

## 6–18 M. VAIKŲ REPRESENTACINĖS IR KLINIKINĖS IMČIŲ EMOCINIŲ IR ELGESIO SUNKUMŲ SĄSAJŲ Palyginimas su šeimoms socialiniais, EKONOMINIAIS IR DEMOGRAFINIAIS VEIKSNIAIS

**Ilona Kajokienė**

psichologė psichoterapeutė,  
jaunesnioji mokslo darbuotoja,  
Vilniaus universitetas  
Psichiatrijos klinikos  
Valgymo sutrikimų centras  
Vasaros g. 5, LT-10309, Vilnius  
El. paštas: ilonakajokiene@yahoo.com

**Rita Žukauskienė**

profesorė, socialinių mokslų daktarė,  
Mykolo Romerio universitetas  
Psichologijos katedra  
Ateities g. 20, LT-08303, Vilnius  
El. paštas: rzukausk@mruni.lt

*Šio tyrimo tikslas – 6–18 m. vaikų reprezentacinės (N = 3191) ir klinikinės (N = 780) imčių, emocijų ir elgesio sunkumų sąsajų palyginimas su šeimoms socialiniais, ekonominiais ir demografiniais veiksniais ir siekis tęsti 2003 m. atlikto tyrimo duomenų analizę. Elgesio ir emocijų sunkumų įvertinimui panaudotas Vaikų elgesio aprašas (CBCL6 / 18) bei Jaunuolių klausimynas (YSR11 / 18) (Achenbach, Rescorla, 2001) bei anketa, skirta socialiniams demografiniams duomenims apie vaiką ir jo šeimą surinkti. Plačiai išanalizuotos socialinių, demografinių bei ekonominių kintamųjų sąsajos su CBCL ir YSR skalių rezultatais bei atlikta palyginamoji dviejų imčių rezultatų analizė. Tyrimo nustatyta, kad vaikams iš nepilnų šeimų būdingesni teikiama stacionarinė nei ambulatorinė pagalba. Mūsų tyrimo duomenimis, aukštesnis tėvų išsilavinimas (ypač motinos) buvo svarbus socialinis veiksnys, padedantis mažinti tiek reprezentacinės, tiek ir klinikinės imčių vaikų psichologinius sunkumus. Šeimoms socialinis ekonominis statusas neigiamai koreliavo su daugelio CBCL ir YSR klausimyno skalių rezultatais. Regresinės analizės būdu prognozuojama socialinių, ekonominių ir demografinių kintamųjų įtaka CBCL ir YSR skalių rodikliams. Rezultatai rodo, kad vaiko lytis buvo reikšmingas kintamasis, daręs įtaką tiek sveikų, tiek sergančių vaikų internaliems ir eksternaliems sunkumams. Vaikų amžius labiau susijęs su sveikų vaikų sunkumais.*

*Šioje publikacijoje taip pat pateikiamos patikslintos ir lengviau praktikoje naudoti pritaikytos CBCL6 / 18, TRF 11 / 18 ir YSR11 / 18 normos bei atitaisomos korektūros klaidos, įsivėlusios pateikiant Mąstymo ir Dėmesio sunkumų skalių vidurkių CBCL, TRF ir YSR pagal standartizavimo duomenų lenteles (Žukauskienė ir Kajokienė, 2006).*

**Pagrindiniai žodžiai:** raida, vaikų emocijiniai ir elgesio sunkumai; socialiniai, demografiniai ir ekonominiai veiksniai; klinikinė imtis, reprezentacinė imtis.

Kai tenka kalbėti apie vaikų sunkumus, neišvengiamai grįžtama prie klausimo apie raidą. Normos ir patologijos klausimas, dominęs senovės filosofus, persikėlė ir į šiuolaikinę psichologijos mokslą – diskusijų apie normalios raidos ir raidos psichopatologijos santykį pavidalu. Daugybė tyrimų (Cicchetti and Rogosch, 2002; Cicchetti and Sroufe, 2000; Sroufe and Rutter, 1999; Wenar, 2005), prasidėjusių XX a. antroje pusėje, nustatė, kad retkarčiais elgtis netinkamai, neįprastai yra normalios, sveikos raidos požymis. M. Rutter (1999) teigė, kad nuokrypis nuo normos yra galimas sutrikimas tik tada, jei jis trikdo vaiko pagrindinę pažintinę ir patirties kaupimo veiklą, trunka ilgai bei linkęs apimti vis daugiau veiklos sferų.

