupės vaikai lyginant su palyginamosios grupės vaikais dažniau patiria visus PTSS ir DSO diagnostinius simptomus. Remiantis tyrime sudarytu regresinės analizės modeliu, priklausymas klinicinei grupei gali prognozuoti du kartus didesnę tikimybę susidurti su PTSS diagnozės rizika. Šie rezultatai dera su kitais naujausiais tyrimais, nurodančiais, kad į klinikinę imtį patenkantys vaikai iš psichologinės pagalbos centrų, globos namų ar kitų įstaigų, teikiančių pagalbą vaikams, yra itin pažeidžiama vaikų populiacija, patirianti reikšmingai daugiau psichikos sveikatos sunkumų ir turinti didesnę riziką PTSS diagnozei (Jørgensen et al., 2020; Haselgruber et al., 2020a; Haselgruber et al., 2020b). Tai rodo būtinybę dažniau įtraukti šią populiaciją į psichotraumatologijos ir kitus vaikų patiriamus sunkumus nagrinėjančius tyrimus.

Potrauminio streso reakcijų paplitimas tarp lyčių statistiškai reikšmingai nesiskyrė, tačiau vis tik galima pastebėti tendenciją, kad didesnė berniukų dalis atitiko visus PTSS simptomus (27,3% berniukų ir 4,8% mergaičių). Berniukai vidutiniškai dažniau patyrė visus PTSS simptomus – pakartotinį patyrimą, vengimą ir grėsmės jausmą, bei DSO simptomus – neigiamą savęs vaizdą ir sutrikusius santykius su kitais. Mergaitės dažniau patyrė sutrikusią afektų reguliaciją (DSO simptomas). Šie rezultatai dera su kitais tyrimais, nurodančiais, kad tarp berniukų ir mergaičių potrauminio streso simptomų nėra statistiškai reikšmingų skirtumų (Graham-Bermann et al., 2008; Valentino et al., 2010). Kita vertus, tyrimo dalyvių imtis buvo pakankamai maža, kad būtų galima išsamiau paanalizuoti lyčių skirtumus.

Šiame darbe vaikų psichologinė savijauta taip pat buvo vertinama apklausiant pačius vaikus naudojant OCTS testą, kuris buvo sukurtas siekiant nustatyti elgesio ir pasakojamo naratyvo



reprezentacijas, atskleidžiančias 4-8 metų vaikų trauminės patirties ženklus. Stebima tendencija, kad vidutiniškai daugiau traumos ženklų OCTS teste demonstruoja tyrimo dalyviai iš klinikinės grupės ( $M = 3,17$ ) ir esantys PTSS diagnozės rizikos grupėje ( $M = 3,19$ ) negu tyrimo dalyviai iš palyginamosios grupės ( $M = 2,03$ ) ir nesantys PTSS diagnozės rizikos grupėje ( $M = 2,47$ ). Šie rezultatai dera su Danijoje atlikto tyrimo rezultatais, kuriame nustatyta, kad OCTS testo įvertis reikšmingai aukštesnis rizikos imtyje negu bendrosios populiacijos imtyje (Løkkegaard et al., 2021). Nors mūsų tyrime nustatyti skirtumai nėra statistiškai reikšmingi galimai dėl nedidelės tyrimo dalyvių imties, tačiau stebimos tendencijos yra svarbios, kadangi naudojant OCTS testą galimybė diferencijuoti klinikinę grupę nuo bendrosios populiacijos grupės prisideda prie įrodymų, palaikančių, kad OCTS yra validus vertinimo instrumentas ir padedantis identifikuoti vaikų trauminę patirtį.

Lietuvoje šiuo metu vyksta OCTS validacijos tyrimas, todėl Lietuvoje dar nėra nustatyti galutiniai testo rezultatų interpretavimo balai, kuriais remiantis galima atrinkti vaikus, esančius traumos patyrimo rizikos grupėje. Tačiau remiantis metodikos autorių tyrimais, aukšti OCTS testo balai nurodo, kad vaikui yra reikalingas tolesnis įvertinimas, nes yra trauminės patirties patyrimas ir didesnė potrauminio streso rizika (Løkkegaard et al., 2021). Šiame tyrime buvo nustatytas geras vidinis patikimumas, kas nurodo OCTS testo pritaikomumą kaip vertinimo instrumento, kuris įtraukia patį vaiką kaip informantą, perspektyvą. Nors OCTS testas yra skirtas vaikams nuo 4 iki 8 metų, tačiau į šį tyrimą buvo įtraukti ir du trejų metų vaikai, todėl galima daryti prielaidą, kad OCTS testas galėtų būti tinkamas įvertinti ir mažesnių vaikų psichologinę savijautą. Svarbu, kad tyrime dalyvaujantis vaikas galėtų suprasti testo instrukciją ir turėtų pakankamai kognityvinių ir verbalinių gebėjimų kurti bei papasakoti istorijas struktūruotame žaidime.

