

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
ŽMOGAUS IR VISUOMENĖS STUDIJŲ FAKULTETAS
PSICHOLOGIJOS INSTITUTAS

AURELIJUS RAMANAUSKAS
TAIKOMOJI KRIMINALINĖ PSICHOLOGIJA

**VAIKŲ TRAUMINĖS PATIRTIES, EMOCINĖS SAVIJAUTOS IR DISOCIACINIŲ
SIMPTOMŲ YPATUMAI**

Magistro baigiamasis darbas

Darbo vadovė - Prof. dr. Aistė Diržytė

Vilnius 2025

TURINYS

SĄVOKŲ ŽODYNAS.....	2
PRATARMĖ.....	3
1. TEORINĖ ANALIZĖ.....	5
1.1. Neigiamos vaikystės patirtys.....	5
1.2. Neigiamų vaikystės patirčių apžvalga.....	7
1.3. Neigiamų vaikystės patirčių teorinis modelis.....	9
1.4. Disociaciniai simptomai.....	11
1.5. Emocinė savijauta.....	13
1.6. Vaikų trauminės patirties, emocinės savijautos, ir disociacinių simptomų sąsajos.....	15
1.7. Tyrimo problema, tikslas, uždaviniai ir hipotezės.....	18
2. TYRIMO METODIKA.....	19
2.1. Tyrimo dalyviai.....	19
2.2. Duomenų rinkimo ir įvertinimo būdai.....	20
2.3. Analizėje naudoti instrumentai.....	20
2.4. Tyrimo eiga.....	22
2.5. Duomenų analizės metodai.....	23
3. TYRIMO REZULTATAI.....	24
3.1. Aprašomoji statistika.....	24
3.2. Vaikystės traumų, emocinės savijautos ir disociacijos simptomų ypatumai tarp klinikinės ir neklinikinės grupių.....	25
3.3. Latentinių profilių analizė: vaikų trauminių patirčių profiliai ir jų palyginimas.....	26
3.3.1. Latentinių profilių analizė identifikuojant skirtingus trauminių patirčių profilius.....	26
3.3.2. Latentinių profilių analizė siekiant įvertinti vaikų trauminės patirties, disociacinių simptomų ir emocinės savijautos įverčių profilius.....	30
3.4. Emocinė savijauta kaip medijuojantis veiksnys trauminių patirčių ir disociacinių simptomų sąsajoje.....	33
3.4.1. Mediacijos tinkamumo ir jos tipo analizė.....	33
3.4.2. Mediacinė analizė.....	35
4. REZULTATŲ APTARIMAS.....	37
5. IŠVADOS.....	41
LITERATŪRA.....	42
SANTRAUKA.....	48
SUMMARY.....	49
PRIEDAI.....	50

SĄVOKŲ ŽODYNAS

Trauminės patirtys - tai įvairios formos fizinis, emocinis, ar seksualinis smurtas, taip pat fizinė ir emocinė nepriežiūra, kurios metu vaikas patiria arba gali patirti reikšmingą žalą savo fizinei ar psichologinei gerovei (World Health Organization, 2006).

Emocinė savijauta - tai bendra patiriama teigiama emocinė būseną, pasitenkinimas gyvenimu, prasmės ir tikslo pojūtis bei gebėjimas siekti asmeninių tikslų, bei įveikti kasdienius gyvenimo iššūkius (Park, C. L., Kubzansky, L. D., Chafouleas, S. M., Davidson, R. J., Keltner, D., Parsafar, P., ... & Wang, K. H., 2023).

Disociaciniai simptomai - tai sąmonės, atminties, tapatumo ar aplinkos suvokimo sutrikimai, pasireiškiantys savęs stebėjimu iš šalies (depersonalizacija), aplinkos netikrumo pojūčiu (derealizacija) ar nesugebėjimu prisiminti svarbių traumuojančio įvykio detalių (disociacinė amnezija), kurie nėra paaiškinami neurologiniais ar cheminiais veiksniais, tokiais kaip galvos trauma ar psichoaktyvių medžiagų vartojimas (American Psychiatric Association, 2013)

PRATARMĖ

Vaikystė yra laikoma svarbiausiu žmogaus raidos laikotarpiu, kai emocinis saugumas, globa ir tarpasmeninės sąveikos yra psichinės sveikatos ir psichologinio funkcionavimo pagrindas (National Scientific Council on the Developing Child, 2004). Tačiau ne visi vaikai turi galimybę pasirinkti savo tėvus ir gyventi globojančioje aplinkoje. Nemažam kiekiui vaikų ankstyvasis gyvenimas pasižymi ne saugumo jausmu ir globa, o traumomis. Tai tokie sukrečiantys įvykiai, kurie sutrikdo normalią emocinės ir pažintinės raidos eigą (Perry, B. D., & Szalavitz, M., 2017). Tokie pasikartojantys ar užsitęsę traumuojantys išgyvenimai neretai padaro didelę neigiamą žalą vaiko emocinei savijautai ir gali lemti įvairių simptomų atsiradimą, kurie veiktų kaip tam tikras įveikos mechanizmas (Putnam, F. W., 1997). Pastaraisiais dešimtmečiais vaikų trauminės patirties tyrimams skiriama daug dėmesio, vis dažniau diskutuojama apie neigiamas vaikystės patirtis ir jos ilgalaikes pasekmes vėlesniame gyvenime. Tyrimai vienareikšmiškai nurodo, kad ankstyvame amžiuje patirtos traumos tokios, kaip prievarta, nepriežiūra, smurtas šeimoje ar net ir staigi artimojo netektis yra susijusios su padidėjusia emocinę disreguliaciją, sveiko prisirišimo ir įvairių psichologinių sutrikimų rizika (Felitti, V. J., 1998; Teicher, M. H., & Samson, J. A., 2016). Šios neigiamos vaikystės patirtys nėra trumpalaikės, nors ir nepastebimos, bet neretai jos gali pasislėpti ir „išgyventi“ iki pat paauglystės. Vėliau, suaugusiame amžiuje jos gali pasireikšti nerimu, depresija, potrauminio streso sutrikimu ir kitais psichologiniais sutrikimais (Van der Kolk, B., 2014). Už šių atsiradusių problemų slypi pažeista emocinė savijauta, kuri apima gebėjimą sveikai ir adaptyviai patirti, interpretuoti ir reguliuoti emocijas. Emocinė savijauta atsiskleidžia ne tik per žemą distreso lygį bet ir per psichologinį atsparumą, ateities tikslų turėjimą ir pozityvių socialinių ryšių palaikymą (Diener, E., Oishi, S., & Tay, L., 2018). Tačiau dažnai traumotų vaikų emocinė savijauta būna sutrikusi. Jų emociniam pasauliui gali būti būdinga baimė, sumišimas. Be to kuomet traumas patiriamos tokioje aplinkoje, kurioje vaikas neturi saugaus prisirišimo jam gali trūkti būtinų emocinių resursų, kad psichologiškai gebėtų apdoroti savo patirtį (Cicchetti, D., & Toth, S. L., 2005). Taip vėliau gali atsirasti neadaptyvių įveikos strategijų, tokių kaip disociacija, ar vengimas, kaip apsauginis mechanizmas skirtas psichologiškai atsiriboti nuo išgyvenamos stresinės situacijos (Putnam, F. W., 1997). Vaikų disociaciniai simptomai įskaitant depersonalizaciją, derealizaciją ir tapatybės sumaištį dažnai yra neteisingai suprantami ir interpretuojami. Daugeliu atveju šie simptomai neteisingai priskiriami elgesio sutrikimams arba neatidumui, ypač mokyklose, kur ne visada atsižvelgiama į vaikų emocinius ir psichologinius poreikius (Diseth T. H., 2005). Vis dėl to disociacija atlieka svarbią nors ir neadaptyvią gynybinę funkciją, ji suteikia psichologinę apsaugą kuomet realybė vaikui tampa nebepakeliamą. Kuomet protas negali apdoroti ar integruoti

traumuojančios patirties, jis suskaido suvokimą, atmintį ar savęs suvokimą, kad organizmas išgyventų (Boyer, S. M., Caplan, J. E., & Edwards, L. K., 2022). Disociacijos supratimas yra svarbus norint tiksliai diagnozuoti ir veiksmingai gydyti vaiko išgyventą patirtį (Liotti, G., 2006). Šiame darbe bus bandoma gvildinti sudėtingą vaikystės traumų, emocinės savijautos ir disociacinių simptomų sąveiką. Šio tyrimo tikslas - išanalizuoti vaikų trauminės patirties, emocinės savijautos ir disociacinių simptomų ypatumus; Taip pat siekiama išnagrinėti, ar pagal trauminių patirčių pobūdį galima identifikuoti skirtingus traumų profilius, bei įvertinti vaikystėje patirtų trauminių įvykių ryšį su vaikų disociacijos simptomais bei emocinės savijautos kaip mediatoriaus vaidmenį. Šiais laikais, kai į traumą orientuota požiūris tampa vis populiariesnis švietimo, medicinos ir psichikos sveikatos sistemose, šis tyrimas galėtų prisidėti prie platesnio supratimo apie vaikų trauminės patirtis.

1. TEORINĖ ANALIZĖ

1.1. Neigiamos vaikystės patirtys

Terminas vaikystės traumos, dar kitaip vadinama neigiama vaikystės patirtimi, apima daugybę žalingų patirčių, susijusių su fizine, seksualine ar emocine sritimis (Pan, Y., Lin, X., Liu, J., Zhang, S., Zeng, X., Chen, F., & Wu, J., 2021). Neigiamos vaikystės patirtys (angl. Adverse childhood experience, ACEs) yra plačiai pripažįstamos, kaip reikšminga visuomenės problema, dėl jų ilgalaikių pasekmių žmonių fizinei ir psichikos sveikatai viso gyvenimo eigoje. Visuotinai pripažįstama, kad emocinis smurtas, seksualinė, fizinė prievarta, bei nepriežiūra yra opūs socialiniai ir aplinkos rizikos veiksniai esantys daugelio mirties, ligų ar neįgalumo priežasčių visais gyvenimo etapais (Viola, T. W., Salum, G. A., Kluwe-Schiavon, B., Sanvicente-Vieira, B., Levandowski, M. L., & Grassi-Oliveira, R., 2016). Tyrimai atskleidžia, kad asmenys vaikystėje ar paauglystėje patyrę neigiamų vaikystės patirčių, suaugę dažniau susiduria su įvairiomis sveikatos problemomis, tokiomis kaip depresija, nerimo sutrikimai, širdies ir kraujagyslių ligomis, priklausomybėmis bei imuninės sistemos sutrikimais (Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., ... & Dunne, M. P., 2017).

Neigiamos vaikystės patirtys apibrėžiamos kaip potencialiai traumuojantys įvykiai, galintys įvykti, bet kuriuo vaikystės laikotarpiu - nuo pat gimimo iki jauno suaugusiojo amžiaus. Vaikystėje patirtos traumos apima platų spektrą neigiamų išgyvenimų, patirtų per žmogaus formavimosi metus. Šios neigiamos patirtys gali būti įvairios nuo fizinės, emocinės ar seksualinės prievartos iki nepriežiūros, šeimos disfunkcijos, prierašumo sutrikimų ar neretai smurto (Herman, J. L., 2015). Vaikystėje patirtos traumos išsiskiria ne tik savo prigimtimi, bet ir giluminiu, bei ilgalaikiu poveikiu besivystančioms vaiko smegenims, emocijomis ir savęs pažinimui (Ford, J. D., & Courtois, C. A. (Eds.), 2013). Vaikystėje išgyventos traumos sutrikdo jaučiamą saugumo jausmą, nuo kurio priklauso sveikas vaikų vystymasis. Kuomet yra nepatenkinami pagrindiniai vaiko meilės, saugos ir rūpesčio poreikiai, tai sukelia galias emocines traumas, kurios išlieka ir suaugus (Copley, L., 2023)

Tyrimuose atskleidžiama, kad maždaug pusė mokyklinio amžiaus vaikų (iki 18 metų) nurodo patyrę vieną ar daugiau neigiamą vaikystės patirtį, o 38% nurodo patyrę tris ar daugiau (Porche, M. V., Costello, D. M., & Rosen-Reynoso, M., 2016; Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A., & Hamby, S. L., 2015). Remiantis pasaulinio psichikos sveikatos pasaulinio tyrimo duomenimis, traumuojančių įvykių skaičius yra paplitęs visame pasaulyje. Daugiau nei du trečdaliai žmonių nurodė bent vieną

traumuojančių įvykių savo gyvenimo eigoje (Benjet, C., 2016). Daugiau nei pusė visų traumos atvejų yra susiję su penkių rūšių įvykiais - mirties ar sunkaus sužalojimo liudininkais, netikėta artimo žmogaus mirtimi, apiplėšimu, autoįvykiu ir gyvybei pavojingomis ligomis ar sužalojimu. Keturių ar daugiau traumų patyrimo atvejų paplitimo lygis yra apie 30,5%. Nors šie dėsningumai įvairiose šalyse iš esmės sutampa, faktiniai paplitimo rodikliai ir šių įvykių pasiskirstymas skiriasi priklausomai nuo šalies būdingų veiksnių, sociokultūrinių ypatybių ir individualių gyvenimo aplinkybių (Benjet, C., 2016).

Neigiamas vaikystės patirtis galima vertinti tiek retrospektyviai tiriant suaugusius, tiek tiesiogiai su vaikais panaudojant vaiko ar tėvų medicininius išrašus ar kitus informacijos duomenis. Svarbiausia, kad nepriklausomai nuo metodo, šios patirtys turi būti patirtos iki pilnametystės, nes daugelis šių neigiamų išgyvenimų gali būti nepakeliami vaikams, kadangi jų smegenys dar tik vystosi t. y. neturi tiek socialinių, fizinių ir psichologinių išteklių tinkamai įveikti neigiamas stresines situacijas, kas nulemia didesnę pažeidžiamumo riziką (Bethell, C. D., Carle, A., Hudziak, J., Gombojav, N., Powers, K., Wade, R., & Braveman, P., 2017). Tyrimai taip pat rodo, kad asmenys ankstyvoje vaikystėje ar paauglystėje patyrę neigiamas vaikystės patirtis, suaugę dažniau susiduria su didesne fizinės ir psichinės sveikatos problemų riziką ir galiausiai turi didesnę ankstyvos mirties tikimybę, lyginant su tais, kurie tokių patirčių neturėjo (Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., ... & Dunne, M. P., 2017).

Nepaisant to, kad neigiamos vaikystės patirties apibrėžimas yra platus ir vartojamas skirtingai, tyrimai rodo, kad vaikai, patyrę tokias patirtis dažniausiai susiduria su įvairiais psichikos sveikatos sutrikimais. Jie rečiau lanko mokyklą, dažniau pasilieka kartoti klasę arba yra mokomi su iš anksto nustatytu individualiu mokymosi planu (Overstreet & Chafouleas, 2016). Neigiamos vaikystės patirtys apima įvairius traumuojančius įvykius, tokius kaip smurtas, prievarta, nepriežiūra, smurto artimoje aplinkoje matymas, šeimos nario bandymai ar sėkmingai įvykdyta savižudybė. Taip pat svarbūs aplinkos veiksniai sumažinantys vaiko saugumo, stabilumo ir prierašumo jausmą pačioje šeimoje, pavyzdžiui, augimas namuose, kuriuose yra piktnaudžiaujama narkotinėmis medžiagomis, šeimos narių psichikos sveikatos sutrikimai, tėvų skyrybos ar artimųjų įkalinimas (Center for Disease Control and Prevention, 2019).

Manoma, kad neigiamos vaikystės patirtys yra vienas reikšmingiausių veiksnių lemiančių sunkių psichikos sutrikimų atsiradimą, elgesio problemas ir net ankstyvą mirtį. Šios patirtys siejamos su padidėjusia rizika piktnaudžiauti psichotropinėmis medžiagomis, didesnio suicido rizika ir širdies ligų rizika (Cheung et al., 2024). Be to šios patirtys skatina sveikatai žalingus elgesio modelius, tokius kaip rūkymas, dažnas alkoholio vartojimas, persivalgymas ar kitos priklausomybės (Hoover & Kaufman, 2018). Tie patys autoriai nurodo, kad neigiamos vaikystės patirtys gali būti susijusios su

vėlesnėmis sveikatos problemomis, įskaitant išemines širdies ligas, insultą, kvėpavimo takų sutrikimus, diabetą ir net vėžį. Nustatyta, kad keturios ar daugiau neigiamų vaikystės patirčių reikšmingai padidina neigiamos sveikatos riziką, tačiau net ir viena ar kelios patirtys taip pat koreliuoja su padidėjusiu pavojumi sveikatai (Hoover & Kaufman, 2018).

Tokios asmens patirtys daro reikšmingai neigiamą poveikį jo gyvenimo kokybei, sveikatai ir bendrai gerovei, skatindamos lėtinių ligų, psichologinių sutrikimų bei socialinių sunkumų atsiradimą bei vystymąsi (Boullier & Blair, 2018). Neigiamos vaikystės patirtys gali stipriai pažeisti besivystančias vaikų smegenis, kurių pasekmės išryškėja tik po dešimtmečių. Šios patirtys gali sukelti daugelį lėtinių ligų, psichikos sutrikimų, priklausomybių ir yra daugelio smurto atvejų priežastis (Peters & Silvestri, 2016).