Tiriant vaikų ir paauglių sunkumus negalima skubėti daryti išvadų, nes vystymąsi lemia daugybė veiksnių, vieni jų yra žalojančio poveikio, kiti – apsauginio, bet poveikio pobūdis taip pat nėra stabilus, ir kartais raidai nepalankios sąlygos gali sukurti prielaidas vystytis vaiko kompetencijai (Giedraitytė ir Bieliauskaitė, 2006). Raidos psichopatologija – tai ne teorija pati savaime, o greičiau požiūris į tai, kaip psichopatologija formuojasi ir pasireiškia per gyvenimo vyksmą. Todėl pagal skerspjūvio metodiką atliekami tyrimai nėra grynai raidos tyrimai, nes nestebi gautų rezultatų per laiko kitimo perspektyvą (Wenar, 2005), tačiau skerspjūvio kohortų tyrimas leidžia studijuoti skirtingų lyčių bei amžiaus grupių sunkumus tam tikru laikotarpiu (galbūt istoriškai svarbiu!) ir yra ekonomiškesnis.

Lietuvos mokslo spaudoje nepavyko aptikti nė vieno išsamaus tyrimo, kuriame remiantis skerspjūvio metodu būtų nagrinėjama tam tikru laikotarpiu gauta visos Lietuvos psichikos specialistų konsultuotų ir gydomų vaikų kohorta. Šio straipsnio autorėms žinoma tik viena panaši studija (Diomšina ir Vyčiniene, 2002), atlikta 2001 m. sausio–birželio mėn. Respublikinės universitetinės ligoninės Vaiko raidos centro Vai-

kų psichiatrijos skyriuje. Minėtos studijos autorės, analizuodamos visas 2001 m. RUL VRC hospitalizuotų vaikų istorijas (n = 54), dėmesį kreipė į nerimo sutrikimų, kurie pagal dažnumą buvo antri po elgesio sutrikimų, problematiką. Dauguma Lietuvoje publikuotų mokslo darbų tik iš dalies paliesdavo specialistų gydomus vaikus. Tyrėjai pasirinkdavo nagrinėti vieną ar keletą konsultuojamų bei gydomų vaikų diagnostinę kategoriją, pvz., elgesio sutrikimus (RVPL) (Kalpokienė ir Gudaitė, 2007), depresiją bei mėginimus žudyti (KMUK, RUVL VRC) (Leskauskas, 2002; Ribakovienė, 2002), autizmą (RUVL VRC) (Lesinskienė ir kt., 2002), mokymosi negalią (ambulatoriniai centrai) (Barkauskienė ir Bieliauskaitė, 2002). Tad tyrimas, apimantis įvairius psichikos sutrikimus, leistų plačiau pažvelgti į dabartinę Lietuvos vaikų psichikos sveikatos būklę ir giliau išanalizuoti įvairių vaikų supančios socialinės aplinkos veiksnių įtaką jų psichologinių sunkumų (kartais tampančių nuokrypiu nuo normalios raidos) pasireiškimui.

Tyrėjui nuolat iškyla metodologinis klausimas – kokia vertinimo sistema ar ligų klasifikacija remiantis turime vertinti vaiko elgseną. Bet kokį vaiką stebint, apklausiant reikalinga atskaitos sistema, kaip įvertinti raidą ar tiriamą faktą. Atliekant oficialius vaikų psichikos sveikatos tyrimus labiau paplitęs fenomenologiniu (kategoriniu) požiūriu paremtos APA DSM-IV ir PSO TLK-10 (TLK-10, 1997) ligų klasifikacijos (Volkmar, 1991), sudarytos iš kategorinių diagnozių, psichopatologinės būsenos, kaip atskiro sindromo aprašymas. Dimensinis (empirinis) požiūris labiau yra paplitęs moksliniuose tyrimuose, nors taip pat yra taikomas ir klinikinėje praktikoje, stebint ir vertinant kūdikių bei mažų ar vyresnių vaikų bei suaugusių vystymosi sunkumus. Empiriniu požiūriu paremta T. M. Achenbacho ir kolegų sukurtos ASEBA (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*) grupės metodikos (Achenbach and Edelbrock,

1983; Achenbach and Rescorla, 2001) plačiai paplito darant tyrimus Lietuvos psichologams. Nuo 1999 metų Lietuvos mokslinėje literatūroje buvo pristatyta bent 18 tyrimų, kuriuose naudojamas vienas ar kitas ASEBA grupės klausimynas (Malinauskienė ir Žukauskienė, 2007, 2004; Kalpokienė ir Gudaitė, 2007; Jusienė ir Raižienė, 2006; Sondaitė ir Žukauskienė, 2004; Jusienė ir Platkevičiūtė, 2003; Jusienė ir kt., 2002). Minėtos metodikos buvo vartojamos ir reprezentacinei Lietuvos vaikų imčiai tirti 2003 metų rudenį (Žukauskienė ir Kajokienė, 2006).