Analizuojant tyrimo rezultatus galima pastebėti tendenciją, kad tėvų/ globėjų vertinimai apie vaikų savijautą nekoreliuoja su informacija, surinkta iš vaikų, kadangi nėra nustatyta statistiškai reikšmingų sąsajų tarp OCTS testo ir ITQ-CA/P klausimyno įverčių. Remiantis Danijoje atlikto tyrimu (Løkkegaard et al., 2021), kuriame buvo naudojamas OCTS testas ir tėvams skirtas DIPA (angl. *Diagnostic Infant Preschool Assessment*) klausimynas, vertinantis mažų vaikų PTSS simptomatiką, buvo tikimasi gauti reikšmingą ryšį. Šiuos neatitikimus būtų galima paaiškinti dėl mažo tyrimo dalyvių skaičiaus, todėl ištyrus didesnę tyrimo dalyvių imtį galbūt būtų gaunamas statistiškai reikšmingas ryšys tarp OCTS įverčio ir ITQ-CA/P subskalių įverčių. Kita galima priežastis yra ta, kad minėtame Danijos mokslininkų tyrime naudotas DIPA klausimynas yra paremtas DSM-IV diagnostine klasifikacija, o ITQ-CA/P remiasi TLK-11 klasifikacija, tarp šių klasifikacijų PTSS diagnostiniai kriterijai skiriasi, todėl gali būti, kad OCTS testo suderinamumas buvo tikrinamas tik su DSM klasifikacija paremtais

klausimynais. Analizuojant šiuos rezultatus platesniame kontekste, mažas suderinamumas tarp vaikų ir jų tėvų/ globėjų pranešimų apie vaikų psichologinę savijautą yra randamas daugelyje tyrimų (Scheeringa, Wright, Hunt, & Zeanah, 2006; Shemesh et al., 2005; Meiser-Stedman et al., 2017). Tai rodo, kad tėvai dėl įvairių priežasčių gali nepakankamai tiksliai įvertinti mažų vaikų potrauminio streso reakcijas. Todėl šalia tėvų pateikiamos informacijos, „istorijos pradžios“ instrumentų (tokių kaip OCTS testo) naudojimas gali suteikti vertingos informacijos ir leidžia susidaryti visapusiškesnį vaizdą apie vaikų savijautą negu tik remiantis tėvų/ globėjų užpildytais klausimynais.

#### **4.4. Potrauminio streso reakcijų sąsajos su traumine patirtimi mažų vaikų imtyje**

Šiame tyrime taip pat buvo ieškoma sąsajų tarp potrauminio streso reakcijų ir trauminės patirties. Rezultatai parodė, kad vaikams, patyrusiems daugiau tarpasmeninio tipo trauminių įvykių ir didesnį bendrą trauminių įvykių kiekį, yra būdingi stipresni PTSS vengimo simptomai bei didesnė rizika patekti į PTSS diagnozės rizikos grupę. Šie rezultatai dera su kitų tyrimų rezultatais, kurie nurodo, kad tarpasmeninės traumos patyrimas yra susijęs su didesniais psichologiniais sunkumais vaikystėje ir paauglystėje (Alisic et al., 2014; Copeland et al., 2007; Woolgar et al., 2022). Tarpasmeninio tipo traumos lemia aukštesnius PTSS simptomų įverčius, kadangi šio tipo traumos vaikams sukelia daugiau distreso negu netarpasmeninio tipo traumos, jos dažnai būna daugkartinės ir ilgalaikės, ir tais atvejais, kai smurtautojas yra vienas iš šeimos narių, trukdo gauti reikalingą socialinę paramą (Alisic et al., 2014). Dažnai tarpasmeninio tipo traumos ir smurtas prieš mažus vaikus kyla pačioje artimiausioje aplinkoje. Susidūrimas su smurtu šeimoje, kai smurto sukėlėjas yra vienas iš tėvų, gali sukelti reikšmingus tėvų ir vaiko prieraišumo santykio sutrikdymus (Lieberman, Chu, Van Horn, & Harris, 2011). Tokiais atvejais vaikų PTSS vengimo simptomai gali tapti lengviau pastebimi, nes vaikas gali atsitraukti nuo šeimos narių, susijusių su patirtu trauminiu įvykiu, ir rodyti mažiau prisirišimo prie vieno ar abiejų tėvų.

Tyrime nebuvo nustatyta sąsajų tarp OCTS testo įverčių ir patirtų trauminių įvykių kiekio. Šie rezultatai nederą su Løkkegaard su kolegomis (2021) atliktu tyrimu, kuriame buvo gautas reikšmingas ryšys tarp šių kintamųjų. Šiuos neatitikimus galima būtų paaiškinti tuo, kad minėtame Danijos tyrime į rizikos imtį buvo įtraukti vaikai, kurie yra patyrę bent vieną trauminių įvykių, o šiame tyrime į klinikinės grupės atrankos kriterijus nebuvo įtraukta tokia sąlyga, todėl klinikinėje grupėje yra vaikų, kurie, tėvų teigimu, nėra patyrę nei vieno trauminio įvykio, o tai galėjo paveikti šių rezultatų statistinį reikšmingumą.

#### **4.5. Potrauminio streso reakcijų sąsajos su demografiniais veiksniais mažų vaikų imtyje**

Šiame tyrime buvo nagrinėjamos potrauminio streso reakcijų (PTSS ir DSO simptomų) ir OCTS testo sąsajos su tyrimo dalyvių demografiniais veiksniais. Šiame skyrelyje bus aptarti tik pagrindiniai ir kituose tyrimuose minimi demografiniai veiksniai.