1.2. Neigiamų vaikystės patirčių apžvalga

Remiantis mokslininkais Boullier, M., & Blair, M. (2018) yra išskiriamos tokios dažniausios neigiamų vaikystės patirčių kategorijos, trijose skirtingose sferose.

Fizinis smurtas. Tai tėvų ar globėjų tyčinis fizinės žalos ar sužeidimų padarymas vaikui. Tai gali pasireikšti mušimu, spardymu, purtymu, deginimu ar kitokiu smurtu, dėl kurio atsiranda mėlynų, lūžių ar kitų sužalojimų. Fizinį smurtą patyrusiems vaikams gali atsirasti įvairių emocinių bei elgesio problemų įskaitant nerimą, depresiją, agresiją ir savęs žalojimą (Giovanelli, A., Mondì, C. F., Reynolds, A. J., & Ou, S. R., 2020; Boullier, M., & Blair, M., 2018; Children's Safety Network, 2024).

Emocinis smurtas. Apima tokį elgesį kuris silpnina vaiko savigarbą, pasitikėjimą savimi ir emocinę gerovę. Tai gali būti suprantama kaip nuolatinė kritika, menkinimas, atstūmimas arba grasinimai palikti, dėl kurių kyla gėdos, kaltės ir menkavertiškumo jausmai. Emocinis smurtas gali turėti gilų ir ilgalaikį poveikį vaiko savigarbai, tarpasmeniniams santykiams ir psichikos sveikatos. Neretai tai prisideda prie nerimo sutrikimų, depresijos ir sunkumo užmegzti santykius su kitais žmonėmis (Giovanelli, A., Mondì, C. F., Reynolds, A. J., & Ou, S. R., 2020; Boullier, M., & Blair, M., 2018).

Seksualinis smurtas. Tai seksualinė veikla ar elgesys, kurį vaikui taiko suaugęs ar vyresnis asmuo turintis galią ar valdžią vaiko akimis. Tai gali būti netinkamas seksualinis lietimasis, priekabiavimas, išnaudojimas ar prievartavimas, dėl kurio vaikas jaučiasi pažeistas, sutrikęs ir sugėdintas. Seksualinę prievartą patyrę vaikai gali susidurti su įvairiomis psichologiniais ir emociniais

sunkumais, įskaitant potrauminį streso sutrikimą, seksualinę disfunkciją ir sveikų intymių santykių užmezgimo sunkumus (Boullier, M., & Blair, M., 2018; Children's Safety Network, 2024).

Fizinė nepriežiūra. Ji pasireiškia tuomet kai tėvai ar globėjai negali užtikrinti pagrindinių vaiko fizinių poreikių. Tai gali būti netinkama priežiūra ar mityba dėl kurios vaikas patiria fizinių nepriteklių. Fizinė nepriežiūra taip pat apima tokias situacijas, kuomet nėra jokio artimo asmens kuris galėtų pasirūpinti vaiku, jį apsaugoti ar nuvežti būtinosios medicininės pagalbos, jei to prireiktų. Taip pat, kai vaikas neturi pakankamai maisto, arba tėvai buvo per daug girti arba per daug apsvaigę, kad galėtų pasirūpinti vaiku. Vaikas buvo priverstas dėvėti nešvarius drabužius (Boullier, M., & Blair, M., 2018; Children's Safety Network, 2024).

Emocinė nepriežiūra. Pasireiškia tokiose situacijose kuomet tėvai ar globėjai negali užtikrinti pagrindinių vaiko emocinių vystymosi poreikių. Dažnu atveju tai gali būti emocinė nepriežiūra, kuomet kai šeimoje vaikas nesijaučia svarbus ar reikšmingas. Vaikas jaučiasi nemylimas, o šeimos atstovai vienas kitą ignoruoja ar nekreipia dėmesio. Vaikas jaučiasi tarsi nutolęs nuo šeimos, o pati šeima nėra stiprybės ir paramos šaltinis. Tokie vaikai dažnai patiria prieraišumo sunkumus ar neretai išsivysto tam tikri raidos atsilikimas (Boullier, M., & Blair, M., 2018; Children's Safety Network, 2024).

Smurtas ir nepriežiūra yra dažniausiai išskiriami neigiamos vaikystės patirties tipai, tačiau kiti autoriai taip pat išskiria šeimos ūkio problemas kaip vieną iš papildomų trauminės patirties tipų (Giovanelli, A., Mondì, C. F., Reynolds, A. J., & Ou, S. R., 2020; Boullier, M., & Blair, M., 2018).

Žiaurus elgesys su motina ar tėvu. Apima tokias situacijas kuomet vienas iš sutuoktinių ar sugyventinių stipriai stumia, tvirtai griebia, suduoda, ką nors meta, kandžioja ar muša kumščiu arba koku nors kietu daiktu. Taip pat kai šeimoje buvo grasinama peiliu šautuvu arba kai žmogus buvo sužalotas peiliu ar ginklu (Giovanelli, A., Mondì, C. F., Reynolds, A. J., & Ou, S. R., 2020; Boullier, M., & Blair, M., 2018).

Piktnaudžiavimas narkotinėmis medžiagomis namų ūkyje. Vienas iš namų šeimos narių buvo/yra probleminis alkoholikas arba vartoja/vartojo narkotines medžiagas (Giovanelli, A., Mondì, C. F., Reynolds, A. J., & Ou, S. R., 2020; Boullier, M., & Blair, M., 2018).

Psichikos ligos namų ūkyje. Vienas iš šeimos narių ar artimų asmenų sirgo/serga depresija arba kita psichikos liga. Vienas iš narių taip pat bandė nusižudyti (Giovanelli, A., Mondì, C. F., Reynolds, A. J., & Ou, S. R., 2020; Boullier, M., & Blair, M., 2018).

Tėvų gyvenimas atskirai arba skyrybos. Vaiko tėvai kada nors gyveno atskirai arba išsiskyrė (Giovanelli, A., Mondì, C. F., Reynolds, A. J., & Ou, S. R., 2020; Boullier, M., & Blair, M., 2018).

Kriminalinis šeimos ūkis. Vienas iš šeimos narių buvo patekęs ar pateko į kalėjimą (Giovanelli, A., Mondì, C. F., Reynolds, A. J., & Ou, S. R., 2020; Boullier, M., & Blair, M., 2018; Center for Disease Control and Prevention, 2019).

1.3. Neigiamų vaikystės patirčių teorinis modelis

Medicinos ir raidos mokslininkai siekė sukurti bendrą teorinę struktūrą, leidžiančią išsamiau analizuoti neigiamas vaikystės patirtis bei mechanizmus, per kuriuos šios patirtys gali paveikti vaiko raidą. Neigiamų vaikystės patirčių piramidė, sukurta JAV ligų kontrolės centro (angl. Center for Disease Control (CDC)), nurodo mechanizmus per kuriuos neigiamų vaikystės patirčių poveikis gali būti perduodamas viso gyvenimo eigoje. Šie mechanizmai veikia pakopiniu principu, prasidedančiu neurologinio vystymosi sutrikimais, kurie yra tiesiogiai susiję su neigiamomis vaikystės patirtimis (Giovanelli, A., Mondì, C. F., Reynolds, A. J., & Ou, S. R., 2020).

Neigiamų vaikystės patirčių veikimą galima įvertinti dviem lygmenimis: fiziologiniu ir elgesio. Dėl neigiamų vaikystės patirčių sutrinka neurologinis vystymasis, todėl gali išsivystyti pažinimo ir socialinių funkcijų sunkumai, o tai savo ruožtu daro įtaką sveikatai žalingam ar pavojingam elgesiui. Dėl patiriamo aplinkos streso vaikams, kurie patiria daugiau neigiamų įvykių, kyla grėsmė kad jie imsis sveikatai žalingo elgesio pavyzdžiui, dar mažame amžiuje pradės vartoti alkoholį, rūkyti ar asocialiai elgtis (Hoover & Kaufman, 2018). Atitinkamai toks gyvenimo būdas nulemia prastesnę sveikatą suaugusiame amžiuje: didina daugelio ligų tokių kaip: vėžio, plaučių, širdies ir kraujagyslių ligų vystymąsi ir atsiradimą (Giovanelli, A., Mondì, C. F., Reynolds, A. J., & Ou, S. R., 2020).

Atsižvelgiant į fiziologinį požiūrį žmonės nuolatos sąveikauja su išorine aplinka. Susidūręs su stresine situacija organizmas automatiškai suaktyvina simpatinę nervų sistemą, dar vadinama kovok arba bėk taip sukeldamas fiziologinius pokyčius: padažnėja širdies susitraukimai, kvėpavimas, padidėja kraujo tekėjimo greitis, ko pasekoje raumenys ir kitos ląstelės yra aprūpinamos didesniu kiekiu deguonies. Reaguojant į stresines situacijas tai pat suaktyvėja hipofizė ir antinksčiai išsiskiria kortizolis kuris padidina gliukozės kiekį kraujyje, kuris naudojamas kaip energijos šaltinis suintensyvėjusiomis organizmo funkcijoms (Giovanelli, A., Mondì, C. F., Reynolds, A. J., & Ou, S. R., 2020). Tokia reakcija yra tinkama kuomet reikia bėgti nuo realaus fizinio pavojaus, tačiau ta pati reakcija įvyksta kai jaučiame stresą nepriklausomai nuo situacijos. Tokį stresinį įvykį turėtų sekti atsigavimo laikotarpis per kurį organizmas atsigauja. Todėl vaikystėje patyrus didelį stresą jis vis dar gali būti veiksmingai sureguliuojamas kuomet yra tėvų ar globėjų, kurie padeda susitvarkyti su stresu

ir ugdyti atsparumą. Tačiau jei stresinės situacijos yra dažnos ir nėra apsauginių veiksmų padedančių atsigaivinti gali pradėti vystytis sunkumai (McLaughlin, K. A., DeCross, S. N., Jovanovic, T., & Tottenham, N., 2019). Neurologinių sistemos struktūros ir funkcijų pokyčiai, atsirandantys dėl ankstyvos patirties įvardinti kaip – biologiniu ankstyvosios patirties įsitvirtinimu (Hertzman, C., 1999). Tyrimai atskleidė, kad neigiamos vaikystės patirtys gali sukelti ilgalaikį organizmo uždegimą, bendrąją patologiją ir psichopatologiją, ypač kai neigiamos patirtys yra sunkios, lėtinės arba pasireiškia jautriais laikotarpiais (Koss, K. J., & Gunnar, M. R., 2018). Migdolinis kūnas, prefrontalinė žievė ir hipokampus yra tokios nervinės sistemos sritys, kurios dažnai pažeidžiamos nuolatinio streso. Dėl to gali kilti įvairių įsiminimo, koncentracijos, mokymosi sunkumai. Imuniniu požiūriu lėtinis stresas sukelia uždegimą, kuris savo ruožtu mažina organizmo imunitetą padidindamas infekcijų, širdies ir kraujagyslių ligų riziką.

Elgesio ir psichosocialinio funkcionavimo pokyčiai, kurie gali atsirasti dėl nervinių pakitimų yra svarbūs intervencijas atliekantiems specialistams, nes tai suteikia informaciją, leidžia atkreipti dėmesį į šiuos aspektus ir veikti per galimai egzistuojančią aplinkos paramą (McLaughlin, K. A., DeCross, S. N., Jovanovic, T., & Tottenham, N., 2019). Tyrimais nustatyta, kad atsparaus charakterio bruožai ir individuali ar visos socialinės sistemos parama gali sušvelninti ilgalaikį neigiamos vaikystės patirčių poveikį (Bethell, C. D., Newacheck, P., Hawes, E., & Halfon, N., 2014)

Priešingai tyrėjai Bethell, C. D., Carle, A., Hudziak, J., Gombojav, N., Powers, K., Wade, R., & Braveman, P. (2017) savo tyrime nenustatė jokių nuoseklių dėsningumų, kurie būtų įrodymas, kad reikėtų kurti tam tikrus individo charakterio bei elgesio požymius pagal nepalankios vaikystės patirtis. Tyrėjai teigia, kad kiekvieno vaiko unikalūs adaptaciniai ar dezadaptaciniai sugebėjimai prognozuoja poveikį vaiko raidai ir sveikatai, o ne konkretus neigiamos vaikystės patirties tipas.

Apibendrinant matome, jog neigiama vaikystės patirtis yra sudėtingas procesas, kuris daro ilgalaikį poveikį tiek fizinei, tiek psichinei sveikatai, bei vaiko raidai. Ši neigiama vaikystės patirtis yra glaudžiai susijusi su biologiniais, emociniais ir socialiniais mechanizmais, kurie daro įtaką suaugusiems žmonėms visą likusį gyvenimą. Aptartų tyrimų rezultatai nurodo, kad kuo daugiau vaikai patiria neigiamų išgyvenimų, tuo didesnė rizika, kad suaugęs jis susidurs su sveikatos, elgesio ir emociniais sunkumais (Boullier, M., & Blair, M., 2018). Tai parodo ankstyvosios intervencijos svarbą ir būtinybę užtikrinti saugią, bei palankią aplinką vaikams, kuri padėtų sušvelninti žalingą ankstyvosios neigiamos patirties poveikį vaikui (Bethell, C. D., Newacheck, P., Hawes, E., & Halfon, N., 2014).

1.4. Disociaciniai simptomai

Psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadovo penktajame leidime (DSM-5) disociacija apibrėžiama kaip „normalios sąmonės, atminties, tapatybės, emocijų, suvokimo, kūno reprezentacijos, motorinės kontrolės ir elgesio integracijos sutrikimas” (Amerikos psichiatrių asociacija, 2013, p. 291). Ji dažnai laikoma adaptyvia reakcija į traumą, tarnaujančia kaip psichologinis mechanizmas, leidžiantis asmenims susidoroti su išgyvenimais, kurie gali būti pribloškiantys ar nevaldomi (Dalenberg ir kt., 2012). Nors disociaciniai simptomai gali pasireikšti įvairiomis klinikinėmis formomis - įskaitant somatinius sutrikimus ir psichozines būsenas, tačiau stebimas ypač stiprus ryšys su traumos patirtimis (Lyssenko ir kt., 2018). DSM-5 išskiria kelis pagrindinius disociacijos simptomus: nesąmoningą praeities įvykių atgaminimą (angl. Flashbacks), depersonalizaciją, derealizaciją ir disociacinę amneziją.

Disociaciniai simptomai yra įvairūs ir gali pasireikšti įvairiomis formomis esant skirtingiems sutrikimams. Norint suprasti simptomus yra svarbu pirma atskirti psichinius ir somatoforminius disociacinius simptomus. Psichiniai disociaciniai simptomai susiję su kognityviniais arba emociniais aspektais, pavyzdžiui derealizacija, depersonalizacija, nesąmoningu praeities įvykių atgaminimu. Priešingai somatoforminiai disociatyviniai simptomai yra susiję su kūno funkcijomis ir pasireiškia per fiziologinius sutrikimus, tokius kaip motorikos sutrikimai ir anestezijos pojūčiai, atsirandantys be jokių nustatytų organinių priežasčių ar pažeidimų (Pick ir kt., 2017; Fung ir kt., 2023). Disociaciniai simptomai apima įvairius išgyvenimus ir būsenas, kurios rodo atsiskyrimą nuo minčių, tapatybės, sąmonės ir aplinkos. Yra išskiriami keli pagrindiniai disociacinių simptomų tipai.

Nesąmoningas praeities įvykių atgaminimas (angl. Flashbacks) tai išgyvenimai, kai žmogus jaučiasi ir (arba) elgiasi taip, tarsi praeities traumuojančio įvykio vyktų šiuo metu. Tokie išgyvenimai dažnai apibūdinami kaip jausmas, kuris yra panašus arba identiškas į patirtą traumuojančią įvykį (Amerikos psichiatrių asociacija, 2013). Nesąmoningas praeities įvykių atgaminimas gali pasireikšti skirtingu intensyvumu ir įvairiais skirtingais žmogaus pojūčiais: regos, garso, skonio, kvapo ir lytėjimo. Radikaliausiu atveju asmuo, išgyvenantis prisiminimus, patiria trauminį įvykį tarsi jis vyktų čia ir dabar – dabartis visiškai atibojama, ją pakeičia praeitis (Brand, B. L., Schielke, H. J., Brams, J. S., & DiComo, R. A., 2017)

Depersonalizacija – tai disociacinis simptomas, kuriam būdingas nerealumo arba atsiskyrimo nuo savo kūno jausmas. Depersonalizaciją patiriantys individai jaučiasi taip, tarsi stebėtų save iš tolies, tarsi jie yra pasyvūs savo minčių, jausmų ir veiksmų stebėtojai. Neretai žmonės pradeda žalotis, pavyzdžiui norėdami pasijusti esą tikri. Remiantis DSM-5 depersonalizacija priskiriama prie

simptomų, kurie gali pasireikšti esant įvairiems psichikos sutrikimams, ypač susijusiems su nerimu ir traumomis (Amerikos psichiatrių asociacija, 2013; Brand, B. L., Schielke, H. J., Brams, J. S., & DiComo, R. A., 2017).