Lietuvoje jau yra atlikta nemaža įvairių studijų su vaikais ir suaugusiais, kur šalia kitų kintamųjų buvo tiriamos ir šeimos socialinio-ekonominio statuso sąsajos su įvairiais psichikos sunkumais (pvz., Pūras ir kt., 2003). Tačiau galima išskirti tik vieną kitą darbą, kuriame, atsižvelgiant į tiriamųjų šeimų socialinį-ekonominį statusą (SES), nagrinėjami remiantis CBCL ar YSR metodika gauti vaikų populiacijos duomenys (Malinauskienė ir Žukauskienė, 2004; Žukauskienė et al., 2003; Jusienė ir Platkevičiūtė, 2003). Atsižvelgiant į faktą, kad didelė Lietuvos gyventojų dalis gyvena skurdžiai ar gauna mažas pajamas, galima kelti prielaidą, kad tai galėtų daryti įtaką vaikų elgesio ir emociniams sunkumams. Kitose šalyse atliekami tyrimai rodo, jog didesnis psichopatologijos lygis būdingas žemesnio SES asmenims (pvz., Goodman, 1999; Twenge and Campbell, 2002; Wadsworth and Achenbach, 2005). Suaugusiems SES paprastai nustatomas pagal pajamas, kai kada įtraukiamas išsilavinimas ir (arba) profesiniai sugebėjimai. Tačiau vaikų socialinis-ekonominis statusas nepriklauso nuo jų profesijos ar išsilavinimo lygio, todėl svarbu tyrinėti įvairius kitus veiksnius (tėvų išsilavinimą, pajamas, tėvų psichinę sveikatą), kai norime geriau suprasti, kas bei kaip gali lemti ar sustiprinti vaikų patiriamus psichologinius sunkumus. Pavyzdžiui, buvo nustatyta, jog ryšys tarp SES ir sveikatos sutrikimų gali atsi-

rasti iš dalies dėl skirtingo patiriamų stresų dažnumo. Iškelta prielaida, kad vaikų reakcija į įtampą, patirtą ankstyvoje vaikystėje, gali turėti ilgalaikį poveikį būsimai psichosomatinųjų ligų eigai (Reynolds et al., 2001). Naujoji M. Wadsworth ir T. M. Achenbacho (2005) longitudinalinė studija patvirtina šią idėją. Joje teigiama, kad žemo socialinio statuso grupių per 9 metus išsivystė daugiau somatinių sutrikimų, ir net penkių iš septynių psichikos sunkumų skalių įvertinimai išliko tokie pat aukšti kaip ir pradžioje. Šis duomenys jau patvirtina idėją, jog žemas SES gali būti rizikos veiksnys vaiko psichikos sveikatos raidai. Todėl ėmėme svarstyti galimybę atlikti tyrimą Lietuvoje, patikslinantį reprezentacinių ir klinikinių 6–18 metų vaikų grupių socialinių-ekonominių veiksnių sąsajas su psichikos sveikata.

Lietuva kartu su kitomis Rytų ir Vidurio Europos regiono valstybėmis, patiriančiomis sudėtingą visuomenės sveikatos krizę, turi ypač daug neišspręstų visuomenės psichikos sveikatos problemų. Vilniaus universitete 2004 m. atliktas Lietuvos vaikų psichikos sveikatos epidemiologinis tyrimas (cit. pgl. „Valstybinė psichikos sveikatos 2005–2010 metų strategija (projektas)“) parodė, kad psichikos sveikatos problemų turi 41,7 proc. mokyklinio amžiaus vaikų, iš jų 13 proc. atvejų siekia klinikinį sutrikimo lygį. Todėl iškilo natūralus mokslinis poreikis atidžiau ištirti ne tik bendrosios populiacijos vaikus, bet ir pagal kategorinę klasifikaciją patekusius į raidos nuokrypio grupę vaikus – pacientus.

Šios aplinkybės lėmė, kad 2003 m. grupė Lietuvos psichologų suplanavo ir atliko didelę ir išsamią Lietuvos vaikų studiją, turėdami tikslą surinkti duomenis plačiai žinomų psichologinių klausimynų adaptacijai ir, remiantis jau adaptuotų bei standartizuotų metodikų rezultatais, įvertinti įvairių emocinių ir elgesio sunkumų pasireiškimo ypatumus ir šių ypatumų sąsajas su įvairiais socialiniais, ekonominiais, demogra-

finiais kintamaisiais – tiek sveikų, tiek ir sergančių vaikų.