Tyrime buvo nustatyta reikšminga sąsaja tarp tyrimo dalyvių amžiaus ir OCTS testo įverčio. Ikimokyklinio amžiaus vaikams būdingi aukštesni OCTS testo įverčiai negu mokyklinio amžiaus vaikams, nors į PTSS diagnozės rizikos grupę pateko daugiau vyresnio amžiaus vaikų (25% – 5 metų, 25% – 6 metų, 50% – 8 metų vaikai). Šiuos rezultatus galima paaiškinti tuo, kad galbūt tėvams yra sunkiau pastebėti ir identifikuoti ikimokyklinio amžiaus vaikų PTSS simptomus, o patys vaikai struktūruotame žaidime OCTS testo taikymo procedūros metu spontaniškai išreiškia daugiau tokių savęs, kitų žmonių ir socialinių santykių reprezentacijų, kurios nurodo trauminę patirtį. Pvz., vaikai, patyrę smurtą, žaidime dažniau išreiškia negatyvias savęs ir tėvų reprezentacijas, stebimos vengimo ir atstūmimo tendencijos, agresija, dezorganizuoti fenomenai (Robinson, 2007). Todėl vertindami ikimokyklinio amžiaus vaikus ir naudodami „istorijos pradžios“ vertinimo instrumentus tyrėjai gali labiau pasiekti jų vidinį pasaulį ir identifikuoti patirtos traumos ženklus.

Kitas veiksnys, kuris buvo nagrinėjamas šiame tyrime – vaiko gyvenimas nepilnoje šeimoje (kai vaikas gyvena ne su abiem tėvais, o su vienu iš tėvų arba globėjais). Nustatyta, kad vaikų gyvenimas nepilnoje šeimoje yra reikšmingai susijęs su visais PTSS simptomais ir PTSS diagnozės rizika. Šie rezultatai dera su kituose tyrimuose gautais rezultatais (Copeland et al., 2007; Landolt et al., 2013). Atsižvelgiant į mažų vaikų priklausymą nuo tėvų figūrų, augimas be vieno ar abiejų tėvų mažiems vaikams gali turėti ypač neigiamą poveikį ir gali lemti nesaugaus ar dezorganizuoto prieraišumo patirtį, todėl šie vaikai pasižymi tuo, kad stokoja efektyvių distreso įveikos strategijų ir savo aplinkoje turi mažiau emociškai palaikančių santykių, galinčių padėti įveikti patiriamas stiprias emocijas ir distresą (Lieberman, 2004).

Analizuojant vaiko psichologinės pagalbos gavimo svarbą, buvo nustatytas reikšmingas ryšys su PTSS diagnozės rizika – vaikai, kurie yra kreipęsi ir gavę psichologinę pagalbą dėl patiriamų sunkumų, turėjo reikšmingai didesnę PTSS diagnozės riziką. Psichologinę pagalbą yra gavę tik dalis klinikinės grupės vaikų, o šie vaikai pasižymi tuo, kad yra patyrę daugiau nepalankių patirčių negu vaikai palyginamojoje grupėje, todėl jų artimoje aplinkoje esantys suaugusieji galėjo pastebėti vaiko patiriamas potrauminio streso reakcijas ir kitus sunkumus bei kreiptis į atitinkamas institucijas, kad vaikas gautų psichologinę pagalbą.

Taip pat reikšmingi potrauminio streso reakcijų ryšiai buvo nustatyti su aplinkybėmis, kuomet vaikui artimi suaugusieji yra turėję alkoholio/ narkotikų vartojimo problemų, yra buvę įkalinimo įstaigoje ar ilgą laiką dirbę užsienyje. Po trauminio įvykio patyrimo, tėvai/ globėjai atlieka itin reikšmingą vaidmenį, kuris daro įtaką vaiko potrauminio streso reakcijų pasireiškimui (Valentino et al., 2010). Vaikus gali itin stipriai neigiamai paveikti ilgalaikis atsiskyrimas nuo vieno iš tėvų, kai jis yra įkalinamas ar ilgam laikui išvyksta į užsienį. Atsižvelgiant į mažų vaikų prierašumą ir priklausymą nuo tėvų figūrų, šie įvykiai mažiems vaikams gali būti ne tik traumuojantys, bet ir prisidėti prie jų potrauminio streso reakcijų stiprumo po susidūrimo su traumišku įvykiu. Maži vaikai atsiskyrimą nuo vieno iš tėvų gali patirti kaip jų palikimą ar apleidimą ir gali nesulaukti reikalingos socialinės paramos, kuri galėtų apsaugoti nuo neigiamų gyvenimo patirčių ir jų pasekmių psichikos sveikatai. Tėvų/ globėjų priklausomybė nuo alkoholio ar kitų medžiagų taip pat gali paveikti jų tėvystės įgūdžius ir gebėjimą užtikrinti darnią atmosferą šeimoje bei suteikti paramą vaikui po nepalankių patirčių. Šie rezultatai tik iš dalies dera su kitais tyrimais (Copeland et al., 2007; Haselgruber et al., 2020b), kadangi ne visuose tyrimuose yra nustatomi reikšmingi ryšiai tarp vaiko PTSS reakcijų ir šių demografinių veiksnių. Vis dėlto, tyrėjai pabrėžia, kad vaikų, augusių šeimose, kurios pasižymi sudėtingomis socialinėmis aplinkybėmis, potrauminės streso reakcijos yra stipresnės ir labiau išreikštos (De Young et al., 2011).