Derealizacija – tai disociacinis simptomas, kuriam būdingas ryškus aplinkos suvokimo sutrikimas, dažnai apibūdinamas kaip nerealus, susapnuotas ar iškreiptas išorinio pasaulio suvokimas. Remiantis DSM-5, derealizacija gali pasireikšti kartu su kitais disociaciniais sutrikimais (Amerikos psichiatrių asociacija, 2013). Asmenys patiriantys derealizaciją, dažnai nurodo, kad jaučiasi atitrūkę nuo aplinkos, dėl to atsiranda atsiskyrimo nuo realybės jausmas. Pažįstamus žmones, vietas ar objektus tokie asmenys gali suvokti kaip negyvus ar dirbtinius (Brand, B. L., Schielke, H. J., Brams, J. S., & DiComo, R. A., 2017).

Tapatybės sumaištis apibūdina jaučiamą sumišimą ar konfliktą dėl to, kas žmogus yra iš tikrųjų, nes jo mąstymo, jausmų ir elgesio būdai yra skirtingi ir prieštaraujantys vienas kitam ar jo paties savęs suvokimui. Neretai žmonės gali būti sutrikę dėl savo tapatybės arba jausti, kad neturi nuoseklaus savęs suvokimo, todėl jaučiasi fragmentuoti arba prieštaringai suvokia save (Brand, B. L., Schielke, H. J., Brams, J. S., & DiComo, R. A., 2017)

Absorbcija nurodo tokias situacijas, kai žmogus yra taip stipriai įsitraukęs į savo mintis ar vidinius išgyvenimus, jog pastebimai praranda ryšį su aplinka. Neretai tai gali pasireikšti „vairavimo hipnozės“ atveju, kuomet individas yra tiek susitelkęs į savo mintis, kad pravažiuoja reikiama išvažiavimą arba negirdi, kai kas nors einant gatve šaukia jo vardą (Brand, B. L., Schielke, H. J., Brams, J. S., & DiComo, R. A., 2017). Nors absorbcija dažnai nėra patologinė ir pasitaiko bendrojoje populiacijoje ji yra susijusi su stresu ir disociaciniais simptomais, tokiais kaip amnezija, bei gali pasireikšti didesniu intensyvumu asmenims, turintiems disociacinius sutrikimus (Vogel ir kt., 2019).

Tyrimai atskleidžia, kad traumuojančios patirtys, ypač vaikystėje, yra glaudžiai susijusios su disociacinių simptomų atsiradimu. Pavyzdžiui tyrimai parodė, kad asmenys kurie praeityje patyrė rimtą traumą dažnai nurodo aukštesnį psichologinės ir somatoforminės disociacijos lygį (Moyano ir kt., 2023; Perez ir kt., 2017). Tokie simptomai kaip emocinis nejautrumas, atsiskyrimas nuo savęs ir nevalingas kūno pojūčių praradimas gali būti suprantami kaip apsauginiai mechanizmai nuo slegiančio emocinio skausmo, leidžiantys asmenims susidoroti su slegiančia trauma (Šar ir kt., 2009)

Mokslininkai Fung ir kiti savo longitudinaliame tyrime pabrėžia, kad pagerėjus asmens aplinkai, kurioje buvo patirta seksualinė prievarta disociaciniai simptomai gali sumažėti (Fung ir kt., 2023). Klinikiniame kontekste disociaciniai simptomai dažnai vertinami kaip disociacinių sutrikimų, tokių kaip: disociacinį tapatybės sutrikimą ir depersonalizacijos/ derealizacijos sutrikimų rodikliai. Svarbu tai, kad šie simptomai gali pasireikšti įvairiose klinikinėse būklėse, įskaitant potrauminio streso

sutrikimą, ribinį asmenybės sutrikimą, taip pabrėžiant jų svarbą tiek diagnostinėse, tiek terapinėse aplinkose (Duarte ir kt., 2019; Hoeboer ir kt., 2020). Disociaciniai simptomai ne tik daro poveikį psichinei sveikatai, bet ir dažnai apsunkina gydymo planą, todėl būtinas požiūris, kuris padėtų spręsti ir traumos ir susijusių disociacinių simptomų problemas (Zoet ir kt., 2021)

Dažnai disociaciniai simptomai gali pasireikšti kartu su kitais psichikos sveikatos sutrikimais arba paūmėti, o tai apsunkina tikslų diagnozavimą ir gydymą. Mokslininkų atliktoje metaanalizėje atrasta kad disociacijos simptomai paprastai būna labiau išreikšti populiacijose, kuriose yra sunkių psichologinių sutrikimų, tokių kaip potrauminio streso sutrikimu sergantys asmenys. Tai dažnai tampa kliūtimi veiksmingai psichoterapijai, jei į šiuos simptomus nėra kreipiamas dėmesys (Lyssenko ir kt., 2018).

Apibendrinant pastebime, kad disociaciniai simptomai apima įvairias patirtis, kurios atspindi adaptyvias reakcijas į traumą. Šie disociaciniai simptomai gali turėti didelę įtaką asmens psichologinei būsenai ir gydymo rezultatams. Dėl disociacinių simptomų įvairiapusiško ypač reikalingas kruopštus vertinimas ir apgalvota intervencinė strategija, kad būtų sušvelnintas jų poveikis psichikos sveikatai ir gerovei.

1.5. Emocinė savijauta

Emocinė savijauta tai vis dar besivystanti sąvoka apimanti įvairius psichologinės sveikatos aspektus, ne tik psichinės ligos nebuvimą. Daugelis tyrėjų bandė apibrėžti ir kontekstualizuoti emocinę savijautą, nurodydami, kad ji apima tokius veiksnius kaip psichologinė gerovė, teigiama psichikos sveikata, su sveikata susijusi gyvenimo kokybė ir subjektyvi gerovė. Emocinė savijauta nėra tiesiog ligos nebuvimas ar psichinės sveikatos sinonimas. Ši sąvoka plačiai apibrėžia kelias tarpusavyje susijusias sąvokas, tokias kaip psichologinė gerovė, teigiama psichikos sveikata, bei subjektyvi gerovė. Šios sąvokos apima daugelį psichologinių dimensijų, įskaitant teigiamas emocijas ir nuotaikas (džiaugsmas), taip pat neigiamų emocijų, nuotaikų ar būsenų, pavyzdžiui liūdesio ar vienatvės stygių, pasitenkinimą gyvenimu, prasmės ir tikslo jausmą, gyvenimo kokybę ir pasitenkinimą kitose gyvenimo sferose, tokiose kaip darbas, studijos ir santykiai (Feller ir kt., 2018). Kiti autoriai nurodo, kad emocinė savijauta apibūdina bendrą malonaus efekto (teigiamo poveikio) jausmą, o ne nemalonaus efekto (neigiamo poveikio) jausmą, kuris apima visą asmens gyvenimo eigą, įskaitant praeities, dabarties ir ateities suvokimą (Reh ir kt., 2021). Tyrėjai Cohen ir kt. (2016) atlikę metaanalizę kuri apėmė daugiau nei 136000 žmonių iš dešimties tyrimų nustatė, kad gyvenimo tikslo

jausmas (vienas iš emocinės savijautos sudedamųjų dalių) yra susijęs su 17% mažesniu mirtingumu nuo visų priežasčių, taip pat ir nuo širdies bei kraujagyslių ligų.

Emocinė savijauta yra labai svarbi sergant depresija, nes ji daro didelę įtaką depresijos simptomų patyrimui ir jų kontrolei. Depresijai dažnai būdingas žymus emocinės savijautos sumažėjimas, kuriam būdingas teigiamų emocijų mažėjimas ir neigiamų emocinių būsenų padidėjimas (Christensen ir kt., 2022). Nuotaikos ir jausmų klausimynas paprastai naudojamas emociniam stresui įvertinti įvairiose populiacijose, gali pasitarnauti kaip veiksminga priemonė depresiją patiriančių asmenų emocinės savijautos ypatumams nustatyti. Depresija neigiamai veikia daugelį emocinės savijautos aspektų, įskaitant laimės jausmą, pasitenkinimą ir bendrą pasitenkinimą gyvenimu (Maanasa ir kt., 2022). Tyrimais įrodyta, kad depresijos simptomai gali sukelti emocinį slopinimą, kai asmenys patiria susilpnėjusias emocines reakcijas ir sumažėjusį emocinį reaktyvumą, todėl jiems tampa sudėtinga įsitraukti į pilnaverčius santykius ir bendrą veiklą (Christensen ir kt., 2022). Tokių simptomų buvimas kenkia ne tik asmeninei gerovei, bet ir gyvenimo kokybei, nes depresija sergantys asmenys dažnai nurodo sunkumą atliekant kasdienes veiklas susijusi su judėjimu, bei socialinių ryšių palaikymu (Strömberg, A. ir kt., 2020).

Emocinė savijauta yra glaudžiai susijusi su daugeliu veiksnių, vienas svarbiausių - traumos, ypač tos, kurios kyla iš šeimyninių santykių ir aplinkos stresorių (Du ir kt., 2023). Trauminę patirtį patyrę vaikai dažnai susiduria su emocijų reguliavimo ir raiškos sunkumais. Tokią traumą gali sukelti įvairūs šaltiniai, įskaitant šeimos disfunkciją, artimojo netektis, prievartą ir nepriežiūrą (National Child Traumatic stress Network, (N.d.). Tyrimai nurodo, kad traumą patyrusiems vaikams kyla didesnė emocinių sutrikimų ir vėlesnių psichikos sveikatos problemų rizika, tokių kaip depresija ir nerimas (Du ir kt., 2023). Tyrimai rodo, kad traumuojanči patirtis padidina pažeidžiamumo riziką ir trukdo sveikam emociniam vystymuisi. Pavyzdžiui, Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M., & Heyward, D. (2011) savo metaanalizėje nustatė, kad vaikams iš šeimų kuriose tėvai sirgo depresija, būdingi dideli emocinės savijautos pažeidimai.

Vienas iš dalykų kaip vaikystėje patirtos traumos veikia emocinę savijautą yra sutrikdant emocinį reguliavimą. Traumą patyrusių vaikų sugebėjimai suprasti ir reguliuoti emocijas dažnai yra susilpnėję, todėl iškylus įvairiems gyvenimo sunkumams jie patiria didesnę emocinį distressą (National Child Traumatic stress Network, (N.d.). Neretai dėl tokio negebėjimo veiksmingai valdyti emocijas gali padažnėti nerimo, depresijos ir kitų emocinių sutrikimų (Bahar, A., 2023). Taip pat vaikystėje patirtos traumos gali paskatinti neigiamą savęs kognityvinį vertinimą ir iškreiptą savęs vertinimą, kuris išlieka ir suaugusiame amžiuje, taip trukdydamas individui įsitraukti į socialinę aplinką, bei gyventi pilnavertišką gyvenimą (Downey, C., & Crummy, A., 2022). Traumą patyrę asmenys gali susiformuoti

neigiamą nusistatymą į gyvenimą, pradėti taikyti neadaptyvias įveikos strategijas, tokias kaip piktnaudžiavimas psichoaktyviomis medžiagomis ar emocinis vengimas taip bandydami pabėgti nuo stiprių emocijų (Gallagher, A. R. ir kt., 2023).

Kitame straipsnyje yra pabrėžiamas emocinės savijautos vaidmuo atsigaunant po trauminių patirčių, nes ji yra tiek apsauginis veiksnys, tiek ir transformuojantis veiksnys išgyvenus trauminę patirtį (Bhatia, S., ir Dutt, S., 2025). Mokslininkų Bhatia, S., ir Dutt, S., (2025) atliktame tyrime nustatyta vidutinė teigiama koreliacija tarp savijautos skalių įverčių ir trumpojo potrauminio augimo klausimyno. Atrasta, kad asmenys kurių psichinė gerovė aukštesnė, dažniau patiria aukštesnį potrauminį augimą (Bhatia, S., ir Dutt, S., 2025).

Emocinė savijauta tai gebėjimas patirti teigiamas emocijas, mintis, jausmus bei gebėjimas prisitaikyti prie gyvenimo iššūkių ir stresinių situacijų, įskaitant tokius tokius elementus kaip atsparumą (gebėjimą atsigauti po nelaimių), teigiamas poveikis (džiaugsmo ir dėkingumo, bei jaučiamas gyvenimo džiaugsmas), pasitenkinimas gyvenimu ir socialiniai ryšiai (dalyvavimo bendruomenėje svarba) (Park, C. L. ir kt., 2023).

Apžvelgus mokslinę literatūrą apie emocinę savijautą matome, kad tai yra daugialypis ir dinamiškas konstruktas apimantis ne tik teigiamų emocijų išgyvenimą, bet ir gebėjimą prisitaikyti prie strasinių gyvenimo sunkumų išlaikant stabilumą. Aptarti tyrimai nurodo, kad žemas emocinės savijautos lygis glaudžiai susijęs su depresija, emociniu slopinimu ir socialiniais sutrikimais. Vaikystėje patirtos traumos dažnai trikdo emocijų reguliaciją, iškreipia savęs vertinimą ir padidina psichikos sutrikimų riziką. Tačiau kitą vertus tyrimai atskleidė, kad aukštesni emocinės savijautos įverčiai gali veikti kaip apsauginis veiksnys, padedantis sumažinti traumos žalą.

1.6. Vaikų trauminės patirties, emocinės savijautos, ir disociacinių simptomų sąsajos

Vaiko raida vaikystėje priklauso nuo aplinkos poveikio. Neigiamos vaikystės ar trauminės patirtys gali smarkiai sutrikdyti vaiko emocinį balansą, pažintinę raidą ir socialinį funkcionavimą. Traumuojanti patirtis vaikystėje, tokia kaip fizinė, emocinė ar seksualinis smurtas, taip pat ir nepriežiūra siejama su emocinės savijautos pablogėjimu ir disociacinių simptomų atsiradimu, ypač kai tokia patirtis kartoja ar trunka ilgą laiką (Teicher, M. H., & Samson, J. A., 2016). Tyrimai rodo, kad traumą patyrę vaikai dažnai kenčia nuo pablogėjusios emocinės savijautos. Jie gali jausti nuolatinį liūdesį, baimę, žemą savivertę ir patirti emocinių reguliavimo sunkumų. Tokiems vaikams dažnai sunku užmegzti ir palaikyti tarpasmeninius santykius (Du ir kt., 2023; Christensen ir kt., 2022).

Emocinė savijauta šiame kontekste nurodo ne tik teigiamų emocijų egzistavimą, bet ir gebėjimą prisitaikyti prie gyvenimo eigoje patiriamo streso, išlaikyti tikslo pojūtį ir išsaugoti nuoseklų savęs suvokimą (Park ir kt., 2023). Traumuotų vaikų šios savybės dažnai būna susilpnėjusios. Tokių vaikų emocinės reakcijos gali būti arba perdėtos ir impulsyvios (išorinės), arba emociškai atbuktos ir izoliuotos (vidinės) (Park ir kt., 2023).

Mokslininkai Hébert, M., Langevin, R., & Oussaïd, E., (2017) nustatė, kad daugybinė viktimizacija, apimanti fizinę, emocinę ir seksualinę prievartą, nepriežiūrą bei smurtą artimoje aplinkoje, buvo susijusi su didesniu emocinės disreguliacijos ir disociacijos simptomų pasireiškimo lygiu. Šie veiksniai savo ruožtu lėmė ryšį tarp vidinių (nerimo, depresijos) ir išorinių (asocialaus elgesio, agresijos) elgesio problemų. Emocijų reguliavimo sunkumai lėmė disociaciją, o kai kaip prieš tai minėtame skyriuje disociacija laikoma automatinio organizmo atsaku į didžiulį afektą, kurio neįmanoma sąmoningai suvokti (Dalenberg ir kt., 2012; Hébert, M., Langevin, R., & Oussaïd, E., 2017)

Kalbant apie emocines reakcijas Yöyen, E., Bal, F., Barış, T. G., Arslan, M. S., & Çokluk, G. F. (2024) savo tyrime nagrinėjo kaip disociacinės patirtys medijuoja vaikystės traumų, tokių kaip fizinis, emocinis, seksualinis smurtas bei nepriežiūra, poveikį emocinio reguliavimo sunkumams ir tėvų gebėjimui patenkinti vaiko emocinius poreikius. Šis tyrimas atskleidė, kad vaikystėje patirtos traumos buvo susijusios su aukštesniais disociacijos įverčiais, o disociacija atitinkamai susijusi su emocinio reguliavimo sunkumais ir prastesniais tėvystės gebėjimais (Yöyen, E., Bal, F., Barış, T. G., Arslan, M. S., & Çokluk, G. F., 2024).

Mokslininkai Cheung, C. T. ir kt. (2024) savo tyrime nustatė, kad tam tikri neigiamos vaikystės patirtys tokios kaip seksualinė prievarta, emocinė ar fizinė nepriežiūra statistiškai reikšmingai koreliuoja su somatoforminiais disociacijos simptomais suaugus. Tai parodo, kad vaikystės traumos gali turėti ilgalaikį poveikį emocinei savijautai ir disociaciniams simptomams (Cheung, C. T. ir kt., 2024). Taip pat šiame tyrime buvo atrasta, kad šeimos gerovės lygis gali veikti kaip buferis ir moderuoti. Somatoforminės disociacijos yra ne tik susijusi su traumine patirtimi bet ir šeimos dinamika ir santykiais viduje. Net jei asmuo su neigiamomis vaikystės patirtimis susidūrė iki 18 metų amžiaus tikimybė, kad jam išsivystys somatoforminiai simptomai sumažėja, kuomet jis auga palaikančioje šeimos aplinkoje (Cheung, C. T. ir kt., 2024). Taip pat tyrėjai Cheung, C. T. ir kt. (2024) pastebi, kad ši teigiama šeimos aplinkos įtaka nurodo, jog šeimos aplinkos švietimas ir taikomos intervencijos gali būti potencialiai svarbūs metodai kurie padėtų sumažinti somatoforminių simptomų pasireišimą atsirandantį po neigiamų vaikystės patirčių.