Ankstesnėje publikacijoje (Žukauskienė, Kajokienė, 2006) buvo analizuojamas reprezentacinės vaikų imties emocinių sunkumų paplitimas ir sąsajos dėl amžiaus bei lyties ir atliktas metodikų psichometrinių savybių įvertinimas (Žukauskienė ir Kajokienė, 2006). Šiose publikacijose pristatoma nuodugnesnė gautų klinikinų duomenų analizė. Dėl to, kad labai gausi rezultatų apimtis, tenka skaidyti minėtos studijos rezultatų publikavimą.

Šios studijos tikslas – 6–18 m. vaikų reprezentacinės ir klinikinės imčių emocinių ir elgesio sunkumų sąsajų palyginimas su šeimos socialiniais, ekonominiais ir demografiniais veiksniais.

Taigi tiriant buvo keliami tokie uždaviniai: 1) įvertinti 6–18 m. vaikų reprezentacinės ir klinikinės imčių emocinių ir elgesio sunkumų pobūdį; 2) įvertinti elgesio ir emocinių sunkumų sąsajas su vaikų lytimi ir amžiumi, šeimos socialiniais, ekonominiais ir demografiniais veiksniais bei palyginti klinikinės ir reprezentacinės imčių vaikų rezultatus; 3) įvertinti klinikinės imties vaikų pasiskirstymo pagal gydymosi tipą sąsajas su psichologinių sunkumų įvertinimais pagal CBCL ir YSR metodikas; 4) įvertinti, ar remiantis lytimi, amžiumi, bei šeimos socialiniais, ekonominiais ir demografiniais rodikliais galima prognozuoti vaikų internalius, eksternalius ir bendrus sunkumus.

## Metodika

**Tyrimo dalyviai.** Klinikinę imtį, atliekant šį tyrimą, sudarė 6–18 m. vaikai ir paaugliai, kurie tiriant, t. y. 2003 metų spalio–gruodžio mėnesiais, gydėsi ar buvo konsultuoti įvairaus lygio paslaugas teikiančiose psichinės sveikatos įstaigose visoje Lietuvoje. Informacija rinkta iš 64 pirminės sveikatos priežiūros įstaigų bei 5 psichiatrijos stacionarų (KMUK, RUVL VRC,

RVPL, Klaipėdos bei Šiaulių ligoninių vaikų psichiatrijos skyrių).

Buvo gauta informacija apie 790 vaikų. Dešimt anketų buvo atmesta, nes jose buvo pateikiama informacija apie jaunesnius ( $n = 6$ ) bei vyresnius ( $n = 4$ ) vaikus nei numato tyrimas. Galutinėje duomenų analizėje panaudota informacija apie 780 vaikų; 372 iš jų gydėsi psichiatrinio stacionaro (175 berniukai ir 197 mergaitės), 408 (211 berniukų ir 197 mergaitės) – ambulatorinėse sveikatos priežiūros įstaigose.

Išsamus reprezentacinės Lietuvos vaikų imties, su kuria lyginome klinikinės imties duomenis, apibūdinimas pateiktas ankstesnėje publikacijoje (Žukauskienė ir Kajokienė, 2006). Atsitiktinė Lietuvos 6–18 metų vaikų imtis buvo sudaryta naudojantis mokyklų ir darželių registru. Iš viso tiriant dalyvavo 3627 mokiniai ir darželio auklėtiniai. Pavyko surinkti duomenis apie 90,62 proc. vaikų, patekusių į atsitiktinę imtį. Atmetus visas neteisingai ar nevisiškai užpildytas anketas bei atskyrus vaikų, kurie dėl įvairių psichikos sunkumų buvo konsultuoti specialistų, duomenis, šiame straipsnyje panaudoti duomenys iš 3191 CBCL klausimynų ir 2215 Jaunimo klausimynų (YSR).