Apibendrinant potrauminio streso reakcijų įvertinimo rezultatus, galima teigti, kad šio tyrimo rezultatai atskleidė gana aukštą potrauminio streso sutrikimo paplitimą tarp mažų vaikų. Tyrime nustatyti reikšmingi skirtumai tarp klinikinės ir palyginamosios grupių vaikų potrauminio streso reakcijų ypatumų, todėl tai prisideda prie įrodymų, jog vaikai iš psichologinės pagalbos centrų turi didesnę PTSS diagnozės riziką. Mažų vaikų potrauminio streso reakcijų pasireiškimui ir stiprumui turi įvairūs demografiniai veiksniai, ypač susiję su šeimos, kurioje auga vaikas, aplinka. Tyrimo rezultatai nurodo, kad OCTS yra validus vertinimo instrumentas, ir pabrėžia OCTS testo pritaikomumą kaip vertinimo instrumento, kuris įtraukia patį vaiką kaip informantą, perspektyvą.

#### **4.6. Tyrimo ribotumai**

Vertinant tyrimo rezultatus, svarbu atsižvelgti į ribotumus, kurie galėjo daryti įtaką gautiems rezultatams.

Pirmiausia – tyrimo imties dydis ir reprezentatyvumas. Šiame tyrime naudota nedidelė tyrimo dalyvių imtis, tai galėjo paveikti gautų rezultatų statistinį reikšmingumą. Taip pat į klinikinę grupę įtraukti vaikai buvo pasiekti iš psichologinės pagalbos vaikams centrų, į kuriuos daugiausia kreipiamasi

dėl vaiko galimai patirtų fizinio ar seksualinio smurto atvejų, todėl tyrime dalyvavę vaikai yra patyrę daugiau tarpasmeninio tipo traumų. Rezultatų pritaikomumą ir mažų vaikų populiacijos reprezentatyvumą galėtų pagerinti didesnė tyrimo dalyvių imtis, į kurią būtų įtraukiami vaikai iš įvairių Lietuvos miestų ir mažesnių miestelių bei patyrę įvairesnių trauminių įvykių. Taip pat svarbu paminėti, kad atliekamas OCTS testas buvo filmuojamas, todėl tėvams/ globėjams skirtuose sutikimuose buvo pranešta, kad paaikšėjus, jog vaikas patiria smurtą ar yra nukentėjęs nuo kito nusikaltimo, tyrėjai yra įpareigoti informuoti atitinkamas institucijas, o ši informacija galėjo daryti įtaką kai kurių tėvų apsisprendimui dalyvauti tyrime.

Dar vienas svarbus ribotumas – instrumentų, vertinančių potrauminio streso reakcijas mažų vaikų imtyje, trūkumas. Kadangi PTSS ir KPTSS simptomų vertinimo instrumentų, pagrįstų TLK-11 klasifikacija ir skirtų mažų vaikų imčiai, dar nėra, buvo pasirinkta naudoti instrumentą, kuris anksčiau buvo parengtas tirti suaugusiųjų ir paauglių imtis, ir klausimai buvo revizuoti Psichotraumatologijos centro mokslininkų taip, kad jie būtų tinkami tėvams atsakyti apie savo vaikus. Tyrimo rezultatai parodė, kad psichometrinės ITQ-CA/P savybės mažų vaikų imtyje yra geros. Ateityje reiktų daugiau tokių potrauminio streso reakcijų tyrimų, kurie parengtų mažų vaikų PTSS ir KPTSS simptomų įvertinimo instrumentus pagal TLK-11 klasifikaciją. Taip pat šiame tyrime buvo siekiama išbandyti neseniai sukurta OCTS testą, skirtą mažų vaikų psichologinei savijautai įvertinti. Tyrimo rezultatai parodė, kad nors OCTS testas pasižymi geromis psichometrinėmis savybėmis, tačiau nebuvo rasta reikšmingų sąsajų su ITQ-CA/P klausimyno skalėmis. Mokslinių publikacijų apie šį testą vaikų imtyse dar nėra daug, todėl gautus rezultatus sunku palyginti su kitų tyrėjų darbais. Vis dėlto, svarbu pabrėžti, kad prieš pradėdant atlikti šį tyrimą buvo atsižvelgta į šį ribotumą, apsvaistytos galimos rizikos ir gautas etikos leidimas dėl šių instrumentų naudojimo tyrime.