Tokiais atvejais gali būti naudinga jei šeimos nariai turėtų žinių ir praktikos apie vienas kito palaikymą, sveikų ribų nustatymą ir tinkamą komunikaciją. Šeimos nariams būtų pravartu įgyti žinių apie tai, kaip teikti paramą šeimos nariui, patyrusiam neigiamų gyvenimo patirčių, bei kaip taikyti emocinio reguliavimo strategijas ir pozityvius įveikos metodus, tokius kaip dėmesingas įsisąmoninimas, siekiant sumažinti šeimos nario jaučiamus trauminio pobūdžio simptomus. Jei vienas iš šeimos narių taip pat yra smurtautojas reikėtų įvertinti jo keliamą riziką ir atitinkamai imtis profesionalių intervencinių priemonių.

Pastebime kad vaikystės traumos, kad ir kokios jos būtų pasikartojančios ar ne, daro reikšmingą poveikį vaiko psichologinei, emocinei savijautai, disociacijos simptomams. Emocinė savijauta tampa svarbiu apsauginiu veiksniu. Ji ne tik atspindi vaiko gebėjimą susidoroti su kasdieniu stresu, bet turi įtakos ir vėlesniam psichikos sveikatos vystymuisi. Atsižvelgiant į teorinėje dalyje minėtas sąsajas, tampa aktualu nuosekliai ištirti, kokie yra trauminių patirčių, disociacinių simptomų ir emocinės savijautos ypatumai skirtingose imtyse. Šiame tyrime tam atskleisti bus pasirinkti tokie metodai kaip latentinių profilių analizė leidžianti identifikuoti skirtingus vaikų profilius, o vertinanti emocinės savijautos vaidmenį kaip mediacinį veiksnių vaikų trauminių patirčių ir disociacinių simptomų sąsajoje bus pasitelktas mediacijos metodas. Visa tai sudaro pagrindą ištirti ne tik paprastus skirtumus tarp klinikinės ir neklinikinės grupių trauminių patirčių, emocinės savijautos ir disociacinių simptomų. Bet taip pat panagrinėti emocinės savijautos kaip mediatorius vaidmenį, bei identifikuoti galimus latentinius įvėrčių raiškos profilius.

1.7. Tyrimo problema, tikslas, uždaviniai ir hipotezės

Tyrimo problema: vaikystėje patirti traumuojančios išgyvenimai neretai turi ilgalaikį neigiamą poveikį vaiko psichinei sveikatai, emocinei savijautai ir gali būti susiję su disociaciniais simptomais (Teicher, M. H., & Samson, J. A., 2016). Tačiau trūksta žinių apie tai, kaip traumuojančių patirčių formų latentiniai profiliai skiriasi tarp emocinės savijautos ir disociacinių simptomų įverčių, taip pat apie emocinės savijautos, kaip mediatoriaus, vaidmenį tarp vaikų trauminių patirčių ir disociacinių simptomų. Šios žinios praverstu siekiant geriau suprasti trauminių patirčių poveikį, nustatyti rizikos grupes ir kurti prevencijos planus, padėsiančius vaikams įveikti trauminius išgyvenimus ir išsaugoti psichinę sveikatą.

Tyrimo objektas - vaikų trauminės patirties, emocinės savijautos, ir disociacinių simptomų ypatumai.

Tyrimo tikslas - išanalizuoti vaikų trauminės patirties, emocinės savijautos ir disociacinių simptomų ypatumus; Taip pat siekiama išnagrinėti, ar pagal trauminių patirčių pobūdį galima identifikuoti skirtingus traumų profilius, bei įvertinti vaikystėje patirtų trauminių įvykių ryšį su vaikų disociacijos simptomais bei emocinės savijautos kaip mediatoriaus vaidmenį.

Tyrimo uždaviniai:

- 1) Nustatyti, ar klinikinės ir neklinikinės imties vaikai skiriasi vaikystės traumų, depresijos ir disociacijos simptomų lygiais.
- 2) Atlikti latentinių profilių analizę ir ištirti ar tiriamieji gali būti suskirstyti į skirtingus profilius pagal jų patirtas traumas ir ar šie profiliai skiriasi pagal emocinės savijautos ir disociacinių simptomų įverčius.
- 3) Įvertinti emocinės savijautos vaidmenį kaip mediacinį veiksnių vaikų trauminių patirčių ir disociacinių simptomų sąsajoje.

Hipotezės:

- 1) Klinikinės imties vaikai pasižymės statistiškai reikšmingai aukštesniais vaikystės traumų, depresijos ir disociacijos simptomų įverčiais nei neklinikinės imties vaikai.
- 2) Tiriamieji pagal traumines patirtis gali būti suskirstyti į profilius, kurie skirsis emocinės savijautos ir disociacinių simptomų įverčiais.
- 3) Emocinė savijauta veikia kaip mediacinis veiksnys tarp vaikų trauminių patirčių ir disociacijos simptomų sąsajoje

2. TYRIMO METODIKA

2.1. Tyrimo dalyviai

Taikant analitinį – skerspjūvio metodą, reikalingą pasirinktų tyrimo metodikų patikrinimui, buvo apklausti 133 tyrimo dalyviai. Iš jų, 50 tiriamųjų apklausti VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų Vaiko raidos centro Vaikų psichiatrijos skyriuje, o likusieji 83 tyrimo dalyviai buvo apklausti mokyklose.

Tyrimo dalyvių amžius svyravo nuo 10 iki 17 abiejose imtyse ($M = 13.12$, $SD = 2.41$). Klinikinės imties amžiaus vidurkis $M = 12.98$ ($SD = 1.92$), o neklinikinės imties - $M = 13.2$ ($SD = 2.66$). Du klinikinės imties tiriamieji nenorėjo atskleisti savo amžiaus, o keturi - savo lyties. Imties demografinė charakteristika pateikiama lentelėje 1.

Lentelė 1. *Imties demografinė charakteristika pagal lytį ir amžių*

Kintamasis	Klinikinė imtis (n = 50)	Neklinikinė imtis (n = 83)
Lytis, n (%)		
Mergaitė	26 (52,0 %)	56 (67,5 %)
Berniukas	20 (40,0%)	27 (32,5%)
Nenorėjo atsakyti	4 (8,0 %)	—
Amžius, M (SD)		
Bendras vidurkis	12.98 (1.92)	13.21 (2.66)
Mergaitės	13.54 (1.86)	13.48 (2.64)
Berniukai	12.25 (1.88)	12.63 (2.65)
Nenorėjo atsakyti	n = 2	—

Pastaba. Tyrime dalyvavo vaikai nuo 10 iki 17 metų amžiaus.

Klinikinėje imtyje lyčių pasiskirstymas yra lygesnis palyginti su neklinicine imtimi, kurioje mergaičių yra dvigubai daugiau. 8% tiriamųjų klinikinėje imtyje nenurodė savo lyties. Vidutinis abiejų imčių dalyvių amžius yra panašus, tačiau klinikinės imties dalyviai yra šiek tiek jaunesni ($M = 12,98$), palyginti su neklinikinės imties dalyviais ($M = 13,21$). Standartiniai nuokrypiai rodo, kad neklinikinėje imtyje amžiaus variacija yra didesnė ($SD = 2.66$), nei klinikinėje imtyje ($SD = 1.92$). Pastebėta, kad

klinikinės imties mergaičių amžiaus vidurkis yra aukštesnis nei berniukų, o, neklinikinėje imtyje berniukų amžiaus vidurkis yra mažesnis už mergaičių.

2.2. Duomenų rinkimo ir įvertinimo būdai

Norint įvertinti vaikystės traumų, depresijos ir disociacijos simptomų įverčius analizėje buvo naudojami trys instrumentai - Vaikystės traumos klausimynas (CTQ), Paauglio disociacinių patirčių skalė (A-DES-II) ir Nuotaikos ir jausmų klausimynas (trumpoji versija) (SMFQ). Taip pat buvo prašoma užpildyti du demografinius klausimus - apie tiriamųjų lytį ir amžių.

Pirmiausia anketose buvo pateikta pora demografinių klausimų, apie tiriamųjų lytį ir amžių. Tyrime naudotų įvertinimo instrumentų aprašymą galite pamatyti 2.3 poskyryje „Analizėje naudoti instrumentai“.

2.3. Analizėje naudoti instrumentai

Vaikystės traumos klausimynas (angl. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)). Šis instrumentas yra sutrumpinta 70 teiginių pilno vaikystės traumos klausimyno versija, kuri yra sudaryta iš 28 klausimų. Jis buvo sukurtas mokslininkų Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... & Zule, W. (2003), kadangi ilgoji versija sudaryta iš 70 klausimų reikalavo per daug tiriamųjų laiko ir dėmesio pastangų.

Klausimyną sudaro 28 teiginiai, kurie skirti patikimai bei pagrįstai įvertinti įvairias vaikystėje patirtas traumuojančias patirtis tokias kaip emocinio, fizinio, seksualinio smurto, emocinės ir fizinės nepriežiūrų ypatumus. Kiekvieną subskalę sudaro 5 teiginiai skirti įvertinti vaikystėje patirtos traumos dydį. 3 klausimai yra naudojami įvertinti validumui. Klausimynas remiasi savistabos duomenimis, pildydamas vaikystės traumos klausimyną tyrimo dalyvis turi įvertinti kiek teiginys atitinka ar atitiko jo vaikystės patirtis pasirinkdamas vieną iš penkių atsakymo variantų: 1 - „Netiesa“; 2 - „Retai tiesa“; 3 - „Kartais tiesa“; 4 - „Dažnai tiesa“; 5 - „Labai dažnai tiesa“.

Klausimyne taip pat yra atvirkštinių klausimų, kurie vertinami priešinga kryptimi. Perkoduojant priešingai suformuluotų klausimų įverčius, visų klausimų reikšmės buvo suvienodintos. Remiantis Badenes-Ribera, L., Georgieva, S., Tomás, J. M., & Navarro-Pérez, J. J. (2024) atliktoje metaanalizėje yra nurodomos tokios atskirų subskalių reikšmės: emocinis smurtas – nuo 0.67 iki 0.91;

fizinis smurtas – nuo 0.50 iki 0.95; seksualinis smurtas – nuo 0.72 iki 0.97; emocinė nepriežiūra – nuo 0.54 iki 0.92; fizinė nepriežiūra – nuo 0.36 iki 0.87.

Rezultatai skaičiuojami susumavus atskirų subskalių teiginių įverčius. Surinktų subskalių balų suma gali svyruoti nuo 5 iki 25, o bendra skalės balų suma gali svyruoti nuo 25 iki 125. Kuo dažniau pažymima „Labai dažnai tiesa“, tuo labiau išreikštas trauminių patirčių pasireiškimas tam tikroje sferoje. Didesnis tam tikros subskalės suminis įvertinimas nurodo vaikystėje patirtas ar patiriamas problemas susijusias su tam tikra sritimi. Leidimas instrumentą naudoti šiame tyrime buvo suteiktas tyrimo autorių. Šiame darbe apskaičiuotos pradinės Cronbach alpha vertės: emocinis smurtas – 0.877; fizinis smurtas – 0.834; seksualinis smurtas – 0.949; emocinė nepriežiūra – 0.944; fizinė nepriežiūra – 0.447.

Apskaičiavus pradinį fizinės nepriežiūros skalės Cronbach alpha koeficientą gavome labai žemą įvertį ($\alpha = 0.447$), todėl buvo atlikta korekcija ir pašalinti du subskalės klausimai kurie nesisiejo su vidiniu poskalės validumu. Buvo pašalinti apversti 26 ir 2 vaikystės traumos klausimyno klausimai „Buvo, kas mane nuvedavo pas gydytoją, jei man to reikėdavo.“ ir „Žinojau, kad yra, kas manimi rūpinasi ir saugo.“. Gautas toks fizinės nepriežiūros Cronbach alpha skalės įvertis $\alpha = 0.767$. Bendras CTQ skalės Cronbach alpha $\alpha = 0.848$.

Paauglio disociacinių patirčių skalė (angl. Dissociative Experiences Scale – Adolescent (A-DES-II)). Šis instrumentas matuoja paauglių disociacijos įvertinimą, kuris gali būti naudojamas disociacijos simptomų diagnostikai ir simptomų stebėsenai gydymo metu. Šis klausimynas tiria keturias sritis atspindinčias pagrindinius disociacijos aspektus: disociacinę amneziją, depersonalizaciją/derealizaciją, absorbciją/įsijautimą ir pasyvią įtaką. Šį klausimyną sudaro 30 teiginių, kurie parodo kiek dažnai tiriamasis patiria išvardintus disociacijos simptomus. Pildydamas paauglio disociacinių patirčių skalę tyrimo dalyvis turi įvertinti kiek stipriai teiginys atitinka jo simptomą ir įvertinti jį likerto skalėje nuo 0 – „Niekados“ iki 10 – „Nuolat atsitinka“. Bendras rezultatas apskaičiuojamas išvedant visų klausimų vidurkį (t. y. sudėjus visų klausimų balus ir padalinus iš 30 nustatomas bendras rezultatas). Literatūroje yra nurodoma, kad surinkus 4 ir daugiau balo vidurkio nurodoma kliniškai reikšminga asmens disociacija (Armstrong, J., Putnam, F. W., Carlson, E., Libero, D., & Smith, S., 1997). Leidimas instrumentą naudoti šiame tyrime buvo suteiktas tyrimo autorių. Patys skalės kūrėjai Armstrong, J., Putnam, F. W., Carlson, E., Libero, D., & Smith, S. (1997) savo tyrime nurodo tokį Cronbach alpha – 0.93. Remiantis šiuolaikiniais autorių darbais nurodoma, kad šios skalės Cronbach alpha – 0.94 (Xavier, A., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J., 2018). Surinktos skalės balų suma gali svyruoti nuo 0 iki 300. Klausimynas remiasi savistabos duomenimis,

asmuo prieš atsakydamas į klausimą turi pats įvertinti kiek ir kaip stipriai asmuo sutinka su pateiktu teiginiu. Šiame darbe apskaičiuotos paauglio disociacinių patirčių skalės pradinės Cronbach alpha vertė – 0.959.

Nuotaikos ir jausmų klausimynas (trumpoji versija) (angl. Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ)). Šis klausimynas yra sutrumpinta 33 teiginių pilno nuotaikos ir jausmų klausimyno versija, kuri yra sudaryta iš 13 klausimų. Šis instrumentas buvo sukurtas Angold, A., & Costello, E. J. (1987) atsižvelgiant į poreikį sukurti trumpa ir greitą depresijos matavimo instrumentą, siekiant sumažinti tiriamųjų patiriamą nuovargį pildant anketą, tačiau išlaikant aukštus vidinio suderinamumo įverčius. Pabrėžiama, kad šis įrankis neturėtų būti naudojamas galutinei depresijos diagnozei nustatyti, o tik kaip patikrinimo priemonė, kuomet įtariama depresija, taip pat kaip pagalbinė priemonė padedanti stebėti vaiko simptomų sunkumą į gydymą laikui bėgant.

Šį klausimyną sudaro 13 teiginių, kurie parodo kiek kartų tiriamasis taip jautėsi ar elgėsi per paskutines dvi savaites. Pildydamas nuotaikos ir jausmų klausimyno skalę tyrimo dalyvis turi įvertinti kiek teiginys atitinka jo jausmą ar elgesį per pastarąją savaitę ir pasirinkti vieną iš trijų atsakymo variantų: 0 - „Netiesa“, 1 - „Kartais“, 2 - „Tiesa“. Aukštesni įverčiai rodo stipresnius depresijos simptomus. Leidimas instrumentą naudoti šiame tyrime buvo suteiktas tyrimo autorių. Bendras balų skaičius lygus aštuoniems yra laikomas reikšmingu (Angold, A. ir kt., 1995)

Remiantis Thabrew, H., Stasiak, K., Bavin, L. M., Frampton, C., & Merry, S. (2018) tyrimo teigimu nurodoma, kad Naujosios Zelandijos vaikų imtyje Cronbach alpha prasideda nuo 0,91, tai nurodo puikų vidinį suderinamumą. Rezultatai skaičiuojami susumavus teiginių įverčius, o surinktos skalės balų suma gali svyruoti nuo 0 iki 26. Šio instrumento kūrėjai nurodo, kad surinkus 8 ir didesnę bendrą balų yra stebimi reikšmingi depresijos simptomai. Klausimynas remiasi savistabos duomenimis, asmuo prieš atsakydamas į klausimą turi pats įsivertinti kiek ir kaip stipriai asmuo sutinka su pateiktu teiginiu. Šiame darbe apskaičiuota pradinė Cronbach alpha vertė – 0.928.