## Įvertinimo būdai

**Vaikų emociniai ir elgesio sunkumai.** Klinikinės imties tyrimui naudotos dvi 2001 m. atnaujintos ASEBA metodikų grupės anketos: 6–18 metų Vaiko elgesio aprašas (Child Behavior Checklist, CBCL6 / 18, Achenbach and Rescorla, 2001) ir 11–18 metų Jaunuolio klausimynas (Youth Self Report, YSR11 / 18, Achenbach and Rescorla, 2001). Trečios ASEBA grupės anketos, skirtos mokytojui (TRF), kuri buvo naudota tiriant reprezentacinės imties vaikus, negalėjome taikyti apklausiant klinikinės imties vaikus, nes daugelis tėvų nenorėjo, jog vaiko mokykloje būtų žinoma apie faktą, kad vaikas buvo gydomas psi-

chinės sveikatos centruose ar psichiatrinėje ligoninėje. Be to, tokių duomenų surinkimas nėra įmanomas ir procedūriškai.

Šiame straipsnyje greta jau žinomų ir plačiai aprašytų Jaunuolio klausimyno (YSR) skalių pateikiame tų pačių autorių naujai 2001 m. sukonstruotos papildomos *Pozityvių savybių* skalės (*Positive qualities*) vidurkius ir jų standartinis nuokrypius (3 priedas). Ši skalė sudaryta iš 14 klausimų apie vaikui būdingą socialiai pageidautiną elgseną (teiginiai nr. 6, 15, 49, 59, 73, 80, 88, 92, 98, 106, 107, 108, 109). *Pozityvių savybių* skalės lietuviškos versijos *Cronbacho alfa* lygi 0,75. T. M Achenbachas nurodo, jog *Pozityvių savybių* skalės vidinio suderinamumo rodiklis JAV vaikų imties *Cronbacho alfa* = 0,78 (asmeninis susirašinėjimas). Tarpkultūrinis 24 šalių YSR skalių psichometrinių duomenų palyginimas atskleidė, jog *Pozityvių savybių* skalės *Cronbacho alfa* vidurkis yra 0,76 (Rescorla et al., 2007). Taigi *Pozityvių savybių* skalės yra pakankamai geras vidinis suderinamumas ir gali būti naudojamas.

CBCL ir YSR metodikų standartizacijos Lietuvoje darbai ir vertimai buvo atlikti remiantis tarptautiniais reikalavimais (ITC, 2003). Platesnis tiriant naudotų būdų aprašymas bei jų patikimumo apskaičiavimo duomenys buvo pateikti ankstesniuose autorių darbuose (Žukauskienė ir Kajokienė, 2006; Žukauskienė et al., 2003; Žukauskienė ir Ignatavičienė, 2001).

**Socialiniai–demografiniai duomenys.** Jie buvo gauti apklausiant sergančių vaikų tėvus pagal pačių tyrėjų sudarytą trumpą anketą apie šeimos sudėtį, abiejų tėvų išsilavinimą ir šeimos pajamas tenkančias per mėnesį vienam šeimos nariui. Pastarasis klausimas apie pajamas buvo (nuo 0 iki 1400 Lt ir daugiau) suskirstomas į 7 intervalus, o tėvams reikėjo pažymėti, kuris intervalas atitinka konkrečios šeimos situaciją.

**Papildoma klinikinė informacija** apie kiekvieną klinikinės imties vaiką buvo gauta iš ligos

istorijos ir (ar) apklausiant vaiką, apžiūrint dalyvaujantį vieną iš tėvų. Psichologas (arba gydytojas) buvo prašomas užpildyti kartu su CBCL ir (ar) YSR anketomis pateikiamą anketą, kurioje buvo prašoma nurodyti vaiko vardą, pavardę, tikslią ligos istorijoje užrašytą nozologinę diagnozę pagal TLK-10 klasifikaciją (TLK-10, 1997). Taip pat psichologas tyrėjas buvo prašomas atsakyti (Taip / Ne) į tris klausimus apie tai, ar vaikas turi problemų dėl narkotinių medžiagų vartojimo, ar vaikas turėjo suicidinių mėginių ir ar bent vienam iš vaiko tėvų buvo nustatyta psichikos sutrikimų ar liga, dėl kurių jie buvo gydomi. Šiame straipsnyje papildomi klinikinės informacijos duomenys nebus analizuojami, planuojama juos aptarti kitoje publikacijoje.