Taip pat prie ribotumų galima priskirti tai, kad šio tyrimo rezultatai yra paremti tėvų pranešimais apie vaikų trauminę patirtį ir potrauminio streso simptomus. Kadangi PTSS ir KPTSS susideda iš internalių ir sudėtingų fenomenų, o jų išraiška ikimokykliniame amžiuje gali būti kitokia nei vyresnių paauglių ar suaugusiųjų, todėl tėvams galėjo būti sunku identifikuoti šiuos požymius tarp savo vaikų. Tėvams gali būti sunku ne tik identifikuoti vaikų potrauminio streso reakcijas, bet taip pat ir nustatyti, kurie įvykiai vaikams buvo labiausiai gąsdinantys, kadangi vaikai įvairias nepalankias patirtis gali suvokti kitaip nei suaugusieji. Nors tėvams skirti klausimynai yra greita ir patogi metodologinė vertinimo priemonė, tačiau pusiau struktūruotų diagnostinių interviu naudojimas galėtų suteikti daugiau detalios informacijos apie vaiko traumines patirtis, potrauminio streso simptomų pradžią ir jų trukmę. Diagnostiniu interviu gauta informacija būtų labai naudinga, kadangi mažų vaikų

trauminė patirtis ir potrauminės streso reakcijos yra jautri ir gana nauja tema ateities tyrimuose, todėl tolesniuose tyrimuose būtų svarbu į tai atsižvelgti.

Šis tyrimas buvo atliktas pagal skerspjūvio tyrimų dizainą, todėl analizuojant duomenis sudėtinga įvertinti tiksliai trauminių patirčių, potrauminio streso reakcijų ir demografinių veiksnių sąsajas. Skerspjūvio tyrimo metodologija neleidžia daryti išvadų apie priežastinius ryšius tarp šių kintamųjų, todėl norint nustatyti tikslesnę trauminių patirčių ir demografinių veiksnių įtaką potrauminio streso sutrikimų formavimuisi yra reikalingi longitudinaliniai tyrimai mažų vaikų imtyje. Taip pat svarbu pridurti, kad mažų vaikų trauminėms patirtims ir potrauminėms streso reakcijoms didelę įtaką turi santykiai su pradiniais globėjais – tėvais. Mūsų tyrimo duomenimis, tam tikros šeimos socialinės aplinkybės reikšmingai siejasi su mažų vaikų trauminių įvykių ir potrauminio streso reakcijų patyrimu. Atsižvelgiant į tai, tolesniuose tyrimuose rekomenduojama įtraukti įvairesnių šeimos psichologinių kintamųjų (pvz., tėvų auklėjimo stiliaus, socialinės paramos vaikui teikimo, vaikų prierašumo tipo) įvertinimą, kadangi tai leistų detaliau atskleisti mažų vaikų patirtis ir prisidėtų prie psichologinės pagalbos rekomendacijų rengimo specialistams, dirbantiems ne tik su vaikais, bet ir su visa šeima.

Apibendrinant, nepaisant šių tyrimo ribotumų, rezultatai parodė gana didelį trauminių patirčių ir potrauminio streso reakcijų paplitimą mažų vaikų imtyje bei reikšmingus skirtumus tarp klinikinės ir palyginamosios tyrimo dalyvių grupių. Randamos reikšmingos sąsajos tarp trauminių įvykių patyrimo, potrauminio streso reakcijų ir šių demografinių veiksnių – gyvenimo nepilnoje šeimoje, psichologinės pagalbos gavimo, artimų suaugusiųjų alkoholio/ narkotikų vartojimo problemų, įkalinimo bei ilgalaikio darbo užsienyje patirčių. Šiame darbe minėti kitų autorių moksliniai darbai ir šio tyrimo rezultatai nuosekliai nurodo tolesnių tyrimų apie mažų vaikų trauminę patirtį vykdymo svarbą. Didesnis mažų vaikų trauminė patirtis ir potrauminio streso reakcijas nagrinėjančių tyrimų skaičius leistų ne tik geriau suprasti šiuos sunkumus, bet ir juos tiksliau apibrėžti. Taip pat tolesni tyrimai padėtų nustatyti rizikos ir apsauginius veiksnius, o tai reikšmingai prisidėtų prie specializuotos pagalbos mažiems vaikams ir jų šeimoms plėtros Lietuvoje.

## IŠVADOS

1. Bent vieną trauminį įvykį yra patyrę 68,8% tyrime dalyvavusių 3-8 metų vaikų, dažniausiai jie yra susiję su fizinio smurto aplinkoje ar šeimoje matymu ir baimę keliančių medicininių procedūrų patyrimu. Klinikinėje grupėje vaikai yra patyrę daugiau trauminių įvykių (ypač tarpasmeninio tipo) negu vaikai palyginamojoje grupėje.
2. Trauminių įvykių patyrimas yra susijęs su demografiniais veiksniais: daugiau trauminių įvykių yra patyrę tie vaikai, kurie gyvena nepilnoje šeimoje ir kurių aplinkoje bent vienas kartu gyvenantis suaugęs yra turėjęs alkoholio ar narkotikų vartojimo problemų.
3. Tyrimo imtyje 12,5% vaikų patenka į potrauminio streso sutrikimo diagnozės rizikos grupę, visi šie vaikai yra iš klinikinės grupės. Odensės vaiko traumos atpažinimo testas gali diferencijuoti klinikinės grupės vaikus ir patenkančius į potrauminio streso sutrikimo diagnozės rizikos grupę.
4. Potrauminio streso reakcijos yra susijusios su traumine patirtimi: vaikams, patyrusiems daugiau trauminių įvykių (ypač tarpasmeninio tipo), yra būdingesni potrauminio streso sutrikimo vengimo simptomai ir jie dažniau patenka į potrauminio streso sutrikimo diagnozės rizikos grupę.
5. Potrauminio streso reakcijos yra susijusios su demografiniais veiksniais: maži vaikai, kurie gyvena nepilnoje šeimoje, turi didesnę riziką patekti į potrauminio streso sutrikimo diagnozės rizikos grupę.