2.4. Tyrimo eiga

Tyrimas buvo vykdytas 2024 m. rugsėjo-gruodžio mėnesiais. Tyrimo dalyviai ir jų tėvai prieš pradedant pildyti apklausą, turėjo susipažinti su tyrimo tikslu, eiga, bei procedūromis, o taip pat pasirašyti informuoto sutikimo formą. Tyrimui atlikti buvo sudaryta elektroninė apklausa, panaudojant „Google Forms“ platformą. Anketos pradžioje buvo pateiktas tyrimo aprašymas, kuriame dalyviams

trumpai pristatytas tyrimo tikslas. Dalyviams taip pat buvo paaiškinta tiek tekstu, tiek kalba, kad tyrimo duomenys bus naudojami tik moksliniais tikslais. Taip pat dalyviams pranešta, kad dalyvavimas yra savanoriškas ir anonimiškas, o asmens tapatybę atskleidžianti informacija nebus renkama.

Etikos leidimas šiam tyrimui buvo išduotas Vilniaus regioninio biomedicininio tyrimų etikos komiteto posėdžio, vykusio 2023 m. balandžio 4 d. sprendimu (protokolas Nr. 2023/4). Leidimas buvo validus iki 2024 m. 12 mėn.

Anketa buvo sudaryta iš 73 klausimų susijusių su nuotaika ir jausmais, vaikystėje patirtomis traumomis, bei disociacinėmis patirtimis. Taip pat buvo pateikti keli demografiniai klausimai - tiriamųjų amžiaus ir lyties nustatymui. Tyrimo analizei bus naudojami šių instrumentų gauti įverčiai.

2.5. Duomenų analizės metodai

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant programinę įrangą IBM SPSS for Windows 26, Jamovi (versija 2.6.26). Pirmiausia atlikta aprašomoji statistika, kurioje pateikiamas tyrimo dalyvių skaičius, lytis, amžiaus pasiskirstymas, vidurkiai, standartiniai nuokrypiai, mažiausios ir didžiausios imties vertės.

Prieš tikrinant tyrimo hipotezes, pirmiausiai buvo įvertintas skalių patikimumas, kuriam įvertinti buvo apskaičiuotas Cronbach alpha koeficientas. Vėliau buvo tikrinamas duomenų pasiskirstymo normalumas. Tam įvertinti buvo naudojami asimetrijos ir eksceso rodikliai, Shapiro-Wilk kriterijus bei duomenų histogramos. Nuspręsta taikyti tiek parametrinius statistinius testus.

Vertinant skirtumus tarp klinikinės ir neklinikinės imčių vaikystės traumų, emocinės gerovės ir disociacijos įverčiuose, buvo taikytas Student-t testas, kuomet duomenų pasiskirstymas yra artimas normaliajam.

Naudojant latentinio profilio analizę buvo norima identifikuoti skirtingus traumų patyrimo profilius remiantis CTQ subskalių įverčiais. Profilių modelių tinkamumas įvertintas remiantis šiais kriterijais: AIC, BIC, SABIC, entropija ir BLRT.

Siekiant nustatyti vaikų trauminių patirčių, emocinės gerovės ir disociacinių simptomų sąsajas, buvo atlikta mediacinė analizė, kurioje vaikystės traumos (CTQ) - nepriklausomas kintamasis, disociacija (ADES-II) - priklausomas kintamasis, o emocinė gerovė (SMFQ) - mediatorius. Netiesioginis poveikis buvo įvertintas Sobel testu. Visuose atliktuose skaičiavimuose taikytas reikšmingumo lygmuo - $p = 0.05$.

3. TYRIMO REZULTATAI

3.1. Aprašomoji statistika

Norint išanalizuoti duomenis pirmiausia buvo atlikta duomenų normalumo analizė. Kintamųjų aprašomoji statistika pateikta 2 lentelėje. Patikrinus asimetrijos ir eksceso bei Shapiro-Wilk testų rezultatus, kai kurių poskalių įverčiai pasirodė nutolę nuo normaliojo skirstinio, tačiau atsižvelgus į tiriamųjų imties dydį, bei parametrinių ir neparametrinių testų apskaičiuotų įverčių skirtumus, kurių skirtumas statistiškai reikšmingai nesiskiria bus naudojami parametriniai testai. Apskaičiavus bendrus skalės balus sudarytus iš poskalių buvo nustatyta, kad bendros skalės duomenų pasiskirstymas yra artimas normaliajam skirstiniui. Dėl to analizėms, kuriose naudojamos suminės skalės reikšmės, bus taikyti parametriniai testai. Tokia strategija leidžia lanksčiai ir atitinkamai įvertinti duomenis pagal jų statistines savybes.

Vaikystės traumos klausimyno (CTQ) įverčiai koduoti nuo 1 (Netiesa) iki 5 (Labai dažnai tiesa). Klausimyne taip pat pasitaikė apverstų klausimų. Suminis atsakymų vidurkis – $M = 43.25$ ($SD = 15.29$). Penkiolika dalyvių pilnai atsakyti į klausimus nenorėjo.

Paauglio disociacinių patirčių skalės pasirinktų atsakymų įverčiai svyravo nuo 0 (Niekados) iki 10 (Nuolat atsitinka). Atsakymų vidurkis – $M = 3.1$ ($SD = 2.15$). Penkiolika dalyvių pilnai atsakyti į klausimus nenorėjo.

Nuotaikos ir jausmų klausimyno atsakymų įverčiai svyravo nuo 0 (Netiesa) iki 2 (Tiesa). Atsakymų vidurkis – $M = 9.94$ ($SD = 7.43$). Šį klausimyną sėkmingai užpildė visi tiriamieji.

2 Lentelė. Kintamųjų aprašomoji statistika.

Instrumentas	N	M	Standartinis nuokrypis (SD)	Mažiausia reikšmė (min.)	Didžiausia reikšmė (max.)	Asimetrijos koef.	Eksceso koef.
Vaikystės traumos klausimynas (CTQ)	118	43.25	15.29	23	94	.829	.839
Emocinis smurtas	122	9.71	5.35	5	25	1.112	.324
Fizinis smurtas	121	7.14	3.63	5	24	2.554	7.554
Seksualinis smurtas	122	6.84	4.47	5	25	2.538	5.833
Emocinė nepriežiūra	122	15.22	7.18	5	25	-.044	-1.453
Fizinė nepriežiūra	123	4.39	2.48	3	15	2.290	5.422
Paauglio disociacinių patirčių skalė (A-DES-II)	118	3.1	2.15	0.13	10	.868	.223
Nuotaikos ir jausmų klausimynas (SMFQ)	133	9.94	7.43	0	26	.454	-.931

3.2. Vaikystės traumų, emocinės savijautos ir disociacijos simptomų ypatumai tarp klinikinės ir neklinikinės grupių

Kadangi visų klausimynų duomenų skirstinys atitiko normalumo prielaidas, grupių palyginimui buvo taikytas Student-t testas, siekiant patikrinti pirmąją hipotezę (H1) ir įvertinti kaip vaikystės traumų, emocinės savijautos bei disociacinių simptomų įverčiai skiriasi tarp klinikinės ir neklinikinės imčių. Rezultatai pateikti 3 lentelėje.

3 Lentelė. *Student-t* testo rezultatai: grupių palyginimas pagal vaikystės traumas, disociaciją ir depresijos simptomus.

Klausimynas	<i>t</i> (<i>df</i>)	<i>p</i>	Vidurkių skirtumai	95% <i>CI</i>
CTQ	-2.49 (116)	.014	-7.20	[-12.93, -1.47]
A-DES-II	-3.30 (116)	.001	-1.33	[-2.12, -0.53]
SMFQ	-6.23 (131)	< .001	-7.31	[-9.63, -4.99]

Pastaba. Remiantis Leveno testo rezultatais ($p > .05$) homogeniškumo prielaida nepažeista.

Vaikystės traumų klausimyne (CTQ) klinikinės grupės dalyviai pasižymėjo aukštesniais klausimyno įverčiais ($M = 47.95$, $SD = 16.66$) palyginus su neklinikinės grupės dalyviais ($M = 40.75$, $SD = 13.99$). Šis skirtumas yra statistiškai reikšmingas $t(116) = -2.49$, $p = .014$, 95% *CI* [-12.93, -1.47].

Vertinant disociacinius simptomus (A-DES-II), klinikinės grupės tiriamieji taip pat pasižymėjo aukštesniais klausimyno įverčiais ($M = 3.98$, $SD = 2.17$), nei neklinikinės grupės dalyviai ($M = 2.65$, $SD = 2.00$). Gautas skirtumas yra statistiškai reikšmingas $t(116) = -3.30$, $p = .001$, 95% *CI* [-2.12, -0.53].

Galiausiai vertinant depresijos simptomus (SMFQ) buvo nustatytas taip pat reikšmingas ir didžiausias skirtumas tarp grupių. Klinikinės grupės dalyviai pasižymėjo žymiai aukštesniais klausimyno įverčiais ($M = 14.50$, $SD = 7.19$), nei neklinikinės grupės tiriamieji ($M = 7.19$, $SD = 6.15$). Gauti rezultatai rodo, kad skirtumai tarp grupių yra statistiškai reikšmingi $t(131) = -6.23$, $p < .001$, 95% *CI* [-9.63, -4.99].

Apibendrinus rezultatus matome, kad klinikinės grupės tiriamieji nurodo statistiškai reikšmingai aukštesnius vaikystės traumų, disociacinių patirčių ir depresijos simptomus, nei neklinikinės grupės tiriamieji. Todėl pirminę hipotezę galima laikyti patvirtinta.

3.3. Latentinių profilių analizė: vaikų trauminių patirčių profiliai ir jų palyginimas

3.3.1. Latentinių profilių analizė identifikuojant skirtingus trauminių patirčių profilius

Siekiant patikrinti antrąją hipotezę (H2), kuri teigia, kad tiriamieji pagal traumines patirtis gali būti suskirstyti į profilius, kurie skirsis emocinės savijautos ir disociacinių simptomų įverčiais, buvo atlikta latentinė profilių analizė, remiantis vaikystės traumų klausimyno (CTQ) subskalėmis: emocinio, fizinio, seksualinio smurto, bei emocinės ir fizinės nepriežiūros įverčiais. Remiantis ankstesnėje hipotezėje atliktais grupių palyginimais, šia analize siekiama ištirti, ar nustatyti trauminių patirčių subskalių įverčiai išskiria skirtingus pradinių imčių skaičiaus profilius. Kitoks profilių tiriamųjų skaičius galimai nurodytų, kad kai kuriems asmenims priskiriamiems neklinikiniam profiliui, būdingos savybės labiau atitinka klinikinį profilį. Latentinių profilių analizei atlikti buvo panaudotas Jamovi statistinės analizės paketas su papildomu įskiepiu *snowRMM*.

Pirmiausia buvo atliekamas dviejų, trijų ir keturių klasių modelių palyginimas. Rezultatus galite matyti 4 lentelėje.

4 Lentelė. *Modelių atitikimo lentelė*

Profiliai	LogLik	AIC	BIC	SABIC	Entropy	BLRT <i>p</i>	Mažiausia klasė
2	-1675.03	3382.05	3426.39	3375.81	0.817	.00990	39.8%
3	-1533.73	3111.46	3172.42	3102.87	0.943	.00990	13.6%
4	-1506.58	3069.17	3146.75	3058.23	0.918	.00990	13.6

Siekiant nustatyti optimalų modelio latentinių profilių skaičių remiantis vaikystės traumos subskalėmis buvo sudaryti modeliai su dvejais, trimis ir keturiais profiliais. Šie modeliai buvo įvertinti remiantis Akaike informacijos (AIC), Bayeso informacijos (BIC), imties dydžiui koreguotą BIC (SABIC) kriterijais, entropiją bei pakartotinės tikimybės santykio testą (BLRT). Geriausią tinkamumą parodė trijų profilių modelis (AIC = 3111.47, BIC = 3172.42, SABIC = 3102.87) ir pasižymėjo aukštu klasifikavimo tikslumu (entropija = 0.94). BLRT testas parodė, kad trijų profilių modelis reikšmingai geriau atitinka duomenims nei dviejų ($p = .00990$). Keturių profilių modelis atskleidė šiek tiek žemesnius kriterijų įverčius, tačiau šis pagerėjimas buvo nežymus ir nepakankamas, kad būtų pateisinta rinktis keturių profilių analizę.

Vis dėlto atsižvelgiant į teorinius tyrimo pagrindus ir interpretavimo aiškumą, buvo pasirinktas dviejų profilių modelis. Toks sprendimas geriau atspindi tiriamųjų skirstymą į aukštų įverčių ir žemų įverčių profilius, bei leidžia paprasčiau analizuoti ir interpretuoti duomenis. Dviejų profilių modelis nurodė tinkamą entropijos indeksą (0.82) ir aukštą klasifikavimo tikimybę (≥ 0.95), o BLRT testas

patvirtina statistinį šio modelio tinkamumą ($p = .0099$). Pastebėta, kad grupės pasiskirsčiusios tolygiai - mažesnioji sudaryta iš 44.1% , o didesnioji - 55.9% tiriamųjų, tai nurodo pakankamą reprezentatyvumą tolimesnei analizei.

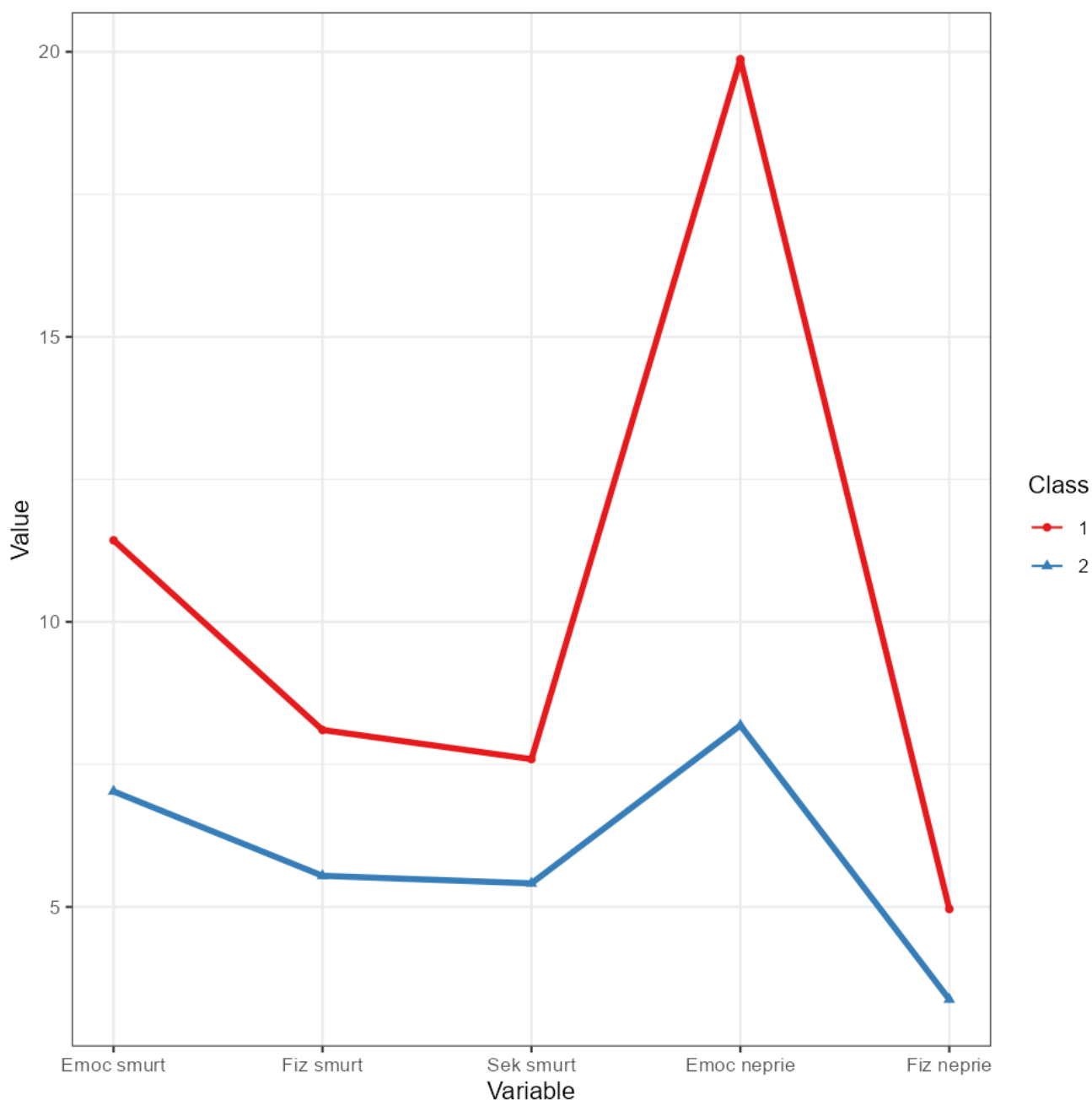
Pasirinkus dviejų profilių modelį buvo atsižvelgta į profilių įverčius, rezultatus galite matyti 5 lentelėje.