### Tyrimo eiga

2003 m. spalio–gruodžio mėnesiais tyrimą organizavo ir atliko tyrėjų grupė: dr. Rita Žukauskienė (MRU, projekto vadovė), Ilona Kajokienė (RVPL, klinikinės tyrimo dalies koordinatore), Sandra Simanaukaitė (PPC) ir Vida Gudauskienė (PPC). Tyrimo eigą Lietuvos mokyklose kuravo Lietuvos švietimo ir mokslo ministerija, o klinikinės imties duomenų rinkimą – SAM konsultantas vyr. psichiatras dr. V. Mačiulis. Į kiekvieną Lietuvos PSC bei PSPC (iš viso jų Lietuvoje 64) buvo išsiųsti anketų komplektai kartu su kuratoriaus kreipimusi į įstaigos direktorių bei koordinatorės parengtu laišku tyrėjui su detaliomis nuorodomis, kaip tiksliai užpildyti anketas bei surinkti papildomą informaciją apie pacientą. Kadangi tiriant dalyvavo ir psichiatrijos stacionarai, teikiantys pagalbą vaikams nuo 6 iki 18 m., tad į pastarąsias įstaigas taip pat buvo išsiųsti anketų rinkiniai.

Klinikinės imties duomenis renkant 2003 m. rugsėjo mėn. į gydymo įstaigas išsiuntėme 875 anketų komplektus. Tiek pacientų ketinome apklausti atsižvelgdami į vidutinišką apsilankymų

pas gydytoją skaičių bei lovų skaičių stacionare. Iš viso užpildyta 790 anketų. Gražintų anketų procentai klinikinę vaikų imtį tiriant neturėjo tokios svarbos, kokią turi tiriant reprezentacinę imtį, nes negalėjome numatyti, kiek per tyrimo laikotarpį į gydymo įstaigas kreipsis vaikų. Dalyvavimas tiriant buvo savanoriškas, tačiau nebuvo surinkta papildomos informacijos apie galėjusius atsisakyti tiriant dalyvauti vaikus. Informacija apie klinikinę imtį gauta keliais būdais: iš tėvų, kurie atsakė tik į CBCL anketą ( $n = 202$ ), iš tėvų (CBCL) ir jų vaikų (YSR) ( $n = 391 + 391$ ) ir tik iš jaunuolių, užpildžiusių YSR klausymyną ( $n = 185$ ).

**Duomenų tvarkymas.** Analizuojant pajamas, naudojamas rangavimas nuo 0 iki 7, kur 0 – „kita“, 1 – „labai mažos pajamos“, 6 – „labai didelės pajamos“. „Kita“ įvertinta 0, manant, kad šį pasirinkimo variantą galėjo pažymėti vengiantys įvardyti gaunantys dideles pajamas arba pašalpas gaunantys tėvai.

Tėvų išsilavinimas taip pat buvo suskirstytas į 7 kategorijas (nuo pradinio išsilavinimo iki aukštojo išsilavinimo su mokslinio laipsnio įgijimu).

Gautiems duomenims apdoroti naudotas SPSS 11,0 programinis paketas. Buvo taikomi aprašomosios, dispersinės, koreliacinės analizės (Pearsono koreliacijos koeficientas  $r$ ) ir linijinės bei daugybinės regresijos metodai (Vaitkevičius, Saudargienė, 2006). Nepriklausomų imčių Studento  $t$  kriterijus arba Pearsono Chi-kvadrato kriterijus buvo naudojamas skirtumo tarp dviejų imčių rodiklių vidurkių įvertinimui.

## TYRIMO REZULTATAI

Pirmiausiai pateiksime tiriant dalyvavusių klinikinės imties vaikų demografinę charakteristiką bei duomenis apie šeimos sudėtį ir tėvų SES, jų sąsajas su vaikų emocijomis ir elgesio sunkumais, taip pat reprezentacinės ir klinikinės imties palyginimo rezultatus. Pabaigoje pateikiama

vaiko ir jo šeimos socialinių demografinių ir socialinių ekonominių veiksnių poveikio vaikų psichikos sveikatai prognostinė analizė.

Kadangi mūsų tyrimo duomenys buvo renkami iš skirtingų šaltinių, apskaičiavome jų suderinamumą. Reprezentatyvios imties tėvų–vaikų atsakymų koreliacijos buvo vidutinės (*Bendrų sunkumų* ir *Eksternalių sunkumų* skalėms  $r = 0,56$ ), Internalių sunkumų skalėi  $r = 0,57$ ). Klinikinės imties tėvų–vaikų atsakymų suderinamumo stiprumas buvo taip pat vidutiniškas, svyruojantis nuo  $r = 0,46$  (*Bendrų sunkumų* skalėi) iki  $r = 0,62$  (*Eksternalių sunkumų* skalėi). Tiriant dalyvavusių tėvų bei vaikų (6–11 m.) nuomones vidutiniškas sutapimas yra pakankamas duomenų palyginimui. Duomenų, gautų iš skirtingų šaltinių (CBCL ir YSR metodikų rezultatai), atitikimo problemą vienas iš publikacijos autorių analizavo ankstesnėje publikacijoje (Žukauskienė et al., 2004). Ši tema buvo plačiai aptariama ir metodikų autorių darbuose (Rescorla et al., 2007; Verhulst and van Der Ende, 1992), kurie nurodė mažesnę ( $r = 0,22$ – $0,27$ ) nei mums tiriant pastebėtą sąryšio stiprumą, tačiau įvardijo jį kaip tinkamą duomenims analizuoti.