## LITERATŪRA

- Alisic, E., van der Schoot, T. A. W., van Ginkel, J. R., & Kleber, R. J. (2008). Trauma Exposure in Primary School Children: Who Is at Risk? *Journal of Child & Adolescent Trauma*, *1*(3), 263–269. <https://doi.org/10.1080/19361520802279075>
- Alisic, E., Zalta, A. K., van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K., & Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, *204*(5), 335–340. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.131227>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition* (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Briggs-Gowan, M. J., Ford, J. D., Fraleigh, L., McCarthy, K., & Carter, A. S. (2010). Prevalence of Exposure to Potentially Traumatic Events in a Healthy Birth Cohort of Very Young Children in the Northeastern United States. *Journal of Traumatic Stress*, *23*(6), 725–733. <https://doi.org/10.1002/jts.20593>
- Carpenter, G. L., & Stacks, A. M. (2009). Developmental effects of exposure to Intimate Partner Violence in early childhood: A review of the literature. *Children and Youth Services Review*, *31*(8), 831–839. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2009.03.005>
- Chu, A. T., & Lieberman, A. F. (2010). Clinical implications of traumatic stress from birth to age five. *Annual Review of Clinical Psychology*, *6*, 469–494. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131204>
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *138*(6), 536–546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
- Cloitre, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Roberts, N. P., Karatzias, T., & Shevlin, M. (2019). ICD-11 Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in the United States: A Population-Based Study. *Journal of Traumatic Stress*, *32*(6), 833–842. <https://doi.org/10.1002/jts.22454>
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic Events and Posttraumatic Stress in Childhood. *Archives of general psychiatry*, *64*(5), 577–584. [doi:10.1001/archpsyc.64.5.577](https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.577)
- Costello, E. J., Erkanli, A., Fairbank, J. A., & Angold, A. (2002). The Prevalence of Potentially



- Traumatic Events in Childhood and Adolescence. *Journal of Traumatic Stress*, 15(2), 99–112. <https://doi.org/10.1023/A:1014851823163>
- Cox, C. M., Kenardy, J. A., & Hendrikz, J. K. (2008). A Meta-Analysis of Risk Factors That Predict Psychopathology Following Accidental Trauma. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 13(2), 98–110. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2008.00141.x>
- Daniunaite, I., Cloitre, M., Karatzias, T., Shevlin, M., Thoresen, S., Zelviene, P., & Kazlauskas, E. (2021). PTSD and complex PTSD in adolescence: discriminating factors in a population-based cross-sectional study. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1890937. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1890937>
- De Young, A. C., Kenardy, J. A., & Cobham, V. E. (2011). Trauma in Early Childhood: A Neglected Population. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(3), 231–250. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0094-3>
- De Young, A. C., & Landolt, M. A. (2018). PTSD in Children Below the Age of 6 Years. *Current Psychiatry Reports*, 20(11):97. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0966-z>
- Dye, H. (2018). The impact and long-term effects of childhood trauma. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 28(3), 381–392. <https://doi.org/10.1080/10911359.2018.1435328>
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Croft, J. B., Edwards, V. J., & Giles, W. H. (2001). Growing up with parental alcohol abuse: Exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse and Neglect*, 25(12), 1627–1640. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(01\)00293-9](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00293-9)
- Dubowitz, H., Thompson, R., Proctor, L., Metzger, R., Black, M. M., English, D., Poole, G., & Magder, L. (2016). Adversity, Maltreatment, and Resilience in Young Children. *Academic Pediatrics*, 16(3), 233–239. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2015.12.005>
- Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A., & Hamby, S. L. (2013). Violence, crime, and abuse exposure in a national sample of children and youth an update. *JAMA Pediatrics*, 167(7), 614–621. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.42>
- Fraser, J. G., Noroña, C. R., Bartlett, J. D., Zhang, J., Spinazzola, J., Griffin, J. L., Montagna, C., Todd, M., Bodian, R., & Barto, B. (2019). Screening for Trauma Symptoms in Child Welfare-Involved Young Children: Findings from a Statewide Trauma-Informed Care Initiative. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 12(3), 399–409. <https://doi.org/10.1007/s40653-018-0240-x>
- Gigengack, M. R., van Meijel, E. P. M., Alisic, E., & Lindauer, R. J. L. (2015). Comparing three diagnostic algorithms of posttraumatic stress in young children exposed to accidental trauma: an exploratory study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1), 10–17.