5 Lentelė. Latentinio profilio analizės profilių įverčiai.

CTQ subskalė	Profilis	<i>M</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>
Emocinis smurtas	1	11.43	2.48	< .001
	2	7.03	0.72	< .001
Fizinis smurtas	1	8.1	2.35	< .001
	2	5.55	0.31	< .001
Seksualinis smurtas	1	7.59	3.13	.015
	2	5.41	0.44	< .001
Emocinė nepriežiūra	1	19.87	2.37	< .001
	2	8.18	2.21	< .001
Fizinė nepriežiūra	1	4.96	1.49	< .001
	2	3.38	0.19	< .001

Matome, kad visų traumos subskalių vidutiniai balai yra statistiškai reikšmingi abiejuose profiliuose. Pirmo profilio dalyviai nurodė aukštesnius emocinio, fizinio, seksualinio smurto, bei emocinės ir fizinės nepriežiūros vidutinius balus, lyginant su antrojo profilio dalyviais. Atsižvelgiant į procentinį klasių pasiskirstymą buvo gautas toks profilių išdėstymas: 1 profilis - 71 (60,2%); 2 profilis - 47 (39,8%) .Tai nurodo, kad imtyje egzistuoja du skirtingi traumos subskalių profiliai. Vienas su aukštais įverčiais ir kitas su žemais (žr. 1 pav.).

1. Paveikslas. Dviejų profilių latentinės profilių analizės grafikas.



Siekiant ištirti vaikystės traumos klausimyno (CTQ) subskalių dviejų profilių skirtumus pagal emocinės savijautos ir disociacinių simptomų įverčius, buvo atsižvelgta į subskalių normalumo kriterijus. Nors fizinio, seksualinio smurto bei fizinės nepriežiūros skirstinys nėra artimas normaliajam tačiau atlikus tiek Student - t , tiek Mann-Whitney U testus nebuvo pastebėta statistiškai reikšmingų pokyčių rezultatuose. Todėl tikrinant profilių skirtumus buvo nuspręsta naudoti Student-t testą nepriklausomoms imtims, žiūrėti 6 lentelę.

6 Lentelė. *Student-t* testo rezultatai nepriklausomoms imtims.

Kintamieji	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	Vid. skirtumai	Cohen's <i>d</i>
SMFQ	-0.495	116	0.622	-0.682	-0.093
A-DES-II	-0.547	102	0.586	-0.242	-0.111

Pastaba. Levene's testas $p > .05$, dispersijos yra lygios.

Atlikus nepriklausomų imčių Student-t testą nenustatyta statistiškai reikšmingų emocinės savijautos (SMFQ; $t(116) = -0.495$, $p = 0.622$, Cohen's $d = -0.093$) ar disociacijos simptomų (A-DES-II; $t(102) = -0.547$, $p = 0.586$, Cohen's $d = -0.111$) skirtumų tarp 1 ir 2 profilio. Aprašomoji statistika matoma 7 lentelėje.

7 Lentelė. *Aprašomoji latentinių profilių statistika.*

Kintamieji	Profilis	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
SMFQ	1	71	9.21	7.58
	2	47	9.89	6.95
A-DES-II	1	66	2.96	2.22
	2	38	3.20	2.08

3.3.2. Latentinių profilių analizė siekiant įvertinti vaikų trauminės patirties, disociacinių simptomų ir emocinės savijautos įverčių profilius

Siekiant giliau panagrinėti grupių ypatumus buvo atlikta papildoma latentinių profilių analizė. Remiantis pirmoje (H1) ir antroje (H2) hipotezėse atliktais grupių ir profilių palyginimais, šia analize siekiama ištirti, ar nustatyti trauminių patirčių, disociacinių simptomų ir emocinės savijautos profiliai išskiria skirtingus pradinių imčių skaičiaus profilius. Toks persidengimas galėtų nurodyti, kad kai kuriems asmenims priskiriamiems neklinikiniam profiliui, būdingos savybės labiau atitinka klinikinį profilį. Latentinių profilių analizei atlikti buvo panaudotas Jamovi statistinės analizės paketas su papildomu įskiepiu *snowRMM*.

Pirmiausia buvo atliekama skalių standartizacija paverčiant skalių įverčius į z-balus. Vėliau buvo atliekama dviejų, trijų ir keturių profilių modelių palyginimas. Modelių lyginimą galite pamatyti 8 lentelėje.

8 Lentelė. *Modelių atitikimo lentelė.*

Profiliai	LogLik	AIC	BIC	SABIC	Entropy	BLRT <i>p</i>	Mažiausia klasė
2	-426.05	872.10	899.38	867.77	0.846	.0099	33,6%
3	-412.27	852.54	890.72	846.48	0.909	.0099	24%
4	-412.27	860.54	909.63	852.74	0.684	.0495	0%

Siekiant nustatyti optimalų modelio latentinių profilių skaičiui remiantis vaikystės traumas, emocinės savijautos ir disociacijos simptomų skalėms, buvo sudaryti profiliai su dvejais, trimis ir keturiais profiliais. Šie modeliai buvo įvertinti atsižvelgiant į Akaike informacijos (AIC) ir Bayeso informacijos (BIC), imties dydžiui koreguotą BIC (SABIC) kriterijus, entropiją bei pakartotinės tikimybės santykio testą (BLRT). Geriausią modelio tinkamumą parodė trijų profilių modelis (AIC = 852.54, BIC = 890.72, SABIC = 846.48) ir pasižymėjo labai aukštu klasifikavimo tikslumu (entropija = 0.91). BLRT testas parodė, kad trijų profilių modelis reikšmingai geriau atitinka duomenims nei keturių ($p = .0099$). Lyginant dviejų ir trijų profilių modelius, buvo pastebėta, kad trijų profilių modelis yra pranašesnis visais prieš tai minėtais kriterijais.

Todėl remiantis tinkamumo rodikliais buvo nuspręsta pasilikti prie trijų profilių modelio, nes pagal tinkamumo kriterijus jis geriausiai atitinka duomenis. Gauti trijų profilių vidurkiai matomi 9 lentelėje.

9 Lentelė. *A-DES-II, SMFQ ir CTQ standartizuotas vidurkis trijuose latentiniuose profiluose.*

Skalės	Pirmo profilio M (SE)	Antro profilio M (SE)	Trečio profilio M (SE)
A-DES-II	0.938* (0.283)	0.179 (0.263)	-0.598* (0.077)
SMFQ	1.407* (0.150)	0.326* (0.135)	-0.933* (0.047)
CTQ	0.637 (0.340)	0.102 (0.273)	-0.453* (0.086)

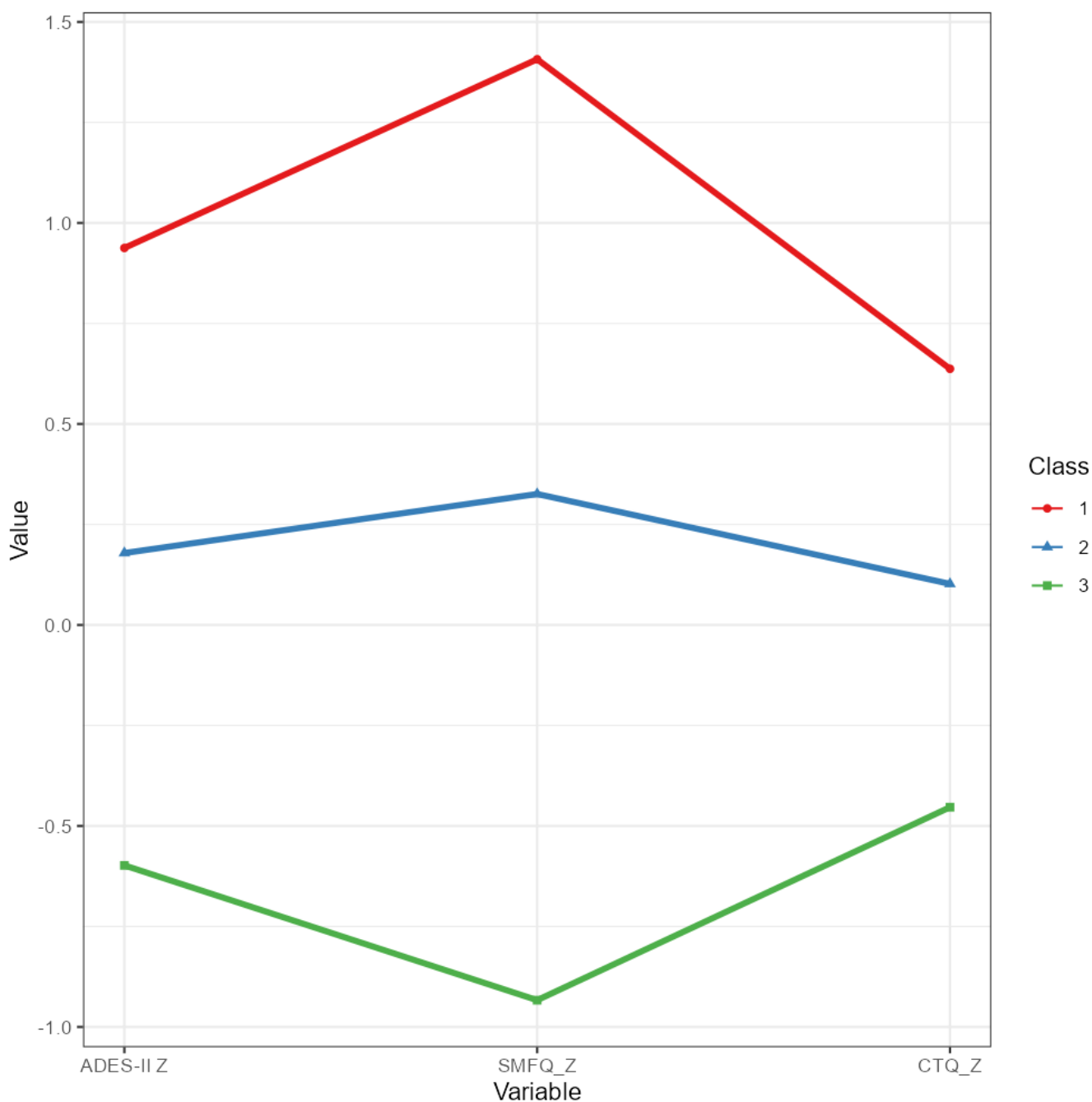
Pastaba. * $p < .05$.

Latentinio profilio analizė su standartizuotais rodikliais atskleidė tris skirtingus profilius (žr. 2 pav.).

Pirmasis profilis pasižymėjo aukščiausiais trauminių patirčių, emocinės gerovės ir disociacinių simptomų standartizuotais įverčiais. Antrasis profilis pasižymėjo vidutiniu visų skalių standartizuotų įverčių lygmeniu. Trečiojo profilio vidurkiai pagal trauminių patirčių, emocinės gerovės ir disociacinių

simptomų standartizuotų įverčių vidurkius buvo žemiausias, nurodantis žemiausią simptomų sunkumą. Visi standartizuotų vidurkių skirtumai buvo statistiškai reikšmingi ($p < .05$), išskyrus CTQ klausimyno pirmą ir antrą profilius, bei A-DES-II antrą profilį.

2. Paveikslas. *Trijų profilių latentinės profilių analizės grafikas.*



3.4. Emocinė savijauta kaip medijuojantis veiksnys trauminių patirčių ir disociacinių simptomų sąsajoje

3.4.1. Mediacijos tinkamumo ir jos tipo analizė

Siekiant patikrinti trečiąją hipotezę (H3) buvo atlikta mediacinė analizė, siekiant išsiaiškinti ar emocinė savijauta veikia kaip mediacinis veiksnys tarp vaikų trauminių patirčių ir disociacijos simptomų sąsajoje. Prieš atliekant mediacinę analizę buvo patikrintos prielaidos. Likutinės reikšmės pasiskirsčiusios pagal normalųjį skirstinį. Multikolinearumas patikrintas VIF indeksu, kuris siekė - 1.203. Homoskedastiškumas buvo patikrintas vizualiai, analizuojant standartizuotų likutinių reikšmių grafiką. Visų skalių Cronbach alpha įverčiai buvo priimtini ($\alpha < 0.70$).

Pirmiausia darbe buvo atlikta koreliacinė analizė, kad įsitikinti ar visi trys takai yra statistiškai reikšmingi. Kadangi duomenys pasiskirstę normaliuoju skirstiniu buvo panaudota Pearson r koreliacija. Žiūrėti 10 lentelę.

10 Lentelė. *Pearson r koreliacijos tarp skirtingų instrumentų.*

Instrumentas	1	2	3
1. Paauglio disociacinių patirčių skalė (<i>A-DES-II</i>)	—	.483*	.579*
2. Vaikystės traumos klausimynas (<i>CTQ</i>)		—	.450*
3. Nuotaikos ir jausmų klausimynas (<i>SMFQ</i>)			—

Pastaba. N = nuo 113 iki 133; * $p < .05$

Rezultatai parodo, kad paauglio disociacinių patirčių skalė teigiamai koreliuoja su vaikystės traumos klausimynu ($r = .483$, $p < .05$), tai nurodo, kad didėjant vaikystės traumos įverčiams didėja ir disociacinių patirčių rodikliai. Vaikystės traumos klausimynas taip pat reikšmingai koreliuoja su nuotaikos ir jausmų klausimyno įverčiais ($r = .450$, $p < .05$), o tai leidžia teigti, kad didesni vaikystės traumų įverčiai siejasi su aukštesniais depresijos simptomais. Galiausiai, paauglio disociacinių patirčių skalė atskleidė teigiamą koreliaciją su nuotaikos ir jausmų klausimynu ($r = .579$, $p < .05$), kas rodo, kad aukštesni depresijos simptomų įverčiai yra susiję su didesniais disociacijos įverčiais..

Siekiant išsiaiškinti ar emocinė savijauta lemia vaikystės traumų ir disociacinės patirties ryšį buvo atlikta hierarchinė regresija. Duomenys matomi 11 lentelėje.

11 Lentelė. *Hierarchinė regresinė analizė prognozuojanti disociacinius simptomus ((A-DES-II) (N = 113)*

Prediktorius	B	SE	β	t	p	95% CI
Model 1						
(Constant)	0.011	.553	—	0.019	.985	[-1.08, 1.10]
CTQ	0.071	0.012	.483	5.811	< .001	[0.048, 0.094]
Model 2						
(Constant)	-0.064	0.484	—	-0.132	.895	[-1.02, 0.89]
CTQ	0.043	0.012	.289	3.626	< .001	[0.020, 0.066]
SMFQ	0.134	0.023	.471	5.896	< .001	[0.089, 0.179]

Pastaba. CTQ = vaikystės traumos klausimynas; SMFQ = nuotaikos ir jausmų klausimynas; ADES = paauglio disociacinių patirčių skalė.

Pirmasis regresijos modelis parodo, kad vaikystės traumos rodikliai statistiškai reikšmingai prognozuoja disociacinę patirtį, $B = 0.071$, $SE = 0.012$, $\beta = .483$, $t(112) = 5.811$, $p < .05$. Tai nurodo, kad didesni vaikystės traumos rodikliai yra susiję su aukštesniais disociacinių simptomų įverčiais. Antrajame modelyje kuomet nuotaikos ir jausmų klausimynas buvo įtrauktas kaip mediatorius, tiek vaikystės traumos rodikliai, tiek nuotaikos ir jausmų klausimynas išliko reikšmingais disociacinės patirties prognostiniais veiksniais. Vaikystės traumos patirčių rodikliai prognozavo disociacijos simptomus: $B = 0.043$, $SE = 0.012$, $\beta = .289$, $t(111) = 3.626$, $p < .05$. Vaikystės traumos standartizuotas beta rodiklis sumažėjo nuo $\beta = .483$ iki $\beta = .289$ po to kai buvo sukontroliuota nuotaikos ir jausmų skalės įverčiai, tai nurodo esančią dalinę mediaciją. Šie rodikliai nurodo, kad emocinė savijauta veikia kaip dalinis mediacinis veiksnys tarp vaikų trauminių patirčių ir disociacijos simptomų sąsajoje.

Siekiant papildomai įvertinti netiesioginį vaikystės traumos sąsajos su disociaciniais simptomams reikšmingumą per depresijos simptomus kaip mediacinį veiksnį, buvo atliktas Sobelio testas. Statistika gali būti matoma 12 lentelėje.

12 Lentelė. *Mediacijos takai, kartu su Sobelio z-vertės testo rezultatais.*

Takas	B Koeficientas	SE	Sobelio z-vertė	p
a (CTQ → SMFQ)	0.225	0.041		
b (SMFQ → A-DES-II)	0.134	0.023		
Netiesioginis efektas (a x b)	0.03	—	3.99	< .05

Pastaba. CTQ = vaikystės traumos klausimynas; SMFQ = nuotaikos ir jausmų klausimynas; ADES = paauglio disociacinių patirčių skalė

Gauti Sobelio testo rezultatai atskleidė, kad netiesioginis poveikis yra statistiškai reikšmingas, $z = 3.99$, $p < .05$, o tai rodo, kad depresijos simptomai statistiškai reikšmingai medijuoja ryšį tarp vaikystės traumų ir disociacinių simptomų.

3.4.2. Mediacinė analizė

Siekiant atsakyti į trečią hipotezę (H3) ar emocinė savijauta (SMFQ) veikia kaip mediacinis veiksnys tarp vaikų trauminių patirčių ir disociacijos simptomų sąsajoje, buvo atlikta mediacinė analizė. Netiesioginiam efektui įvertinti ir 95% pasikliautiniams intervalams apskaičiuoti panaudotas bootstrapping įrankis padidinantis imtį iki 5000 tiriamųjų. Statistika gali būti pamatyta 13 lentelėje.