## Demografinė tiriamųjų charakteristika ir sąsajos su psichologiniais sunkumais

1 lentelėje pateikiami duomenys apie klinikinės bei reprezentatyvios imties vaikų amžiaus ir lyties rodiklius. Klinikinės imties mergaičių ir berniukų grupių amžiaus vidurkių skirtumas yra statistiškai reikšmingas (berniukų amžiaus vidurkis  $M = 12,31$  ( $SD = 3,05$ ), o mergaičių  $M = 13,94$  ( $SD = 2,80$ );  $p < 0,001$ ). Reprezentacinės imties statistiškai reikšmingo lyčių skirtumo nėra. Tiek klinikinės imties, tiek ir reprezentatyvios imties amžiaus grupių sudėtis nėra homogeniška, t. y. 227 sergantys vaikai pateko į 6–11 m. imtį (tai sudarė 29,1 proc. imties) ir

1 lentelė. *Klinikinės ir reprezentacinės imties vaikų bei jų šeimų pasiskirstymas pagal demografinius rodiklius*

	Klinikinė imtis (N = 780)		Reprezentacinė imtis (N = 3191)	
	Berniukai	Mergaitės	Berniukai	Mergaitės
Amžiaus vidurkis ir SD (metais)	12,31 (3,05)	13,94 (2,80)	12,21 (3,76)	12,12 (3,74)
Imties dažnis	49,5%	50,5%	49,1%	50,9%
Dažnis 6–11m. grupėje	38,1%	20,30%	43,42%	45,16%
Dažnis 12–18m. grupėje	61,9%	79,70%	56,58%	54,84%

553 (70,89 proc.) į 12–18 m. grupę. Analogiškai reprezentatyvios imties tai sudarė 44,4 proc. ir 55,6 proc. Kalbant apie lytį, svarbu pažymėti dar vieną faktą – didžiąją dalį klinikinės imties jaunesnio amžiaus vaikų sudarė berniukai (64,7 proc.), o vyresnio amžiaus grupės lyčių santykis buvo ne toks didelis (berniukai sudarė 43,2 proc.). Sveikų vaikų pasiskirstymas pagal lytį į amžiaus grupes buvo tolygus. Į šį pasiskirstymą svarbu atsižvelgti interpretuojant duomenis.

Siekdami paanalizuoti vaiko psichologinių sunkumų kitimą, apskaičiavome CBCL *Bendrų sunkumų* skalės įverčių (abiejų imčių) sąsajas su amžiumi bei lytimi: pagal amžių klinikinės imties berniukų problemos didėja ( $F(1;307) = 14,786$ ;  $\beta = 0,214$ ;  $p < 0,000$ ), o mergaičių imties tokios tendencijos nepastebėta. Reprezentacinės imties berniukų problemos augant mažėja labai nedaug ( $F(1;1490) = 14,52$ ;  $\beta = -0,1$ ;  $p = 0,000$ ), o sveikų mergaičių psichologinės problemos, tėvų nuomone, nedaug didesnės ( $F(1;1567) = 10,65$ ;  $\beta = 0,08$ ;  $p = 0,001$ ). YSR klausimyno *Bendrų sunkumų* skalės vertinimai klinikinės imties tiek mergaitėms ( $F(1;319) = 11,627$ ;  $\beta = 0,19$ ;  $p = 0,01$ ), tiek ir berniukams ( $F(1;249) = 8,037$ ;  $\beta = 0,12$ ;  $p = 0,05$ ) nedaug didėjo pagal amžių. Reprezentacinės imties YSR

duomenys atskleidė tokią pačią tendenciją: berniukų ( $F(1;958) = 5,43$ ;  $\beta = 0,075$ ;  $p = 0,02$ ) ir mergaičių ( $F(1;1004) = 40,57$ ;  $\beta = 0,197$ ;  $p = 0,01$ ) problemos vyresnio amžiaus buvo truputį didesnės.