<https://doi.org/10.1186/s13034-015-0046-7>

- Graham-Bermann, S. A., Howell, K., Habarth, J., Krishnan, S., Loree, A., & Bermann, E. A. (2008). Toward Assessing Traumatic Events and Stress Symptoms in Preschool Children From Low-Income Families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(2), 220–228. <https://doi.org/10.1037/a0013977>
- Graham-Bermann, S. A., Castor, L. E., Miller, L. E., & Howell, K. H. (2012). The impact of intimate partner violence and additional traumatic events on trauma symptoms and PTSD in preschool-aged children. *Journal of Traumatic Stress*, 25(4), 393–400. <https://doi.org/10.1002/jts.21724>
- Haselgruber, A., Sölva, K., & Lueger-Schuster, B. (2020a). Symptom structure of ICD-11 Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD) in trauma-exposed foster children: examining the International Trauma Questionnaire–Child and Adolescent Version (ITQ-CA). *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1818974. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1818974>
- Haselgruber, A., Sölva, K., & Lueger-Schuster, B. (2020b). Validation of ICD-11 PTSD and complex PTSD in foster children using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(1), 60–73. <https://doi.org/10.1111/acps.13100>
- Hiller, R. M., Meiser-Stedman, R., Fearon, P., Lobo, S., McKinnon, A., Fraser, A., & Halligan, S. L. (2016). Research Review: Changes in the prevalence and symptom severity of child post-traumatic stress disorder in the year following trauma – a meta-analytic study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 57(8), 884–898. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12566>
- Jørgensen, I. M., Cantio, C., & Elklit, A. (2020). The Assessment Screening of Trauma Reactions, Psychopathology and Psychosocial Function in a High-Risk Sample of 4 - 8-Year-Old Children—A Pilot Study. *Open Journal of Epidemiology*, 10(1), 15–31. <https://doi.org/10.4236/ojepi.2020.101002>
- Kazlauskas, E., Zelviene, P., Daniunaite, I., Hyland, P., Kvedaraite, M., Shevlin, M., & Cloitre, M. (2020). The structure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD in adolescents exposed to potentially traumatic experiences. *Journal of Affective Disorders*, 265, 169–174. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.061>
- Landolt, M. A., Schnyder, U., Maier, T., Schoenbucher, V., & Mohler-Kuo, M. (2013). Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder in Adolescents: A National Survey in Switzerland. *Journal of Traumatic Stress*, 26(2), 209–216. <https://doi.org/10.1002/jts.21794>
- Laor, N., Wolmer, L., & Cohen, D. J. (2001). Mothers' functioning and children's symptoms 5 years

- after a SCUD missile attack. *The American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1020–1026. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.7.1020>
- Lieberman, A. F. (2004). Traumatic stress and quality of attachment: Reality and internalization in disorders of infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 25(4), 336–351. <https://doi.org/10.1002/imhj.20009>
- Lieberman, A. F., Chu, A., Van Horn, P., & Harris, W. W. (2011). Trauma in early childhood: Empirical evidence and clinical implications. *Development and Psychopathology*, 23(2), 397–410. <https://doi.org/10.1017/S0954579411000137>
- Løkkegaard, S. S. (2019). *How Can We Identify Traumatized Children? A study on validating assessment tools for identifying children who suffer from trauma symptomatology*. Unpublished doctoral dissertation, University of Southern Denmark.
- Løkkegaard, S. S., Andersen, M. E., Eriksen, S. B., & Elklit, A. (2017). *Odense Child Trauma Screening: Administration manual*. Odense: National Center for Psychotraumatology, University of Southern Denmark.
- Løkkegaard, S. S., Egebæk, S. A. B., & Elklit, A. (2017). Are Trauma and Post-Traumatic Stress Disorder Connected to Psychiatric Comorbidity in Danish Pre-Schoolers? *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 10(4), 353–361. <https://doi.org/10.1007/s40653-017-0146-z>
- Løkkegaard, S. S., Elmose, M., & Elklit, A. (2019). Validation of the Diagnostic Infant and Preschool Assessment in a Danish, trauma-exposed sample of young children. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 7, 39–51. <https://doi.org/10.21307/sjcapp-2019-007>
- Løkkegaard, S. S., Elmose, M., & Elklit, A. (2021). Development and initial validation of the Odense Child Trauma Screening: a story stem screening tool for preschool and young schoolchildren. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 9(1), 113–126. <https://doi.org/10.21307/sjcapp-2021-013>
- Meiser-Stedman, R., Smith, P., Glucksman, E., Yule, W., & Dalgleish, T. (2008). The Posttraumatic Stress Disorder Diagnosis in Preschool- and Elementary School-Age Children Exposed to Motor Vehicle Accidents. *The American Journal of Psychiatry*, 165(10), 1326–1337. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07081282>
- Meiser-Stedman, R., Smith, P., Yule, W., Glucksman, E., & Dalgleish, T. (2017). Posttraumatic Stress Disorder in Young Children 3 Years Posttrauma: Prevalence and Longitudinal Predictors. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(3), 334–339. <https://doi.org/10.4088/jcp.15m10002>