13 Lentelė. *Netiesioginis, tiesioginis ir suminis efektai vaikystės traumos įverčiams, disociaciniams simptomams medijuojant emocinei gerovei.*

Takai	Įverčiai	SE	95% CI (LL – UL)	Z	p	% Mediacija
Netiesioginis (a x b)	0.029	0.008	0.016 - 0.046	3.77	< .001	40.1%
Tiesioginis (c')	0.043	0.014	0.013 - 0.068	2.99	.003	59.9%
Suminis (c)	0.071	0.013	0.043 - 0.094	5.55	< .001	100.0%

Rezultatai parodė, kad emocinės savijautos įverčiai statistiškai reikšmingai medijuoja trauminių patirčių ir disociacinių simptomų sąsają, $B = 0.029$, $SE = 0.008$, 95% CI [0.016, 0.046], $Z = 3.77$, $p < .001$. Tai atskleidžia, kad aukštesni vaikystės traumos įverčiai yra susiję su aukštesniais depresiškumo įverčiais kurie yra susiję su didesne disociacinę simptomatiką.

Taip pat buvo pastebėta, kad trauminių patirčių įverčiai turi statistiškai reikšmingą tiesioginį poveikį disociacinių simptomų įverčiams, nepriklausomai nuo depresiškumo įverčių $B = 0.043$, $SE = 0.014$, 95% CI [0.013, 0.068], $Z = 2.99$, $p = .003$. Tai reiškia, kad kontroliuojant emocinės savijautos (depresiškumo) įverčius, vaikystės traumų įverčiai yra tiesiogiai susiję su didesniais disociacinių simptomų įverčiais.

Taip pat buvo nustatytas statistiškai reikšmingas bendras trauminių patirčių poveikis disociaciniams simptomams $B = 0.071$, $SE = 0.013$, 95% CI [0.043, 0.094], $Z = 5.55$, $p < .001$. Tai atskleidžia, kad bendrai, nepriklausomai nuo mediacijos, vaikystės traumų įverčiai yra susiję su didesniais disociacinių simptomų įverčiais.

Apibendrinant galime teigti, kad tyrimo rezultatai patvirtina hipotezę, jog depresijos simptomai dalinai medijuoja ryšį tarp vaikystės traumų ir disociacinių simptomų.

4. REZULTATŲ APITARIMAS

Atliekant tyrimą, buvo pasirinkta įvertinti vaikystėje patirtų trauminių patirčių ypatumus su disociaciniais simptomais bei emocinės gerovės kaip mediatoriaus vaidmenį. Šiam tikslui pasiekti buvo suformuluoti trys uždaviniai, o remiantis jais trys hipotezės. Šioje darbo dalyje tyrimo rezultatai bus aptariami pagal iškeltas tyrimo hipotezes.

Pirmoji hipotezė: Klinikinės imties vaikai pasižymės statistiškai reikšmingai aukštesniais vaikystės traumų, depresijos ir disociacijos simptomų įverčiais nei neklinikinės imties vaikai.

Ši hipotezė pasitvirtino. Gauti rezultatai atskleidė, kad pasinaudojus Student-t testu buvo gautas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp trauminių patirčių, disociacinių simptomų ir emocinės savijautos įverčių lyginant klinikinės ir neklinikinės imties grupės. Student-t testo rezultatai nepriklausomoms imtims atskleidė, kad vaikystės traumų skalės (CTQ) vidurkis klinikinėje imtyje buvo statistiškai reikšmingai aukštesnis nei kontrolinėje grupėje ($t(116) = -2.49, p = .014$), o tai rodo didesnę patirtų trauminių patirčių skaičių tarp klinikinės imties vaikų. Panašūs rezultatai gauti vertinant emocinę savijautą - vaikų depresijos įverčiai (matuoti naudojant SMFQ) parodė aukštesnius depresyvumo įverčius lyginant su mokyklinė imties vaikais ($t(131) = -6.23, p < .001$). Galiausiai disociaciniams simptomų vidurkiai (naudojant A-DES-II) klinikinėje imtyje taip pat reikšmingai viršijo neklinikinės imties rezultatus ($t(116) = -3.30, p = .001$). Šie rezultatai atitinka ankstesnius tyrimus, rodančius ryšį tarp vaikystės traumų

Kiti tyrėjai savo moksliniuose darbuose nurodė panašius skirtumus. Cicchetti, D. (2013) savo atliktame tyrime pabrėžia, kad netinkamas elgesys su vaikais trikdo jų vystymosi procesams, todėl tokie vaikai tampa labiau pažeidžiami, dėl sukeltų emocinių ir psichologinių sunkumų. Taip pat kitų mokslininkų darbai patvirtina, kad smurtas vaikystėje yra glaudžiai susijęs su tokiomis psichikos sveikatos problemomis kaip depresija, potrauminio streso sutrikimas, nerimas ir disociacija ir šių pasekmių išlikimas per visą gyvenimą (Gilbert, R. ir kt., 2009). Galiausiai mokslininkai Hu ir kt. (2024) tyrimo išvados parodė, kad kliniškai depresija sergantys paaugliai patiria didesnę trauminių patirčių sunkumo lygmenį, turėjo žemesnį savęs suvokimą palyginus juos su neklinikinės imties individais.

Antroji hipotezė: Tiriamieji pagal traumines patirtis gali būti suskirstyti į du profilius, kurie skirsis emocinės savijautos ir disociacinių simptomų įverčiais

Atlikus Latentinių profilių analizę buvo nustatyti du skirtingi traumos profiliai: vienam profiliui būdingas didesnis visų traumos subskalių (emocinio, fizinio, seksualinio smurto, emocinės ir fizinės nepriežiūros) balų vidurkis, o antram - mažesnis traumos balų vidurkis. Dalyvių išskirstymas į du profilius buvo patvirtintas remiantis tinkamumo rodikliais (entropija = 0.82). Nepaisant tokių aiškių traumos subskalių skirtumų Student-t testas nepriklausomoms imtims neparodė statistiškai reikšmingų depresijos simptomų (SMFQ; $t(116) = -0.495, p = 0.622, \text{Cohen's } d = -0.093$) ar disociacijos simptomų (A-DES-II; $t(102) = -0.547, p = 0.586, \text{Cohen's } d = -0.111$) skirtumų tarp profilių. Tokios statistiškai nereikšmingos išvados buvo gautos tokios pačios atliekant tiek parametrinius testus tiek neparametrinius, taip patvirtindamos rezultatų patikimumą nepriklausomai nuo duomenų pasiskirstymo prielaidų. Tokie rezultatai rodo, kad nors abu traumos profiliai atspindi skirtingus vaikystėje patirtų traumų modelius, jie reikšmingai nesiskiria dabartinės emocinės gerovės ar disociacinės simptomatikos požiūriu. Tai gali reikšti, kad nors profiliai atspindi traumos subskalių skirtumus, tačiau tai nedaro įtakos emocinei savijautai ar disociaciniams simptomams. Tai gali nutikti, kad kiti veiksniai, pavyzdžiui atsparumas, socialinė parama gali veikti kaip tam tikras buferis dabartinei emocinei savijautai ar disociacijos simptomams. Kaip kad buvo minima teorinėje dalyje, jog atsparaus charakterio bruožai ir individuali, ar visos socialinės sistemos parama gali sušvelninti ilgalaikį neigiamos vaikystės patirčių poveikį (Bethell, C.D., Newacheck, P., Hawes, E., & Halfon, N., 2014; Cheung, C. T., ir kt., 2024).

Taip pat siekiant giliau panagrinėti grupių ypatumus buvo atlikta papildoma latentinių profilių analizė remiantis pirmoje (H1) ir antroje (H2) hipotezėse atliktais grupių ir profilių palyginimais. Pirmasis profilis pasižymėjo aukščiausiais trauminių patirčių, emocinės gerovės ir disociacinių simptomų standartizuotais įverčiais. Antrasis profilis pasižymėjo vidutiniu visų skalių standartizuotų įverčių lygmeniu. Trečiojo profilio vidurkiai pagal trauminių patirčių, emocinės gerovės ir disociacinių simptomų standartizuotų įverčių vidurkius buvo žemiausias, nurodantis žemiausią simptomų sunkumą.

Trečioji hipotezė: Emocinė gerovė medijuoja ryšį tarp vaikų trauminių patirčių ir disociacijos simptomų.

Ši hipotezė dalinai pasitvirtino, kadangi atliktos mediacijos rezultatai parodė, jog emocinė savijauta veikia kaip dalinis mediacinis veiksnys tarp vaikų trauminių patirčių ir disociacijos simptomų sąsajos. Statistiškai reikšmingas netiesioginis efektas kai vaikystės traumos veikia disociacijos simptomus per depresijos įverčius, buvo ($B = 0.029, SE = 0.008, 95\% CI [0.016, 0.046], Z = 3.77, p < .001$). Tai rodo, kad aukštesni vaikystės traumos įverčiai yra susiję su aukštesniais depresiškumo įverčiais kurie yra susiję su didesne disociacine simptomatika. Tiesioginis poveikis tarp vaikystės

traumų ir disociacijos simptomų taip pat išliko statistiškai reikšmingas net ir sukontroliavus mediatoriaus vaidmenį modelyje ($B = 0.043$, $SE = 0.014$, 95% CI [0.013, 0.068], $Z = 2.99$, $p = .003$), kas nurodo esančią dalinę mediaciją. Suminis ryšys taip pat buvo išliko reikšmingas $B = 0.071$, $SE = 0.013$, 95% CI [0.043, 0.094], $Z = 5.55$, $p < .001$. Tai nurodo, kad iš lygties pašalinus mediatorių vaikystės traumų ir disociacinių simptomų įverčiai yra susiję.

Šios hipotezės rezultatai parodė, kad emocinės savijautos (depresijos) simptomai statistiškai reikšmingai medijuoja vaikystės traumų poveikį disociaciniams simptomams. Parodydami, kad aukštesni emocinės gerovės (depresijos) įverčiai yra susiję su aukštesniais depresijos lygiais, kurie savo ruožtu susiję su didesne disociacine simptomatika. Ši gauta išvada šiek tiek skiriasi nuo mokslininkų Shim, S., Kim, D., & Kim, E. (2024) gautų rezultatų, kuris parodė, kad disociacija medijuoja vaikystės traumų poveikį depresijos simptomams. Tačiau nepaisant šių skirtumų matome, kad tokie psichologiniai procesai kaip depresija arba disociaciniai simptomai yra svarbūs aiškinant vaikystės traumų poveikį psichikos sveikatai.

Tyrimo ribotumai ir rekomendacijos

Atliktas tyrimas suteikė daug įvairių įžvalgų ir apmąstymų lyginant dvi iš pirmo žvilgsnio paprastas grupes: Lietuvos mokyklas lankančius ir Vaikų psichiatrijos skyriuje esančius vaikus. Tačiau atlikus išsamesnę duomenų analizę, konkrečiau kalbant grupių palyginimus buvo aptikti labai įdomūs išskirtinumai tarp dviejų imčių. Tačiau nepaisant to svarbu aptarti ir tyrimo ribotumus, kurie galimai turėjo įtakos tokiems rezultatams.

Pirmas ir didžiausias ribotumas yra mažos imtys. Tyrime buvo surinkta tik 83 mokiniai ir tik 50 vaikų iš Vaikų psichiatrijos skyriaus, todėl nors ir užtikrinant visose analizėse taikytų testų metodologinius reikalavimus, mažas imties dydis galėjo sumažinti statistinę tyrimo galią ir padidinti I arba II tipo klaidos tikimybę, ypač sudėtingesnėse analizėse, tokiose kaip latentinių profilių ar mediacija. Tokie sudėtingesni tyrimo modeliai dažnai reikalauja žymiai didesnių tiriamųjų skaičiaus. Ateities tyrimuose rekomenduojama surinkti didesnę imtį (ypač klinikinėje), kad būtų galima patikimiau įvertinti skirtingų kintamųjų tarpusavio ryšius.

Antrasis ribotumas buvo susijęs su tiriamųjų amžiumi ir instrumentu patikimumu. Platus amžiaus intervalas nuo 10 iki 17 metų. Toks amžiaus skirtumas tarp tiriamųjų galimai turėjo įtakos klausimų interpretavimui, nes skirtinguose raidos etapuose (pvz.: ankstyvoji/vėlyvoji paauglystė) vaikai skirtingai suvokia emocinius, trauminius išgyvenimus, bei skirtingai reflektuoja savo emocinę būseną. Tai yra kartu susiję su skalių patikimumu. Kaip buvo pastebėta fizinės nepriežiūros subskalė turėjo būti modifikuota, kad būtų atitikti minimaliūs reikalavimai atlikti analizę. Taip padidinus Cronbach alpha jis kartu galėjo paveikti patį vaikų trauminių patirčių klausimyno validumą. Taip pat apsunkina šių rezultatų palyginimą su kitais tyrimais, kuriose tyrėjai galimai naudota originalias subskales su visais klausimais. Kitame tyrime taip pat siūloma surinkti didesnes imtis arba atlikti faktorinę analizę.

Trečiasis susijęs su teorine ir praktine dalimis. Teorinė dalis geriausiai pagrindžia mediaciją ir tam tikrus du profilius: aukšto ir žemo įverčių. Todėl atitinkamai buvo iškeltos hipotezės. Tačiau atliekant tyrimą buvo pastebėta, kad kai kuriais atvejais geresnį statistinį pritaikymą būtų galėjus užtikrinti trijų profilių modelis. Tokios iš anksto nustatytos prielaidos galėjo apriboti duomenų interpretacijos lankstumą. Ateityje panašiam tyrimo kur bus naudojama latentinių profilių analizė reikia atsižvelgti į tai ar profilių skaičius turi reikšmingą praktinį interpretavimą, o ne tik atitinka teorinius rėmus.

5. IŠVADOS

1. Klinikinės imties vaikai pasižymėjo statistiškai reikšmingai aukštesniais vaikystės traumų, disociacijos, depresijos simptomų rodikliais nei neklinikinė grupė.
2. Pagal trauminės patirties poskales sudaryti du latentiniai traumos subskalių profiliai, tarp kurių emocinė savijauta ir disociacijos simptomai statistiškai reikšmingai nesiskyrė. Tuo tarpu trijų profilių modelis sudarytas pagal trauminės, emocinės savijautos ir disociacinių simptomų skales parodė tris skirtingus profilius.
3. Emocinė savijauta veikia kaip dalinis mediatorius tarp vaikų trauminių patirčių ir disociacinių simptomų.

LITERATŪRA

1. American Psychiatric Association, D. S. M. T. F., & American Psychiatric Association, D. S. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5, No. 5). Washington, DC: American psychiatric association.
2. Angold, A., & Costello, E. J. (1987). Mood and feelings questionnaire (MFQ). *Durham: Developmental Epidemiology Program, Duke University*.
3. Angold, A., Costello, E. J., Messer, S. C., & Pickles, A. (1995). Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *International journal of methods in psychiatric research*
4. Armstrong, J., Putnam, F. W., Carlson, E., Libero, D., & Smith, S. (1997). Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The adolescent dissociative experience scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 491–497. <https://doi.org/10.1097/00005053-199708000-00003>.
5. Badenes-Ribera, L., Georgieva, S., Tomás, J. M., & Navarro-Pérez, J. J. (2024). Internal consistency and test-retest reliability: A reliability generalization meta-analysis of the Childhood Trauma Questionnaire–Short Form (CTQ-SF). *Child Abuse & Neglect*, 154, 106941.
6. Bahar, A. (2023). The relationship of university students' childhood mental trauma with depression, anxiety and stress. *The European Research Journal*, 9(4), 785-791.
7. Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., Shahly, V., Stein, D. J., Petukhova, M., Hill, E., Alonso, J., Atwoli, L., Bunting, B., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Huang, Y., Lepine, J. P., ... Koenen, K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological medicine*, 46(2), 327–343. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001981>
8. Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 27(2), 169-190.
9. Bethell, C. D., Newacheck, P., Hawes, E., & Halfon, N. (2014). Adverse childhood experiences: Assessing the impact on health and school engagement and the mitigating role of resilience. *Health affairs*, 33(12), 2106-2115.
10. Bethell, C. D., Carle, A., Hudziak, J., Gombojav, N., Powers, K., Wade, R., & Braveman, P. (2017). Methods to assess adverse childhood experiences of children and families: Toward approaches to promote child well-being in policy and practice. *Academic pediatrics*, 17(7), S51-S69.
11. Bhatia, S., & Dutt, S. (2025). The Impact of Mental Well-Being on Trauma Recovery. *International Journal of Interdisciplinary Approaches in Psychology*, 3(5), 432-443.
12. Boullier, M., & Blair, M. (2018). Adverse childhood experiences. *Paediatrics and Child Health*, 28(3), 132-137.
13. Boyer, S. M., Caplan, J. E., & Edwards, L. K. (2022). Trauma-related dissociation and the dissociative disorders: Neglected symptoms with severe public health consequences. *Delaware journal of public health*, 8(2), 78.

14. Brand, B. L., Schielke, H. J., Brams, J. S., & DiComo, R. A. (2017). Assessing trauma-related dissociation in forensic contexts: Addressing trauma-related dissociation as a forensic psychologist, part II. *Psychological Injury and Law*, 10, 298-312.
15. Centers for Disease Control and Prevention. Preventing Adverse Childhood Experiences (ACEs): Leveraging the Best Available Evidence. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
16. Cheung, C. T., Cheng, C. M. H., Lee, V. W. P., Lam, S. K. K., He, K. L., Ling, H. W. H., ... & Fung, H. W. (2024). Could family well-being moderate the relationship between adverse childhood experiences and somatoform dissociation? A preliminary investigation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 25(2), 153-167.
17. Children's Safety Network. (2024, Spalis). *Adverse childhood experiences (ACEs) factsheet*. https://www.childrenssafetynetwork.org/sites/default/files/ACEs_Factsheet.pdf
18. Christensen, M. C., Ren, H., & Fagiolini, A. (2022). Emotional blunting in patients with depression. part i: clinical characteristics. *Annals of General Psychiatry*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12991-022-00387-1>
19. Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 1(1), 409-438
20. Cicchetti, D. (2013). Annual research review: Resilient functioning in maltreated children—past, present, and future perspectives. *Journal of child psychology and psychiatry*, 54(4), 402-422.
21. Cohen, R., Bavishi, C., & Rozanski, A. (2016). Purpose in life and its relationship to all-cause mortality and cardiovascular events: A meta-analysis. *Biopsychosocial Science and Medicine*, 78(2), 122-133.
22. Copley, L. (2023). *Loving You Is Hurting Me: A New Approach to Healing Trauma Bonds and Creating Authentic Connection*. Hachette UK
23. Dalenbergh, C. J., Brand, B. L., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Loewenstein, R. J., Cardena, E., ... & Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological bulletin*, 138(3), 550.
24. Diener, E., Oishi, S., & Tay, L. (2018). Advances in subjective well-being research. *Nature human behaviour*, 2(4), 253-260.
25. Diseth T. H. (2005). Dissociation in children and adolescents as reaction to trauma--an overview of conceptual issues and neurobiological factors. *Nordic journal of psychiatry*, 59(2), 79–91. <https://doi.org/10.1080/08039480510022963>
26. Downey, C., & Crummy, A. (2022). The impact of childhood trauma on children's wellbeing and adult behavior. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 6(1), 100237.
27. Du,Z.;Ji,J.;Liu,Q.;Zhuo,Y. (2023). The Effects of Childhood Trauma and Social Support on Individual Depression and Anxiety. *Lecture Notes in Education Psychology and Public Media*,24,178-184.
28. Duarte, J. M., Crow, C. E., Antik, A., Appiani, F., & Caride, A. (2019). Fibromyalgia and dissociative symptoms. *CNS Spectrums*, 24(6), 605-608. <https://doi.org/10.1017/s1092852918001608>
29. Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A., & Hamby, S. L. (2015). Prevalence of childhood exposure to violence, crime, and abuse: Results from the national survey of children's exposure to violence. *JAMA pediatrics*, 169(8), 746-754.

30. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245-258
31. Feller, S. C., Castillo, E. G., Greenberg, J. M., Abascal, P., Van Horn, R., Wells, K. B., & University of California, Los Angeles Community Translational Science Team. (2018). Emotional well-being and public health: Proposal for a model national initiative. *Public Health Reports*, 133(2), 136-141.
32. Ford, J. D., & Courtois, C. A. (Eds.). (2013). *Treating complex traumatic stress disorders in children and adolescents: Scientific foundations and therapeutic models*. Guilford Press.
33. Fung, H., Lam, S., Chien, W., Ng, A., Wong, E., Ross, C., ... & Lee, V. (2023). Dissociative symptoms among community health service users in hong kong: a longitudinal study of clinical course and consequences. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(2). <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2269695>
34. Gallagher, A. R., Moreland, M. L., Watters, K. N., & Yalch, M. M. (2023). Relative effects of childhood trauma, intimate partner violence, and other traumatic life events on complex posttraumatic stress disorder symptoms. *Traumatology*, 29(1), 57
35. Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The lancet*, 373(9657), 68-81.
36. Giovanelli, A., Mondì, C. F., Reynolds, A. J., & Ou, S. R. (2020). Adverse childhood experiences: Mechanisms of risk and resilience in a longitudinal urban cohort. *Development and psychopathology*, 32(4), 1418-1439.
37. Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M., & Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical child and family psychology review*, 14(1), 1–27. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0080-1>
38. Hébert, M., Langevin, R., & Oussaïd, E. (2017). Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims. *Journal of affective disorders*, 225, 306.
39. Herman, J. L. (2015). *Trauma and recovery: The aftermath of violence--from domestic abuse to political terror*. Hachette uK.
40. Hertzman, C. (1999). The biological embedding of early experience and its effects on health in adulthood. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1), 85-95.
41. Hoeboer, C. M., Kleine, R. A. d., Molendijk, M. L., Schoorl, M., Oprel, D., Mouthaan, J., ... & Minnen, A. v. (2020). Impact of dissociation on the effectiveness of psychotherapy for post-traumatic stress disorder: meta-analysis. *BJPsych Open*, 6(3). <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.30>
42. Hoover, D. W., & Kaufman, J. (2018). Adverse childhood experiences in children with autism spectrum disorder. *Current opinion in psychiatry*, 31(2), 128-132.
43. Hu, Y., Yang, Y., He, Z., Wang, D., Xu, F., Zhu, X., & Wang, K. (2024). Self-concept mediates the relationships between childhood traumatic experiences and adolescent depression in both clinical and community samples. *BMC psychiatry*, 24(1), 224.

44. Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., ... & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet public health*, 2(8), e356-e366.
45. Koss, K. J., & Gunnar, M. R. (2018). Annual research review: Early adversity, the hypothalamic–pituitary–adrenocortical axis, and child psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(4), 327-346.
46. Liotti, G. (2006). A model of dissociation based on attachment theory and research. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(4), 55-73.
47. Lyssenko, L., Schmahl, C., Bockhacker, L., Vonderlin, R., Bohus, M., & Kleindienst, N. (2018). Dissociation in psychiatric disorders: a meta-analysis of studies using the dissociative experiences scale. *American Journal of Psychiatry*, 175(1), 37-46.
48. Maanasa, R., Ranganathan, L. N., Valarmathi, S., Govindarajulu, S., & Seshayyan, S. (2022). Depression and quality of life of parkinson's disease patients – a hospital-based cross-sectional study. *Indian Journal of Medical Sciences*, 74, 57-61. https://doi.org/10.25259/ijms_77_2021
49. McLaughlin, K. A., DeCross, S. N., Jovanovic, T., & Tottenham, N. (2019). Mechanisms linking childhood adversity with psychopathology: Learning as an intervention target. *Behaviour research and therapy*, 118, 101-109.
50. Moyano, B., Duquenne, C., Favrat, B., Francois-Xavier, B., Kokkinakis, I., & Tzartzas, K. (2023). Clinical impact and misdiagnosis of functional ophthalmological symptoms: a case report. *Journal of Medical Case Reports*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s13256-023-04063-0>
51. National Child Traumatic Stress Network. (n.d.). *What is child trauma?* <https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma>
52. National Scientific Council on the Developing Child (2004). *Children's Emotional Development Is Built into the Architecture of Their Brains: Working Paper No. 2*.
53. Overstreet, S., & Chafouleas, S. M. (2016). Trauma-informed schools: Introduction to the special issue. *School Mental Health*, 8, 1-6.
54. Pan, Y., Lin, X., Liu, J., Zhang, S., Zeng, X., Chen, F., & Wu, J. (2021). Prevalence of childhood sexual abuse among women using the childhood trauma questionnaire: a worldwide meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(5), 1181-1191.
55. Park, C. L., Kubzansky, L. D., Chafouleas, S. M., Davidson, R. J., Keltner, D., Parsafar, P., ... & Wang, K. H. (2023). Emotional well-being: What it is and why it matters. *Affective Science*, 4(1), 10-20.
56. Perez, D., Matin, N., Williams, B., Tanev, K., Makris, N., LaFrance, W., ... & Dickerson, B. (2017). Cortical thickness alterations linked to somatoform and psychological dissociation in functional neurological disorders. *Human Brain Mapping*, 39(1), 428-439. <https://doi.org/10.1002/hbm.23853>
57. Perry, B. D., & Szalavitz, M. (2017). *The boy who was raised as a dog: And other stories from a child psychiatrist's notebook--What traumatized children can teach us about loss, love, and healing*. Hachette UK
58. Peters, J., & Silvestri, F. (2016). *Healthy families: From ACEs to trauma informed care to resilience and wellbeing: examples of policies and activities across IIMHL & IIDL countries*.

59. Pick, S., Mellers, J., & Goldstein, L. (2017). Dissociation in patients with dissociative seizures: relationships with trauma and seizure symptoms. *Psychological Medicine*, 47(7), 1215-1229. <https://doi.org/10.1017/s0033291716003093>
60. Porche, M. V., Costello, D. M., & Rosen-Reynoso, M. (2016). Adverse family experiences, child mental health, and educational outcomes for a national sample of students. *School Mental Health*, 8, 44-60
61. Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. Guilford press.
62. Reh, S., Wieck, C., & Scheibe, S. (2021). Experience, vulnerability, or overload? Emotional job demands as moderator in trajectories of emotional well-being and job satisfaction across the working lifespan. *Journal of Applied Psychology*, 106(11), 1734.
63. Şar, V., Taycan, O., Bolat, N., Özmen, M., Duran, A., Öztürk, E., ... & Ertem-Vehid, H. (2009). Childhood trauma and dissociation in schizophrenia. *Psychopathology*, 43(1), 33-40. <https://doi.org/10.1159/000255961>
64. Shim, S., Kim, D., & Kim, E. (2024). Dissociation as a mediator of interpersonal trauma and depression: adulthood versus childhood interpersonal traumas3. *BMC psychiatry*, 24(1), 764.
65. Strömberg, A., Liljeroos, M., Ågren, S., Årestedt, K., & Chung, M. L. (2020). Associations among perceived control, depressive symptoms, and well-being in patients with heart failure and their spouses. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 36(3), 198-205. <https://doi.org/10.1097/jcn.0000000000000682>
66. Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual research review: enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of child psychology and psychiatry*, 57(3), 241-266
67. Thabrew, H., Stasiak, K., Bavin, L. M., Frampton, C., & Merry, S. (2018). Validation of the mood and feelings questionnaire (MFQ) and short mood and feelings questionnaire (SMFQ) in New Zealand help-seeking adolescents. *International journal of methods in psychiatric research*, 27(3), e1610.
68. Van der Kolk, B. (2014). The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma. *New York*, 3
69. Viola, T. W., Salum, G. A., Kluwe-Schiavon, B., Sanvicente-Vieira, B., Levandowski, M. L., & Grassi-Oliveira, R. (2016). The influence of geographical and economic factors in estimates of childhood abuse and neglect using the Childhood Trauma Questionnaire: A worldwide meta-regression analysis. *Child abuse & neglect*, 51, 1-11.
70. Xavier, A., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2018). Daily peer hassles and non-suicidal self-injury in adolescence: Gender differences in avoidance-focused emotion regulation processes. *Journal of Child and Family Studies*, 27, 59-68.
71. Vogel, M., Krippel, M., Frenzel, L., Riediger, C., Frommer, J., Lohmann, C. H., ... & Illiger, S. (2019). Dissociation and pain-catastrophizing: absorptive detachment as a higher-order factor in control of pain-related fearful anticipations prior to total knee arthroplasty (tka). *Journal of Clinical Medicine*, 8(5), 697. <https://doi.org/10.3390/jcm8050697>
72. World Health Organization. (2006). Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. In *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating*

evidence/World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect.

73. Yöyen, E., Bal, F., Barış, T. G., Arslan, M. S., & Çokluk, G. F. (2024). Mediator role of dissociative experiences in the effect of childhood traumas on emotion regulation difficulty and parental child-containing function. *Children, 11*(6), 618.
74. Zelviene, P., Daniunaite, I., Hafstad, G. S., Thoresen, S., Truskauskaite-Kuneviciene, I., & Kazlauskas, E. (2020). Patterns of abuse and effects on psychosocial functioning in Lithuanian adolescents: a latent class analysis approach. *Child Abuse & Neglect, 108*, 104684.
75. Zoet, H. A., Jongh, A. d., & Minnen, A. v. (2021). Somatoform dissociative symptoms have no impact on the outcome of trauma-focused treatment for severe ptsd. *Journal of Clinical Medicine, 10*(8), 1553. <https://doi.org/10.3390/jcm10081553>

SANTRAUKA

Ramanauskas, A. Vaikų trauminės patirties, emocinės savijautos ir disociacinių simptomų ypatumai / Taikomosios kriminalinės psichologijos baigiamasis darbas. Vadovė Prof. dr. Aistė Diržytė - Vilnius: Žmogaus ir visuomenės studijų fakultetas, psichologijos institutas, Mykolo Romerio universitetas, 2025 - 49 p.

Šio tyrimo tikslas - išanalizuoti vaikų trauminės patirties, emocinės savijautos ir disociacinių simptomų ypatumus; Taip pat siekiama išnagrinėti, ar pagal trauminių patirčių pobūdį galima identifikuoti skirtingus traumų profilius, bei įvertinti vaikystėje patirtų trauminių įvykių ryšį su vaikų disociacijos simptomais bei emocinės savijautos kaip mediatoriaus vaidmenį.

. Tyrime dalyvavo 133 tyrimo dalyviai. Iš jų, 50 tiriamųjų apklausti VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų Vaiko raidos centro Vaikų psichiatrijos skyriuje, o likusieji 83 tyrimo dalyviai buvo apklausti mokyklose. Tyrimo dalyvių amžius svyravo nuo 10 iki 17 abiejose imtyse. Tyrimo tikslą nagrinėti buvo pasirinktas kiekybinis metodas, o pats tyrimas atliktas naudojant internetinę anketą. Anketa buvo sudaryta iš 3 dalių: nuotaikos ir jausmų klausimynas (trumpoji versija) (SMFQ), vaikystės traumos klausimynas (CTQ), paauglio disociacinių patirčių skalė (A-DES-II).

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad klinikinės imties vaikai pasižymėjo statistiškai reikšmingai aukštesniais vaikystės traumų, disociacijos, depresijos simptomų rodikliais nei neklinikinė grupė. Pagal trauminės patirties poskalių įverčius sudaryti du latentiniai profiliai tarp kurių emocinė savijauta ir disociacijos simptomai statistiškai reikšmingai nesiskyrė. Emocinė savijauta veikia kaip dalinis mediacinis veiksnys tarp vaikų trauminių patirčių ir disociacinių simptomų sąsajoje.

Raktiniai žodžiai: vaikai, trauminės patirtys, emocinė savijauta, disociaciniai simptomai

SUMMARY

Ramanauskas, A. Children's Traumatic Experiences, Emotional Well-Being and Dissociative Characteristics. Supervisor Prof. dr. Aistė Diržytė - Vilnius: Faculty of Human and Social Studies, Institute of Psychology, Mykolas Romeris University, 2025 - 49 p.

The aim of this study is to analyse the characteristics of children's traumatic experiences, emotional well-being and dissociative symptoms; to examine whether different trauma profiles can be identified based on the nature of the traumatic experiences; and to assess the relationship of childhood traumatic events to children's dissociative symptoms and the mediating role of emotional well-being.

The study involved 133 participants. Of these, 50 participants were interviewed at the Child Psychiatry Unit of the Child Development Centre of Vilnius University Hospital Santaros Clinics, and the remaining 83 participants were interviewed at schools. The age of the participants ranged from 10 to 17 in both samples. A quantitative approach was chosen to address the aim of the study and the study itself was conducted using an online questionnaire. The questionnaire consisted of 3 parts: the Mood and Feelings Questionnaire (short version) (SMFQ), the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) and the Adolescent Dissociative Experiences Scale (A-DES-II).

The results showed that children in the clinical sample had statistically significantly higher rates of childhood trauma, dissociation and depressive symptoms than the non-clinical group. The traumatic experience subscales resulted in two latent profiles between which emotional well-being and dissociation symptoms did not differ statistically significantly. Emotional well-being acts as a partial mediating factor in the association between children's traumatic experiences and dissociative symptoms.

Keywords: children, traumatic experiences, emotional well-being, dissociative symptoms

PRIEDAI

Dėkui, kad sutikote dalyvauti tyrime. Šiuo tyrimu mes siekiame pažinti žmones, kurie gyvenime nėra patyrę trauminių ar sukrečiančių įvykių gyvenime.

Šio tyrimo rezultatai bus naudojami mokslo tikslais ir rengiant tolesnius tyrimus bei kuriant programą, kuri padėtų vaikams, kuriems yra emociškai sunku.

Dalyvavimas tyrime yra anoniminis, mes neprašysime pasakyti savo vardo ar kitos informacijos, kurią naudojant būtų galima Jus atpažinti, tad prašome atsakyti nuoširdžiai. Jūsų nuoširdūs atsakymai padės vaikams, kuriems pagalbos reikia.

Pradėdami pildyti anketą patvirtinate, kad sutinkate dalyvauti tyrime ir tai darote laisva valia, neatlygintinai.