- Mongillo, E. A., Briggs-Gowan, M., Ford, J. D., & Carter, A. S. (2009). Impact of traumatic life events in a community sample of toddlers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *37*(4), 455–468. <https://doi.org/10.1007/s10802-008-9283-z>
- Pinquart, M. (2020). Posttraumatic Stress Symptoms and Disorders in Children and Adolescents with Chronic Physical Illnesses: a Meta-Analysis. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, *13*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1007/s40653-018-0222-z>
- Robinson, J. L. (2007). Story stem narratives with young children: Moving to clinical research and practice. *Attachment and Human Development*, *9*(3), 179–185. <https://doi.org/10.1080/14616730701453697>
- Roussos, A., Goenjian, A. K., Steinberg, A. M., Sotiropoulou, C., Kakaki, M., Kabakos, C., Karagianni, S., & Manouras, V. (2005). Posttraumatic stress and depressive reactions among children and adolescents after the 1999 earthquake in Ano Liosia, Greece. *American Journal of Psychiatry*, *162*(3), 530–537. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.530>
- Sachser, C., Berliner, L., Holt, T., Jensen, T. K., Jungbluth, N., Risch, E., Rosner, R., & Goldbeck, L. (2017). International development and psychometric properties of the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS). *Journal of Affective Disorders*, *210*, 189–195. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.040>
- Scheeringa, M. S. (2019). Development of a brief screen for symptoms of posttraumatic stress disorder in young children: The Young Child PTSD Screen (YCPS). *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, *40*(2), 105–111. doi:10.1097/DBP.0000000000000639.
- Scheeringa, M. S., Wright, M. J., Hunt, J. P., & Zeanah, C. H. (2006). Factors affecting the diagnosis and prediction of PTSD symptomatology in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, *163*(4), 644–651. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.644>
- Scheeringa, M. S., & Zeanah, C. H. (2001). A relational perspective on PTSD in early childhood. *Journal of Traumatic Stress*, *14*(4), 799–815. <https://doi.org/10.1023/A:1013002507972>
- Scheeringa, M. S., & Zeanah, C. H. (2008). Reconsideration of harm's way: Onsets and comorbidity patterns of disorders in preschool children and their caregivers following Hurricane Katrina. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *37*(3), 508–518. <https://doi.org/10.1080/15374410802148178>
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., & Cohen, J. A. (2011). PTSD in children and adolescents: Toward an empirically based algorithm. *Depression and Anxiety*, *28*(9), 770–782. <https://doi.org/10.1002/da.20736>

- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Myers, L., & Putnam, F. W. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *42*(5), 561–570. <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000046822.95464.14>
- Shemesh, E., Newcorn, J. H., Rockmore, L., Shneider, B. L., Emre, S., Gelb, B. D., Rapaport, R., Noone, S. A., Annunziato, R., Schmeidler, J., & Yehuda, R. (2005). Comparison of parent and child reports of emotional trauma symptoms in pediatric outpatient settings. *Pediatrics*, *115*(5), e582. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-2201>
- Stanaitienė, S. ir Drazdauskienė, R. (2017). Vaikų potrauminio streso sutrikimo diagnostikos ypatumai teismo psichiatrijoje. *Sveikatos mokslai*, *27*(4), 69–73. <http://doi.org/10.5200/sm-hs.2017.064>
- Stover, C. S., & Berkowitz, S. (2005). Assessing violence exposure and trauma symptoms in young children: A critical review of measures. *Journal of Traumatic Stress*, *18*(6), 707–717. <https://doi.org/10.1002/jts.20079>
- Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., & Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, *32*(2), 122–138. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.12.001>
- Valentino, K., Berkowitz, S., & Stover, C. S. (2010). Parenting behaviors and posttraumatic symptoms in relation to children's symptomatology following a traumatic event. *Journal of Traumatic Stress*, *23*(3), 403–407. <https://doi.org/10.1002/jts.20525>
- Valstybės vaiko teisių apsaugos ir įvaikinimo tarnyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (2022). *2021 m. veiklos ataskaita*. Paimta iš <https://vaikoteises.lt/veiklos-sritys/veiklos-ataskaitos/metines-veiklos-ataskaitos/>.
- van Berkel, S. R., Prevoo, M. J. L., Linting, M., Pannebakker, F. D., & Alink, L. R. A. (2020). Prevalence of child maltreatment in the Netherlands: An update and cross-time comparison. *Child Abuse and Neglect*, *103*, 104439. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104439>
- Vasileva, M., Haag, A. C., Landolt, M. A., & Petermann, F. (2018). Posttraumatic Stress Disorder in Very Young Children: Diagnostic Agreement Between ICD-11 and DSM-5. *Journal of Traumatic Stress*, *31*(4), 529–539. <https://doi.org/10.1002/jts.22314>
- Wolmer, L., Hamiel, D., Versano-Eisman, T., Slone, M., Margalit, N., & Laor, N. (2015). Preschool Israeli Children Exposed to Rocket Attacks: Assessment, Risk, and Resilience. *Journal of Traumatic Stress*, *28*(5), 441–447. <https://doi.org/10.1002/jts.22040>
- Woolgar, F., Garfield, H., Dalgleish, T., & Meiser-Stedman, R. (2022). Systematic Review and Meta-analysis: Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Preschool-Aged

Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 61(3), 366–377.  
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.05.026>

World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*. Paimta iš <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.