Klinikinės imties CBCL klausimyno tik *Dėmesio sunkumų* ir *Eksternalių sunkumų* skalės įverčiai yra susiję su vaiko lytimi: berniukams labiau būdingi aukštesni įvertinimai ( $r = -0,2$ ;  $p < 0,01$ ), o YSR duomenimis – *Internalių sunkumų* ( $r = 0,27$ ,  $p < 0,01$ ) ir *Pozityvių savybių* ( $r = 0,13$ ;  $p < 0,01$ ). Reprezentatyvios imties CBCL duomenimis, internalūs sunkumai (depresinė nuotaika, somatiniai skundai) būdingesni mergaitėms ( $r = 0,12$ ;  $p < 0,000$ ), o dėmesio sunkumų ( $r = -0,08$ ;  $p < 0,000$ ) ir eksternalių sunkumų ( $r = -0,10$ ;  $p < 0,000$ ) – daugiau patiria berniukai.

Remiantis koreliacine analize (4 lentelė), *Pozityvių savybių* skalės klinikinės imties balai kito dėl lyties ( $r = 0,13$ ;  $p < 0,01$ ) ir amžiaus ( $r = 0,13$ ;  $p < 0,01$ ) ypatybių, tačiau regresinė analizė nepatvirtino tiesinės priklausomybės amžiaus ir *Pozityvių savybių* skalės klinikinės imties sąryšio. Tuo tarpu reprezentatyvios imties mergaičių šios skalės duomenys atspindėjo silpną tiesinę priklausomybę atsižvelgiant į amžių ( $F(1;1002) = 8,86$ ;  $\beta = 0,094$ ;  $p = 0,003$ ).

## Šeimos socialiniai ir ekonominiai veiksniai bei jų sąsajos su vaikų psichologiniais sunkumais

Tiriant dalyvavusių vaikų (ir sergančių, ir sveikų) tėvai buvo panašaus išsilavinimo: dauguma jų buvo baigę vidurines bei aukštesniasias mokyklas. Turinčių aukštąjį išsilavinimą tėvų imčių skaičius taip pat buvo panašus – 18 proc. (klinikinės) ir 19 proc. (reprezentacinės). 2 lentelė nurodo, kad abiejų imčių vaikų motinos turėjo kiek geresnį išsilavinimą nei tėvai, tačiau atlikus skaičiavimus (3–4 lentelės) matyti, kad motinos ir tėvo išsilavinimo lygis abiejų imčių šeimose turi vidutinio stiprumo sąsajas (klinikinės imties  $r = 0,52$ ;  $p = 0,001$ ; reprezentacinės imties  $r = 0,447$ ;  $p < 0,000$ ). Koreliacinė bei

regresinė klinikinės ir reprezentacinės imčių analizės parodė, kad aukštesnis motinos išsilavinimas reikšmingai ( $p < 0,05$ ) susijęs su žemesniais vaiko sunkumų rodikliais tiek pagal CBCL, tiek pagal YSR duomenis.

Iš užpildžiusių grafą apie šeimos struktūrą ( $n = 539$ ) klinikinės imties anketų duomenų gavome, kad 166 (30,8 proc.) vaikai gyveno tik su vienu iš tėvų ir dar 78 (14,5 proc.) gyveno su globėjais ar globos institucijose. Reprezentacinės imties šie skaičiai buvo reikšmingai ( $p < 0,01$ ) mažesni: atitinkamai 18,5 proc. vaikų gyveno su vienu iš tėvų ir tik 4,6 proc. sveikų vaikų gyveno su globėjais. Pilnose šeimose augo daugiau vaikų iš reprezentacinės (76,8 proc.) nei klinikinės (54,7 proc.) imties.

2 lentelė. Klinikinės ir reprezentacinės imties vaikų tėvų socialinių, ekonominių ir demografinių duomenų pasiskirstymas bei skirtumo tarp imčių reikšmingumas (duomenys pateikiami procentais)

	Klinikinė imtis	Reprezentacinė imtis	Skirtumo statistinis reikšmingumas (Chi-kvadrato kriterijus)
Motinos išsilavinimas:			Nėra
pradinis	0,38	0,55	
pagrindinis	14,58	18,42	
vidurinis	34,76	33,6	
aukštesnysis	31,28	29,45	
aukštasis	19,00	18,07	
Tėvo išsilavinimas:			Nėra
pradinis	1,56	0,65	
pagrindinis	28,79	29,49	
vidurinis	27,24	32,25	
aukštesnysis	24,55	23,21	
aukštasis	17,86	14,4	
Šeimos struktūra:			0,000
Pilna šeima	54,74	76,78	
Vienas iš tėvų	30,79	18,56	
Gyvenantys su globėjais	14,47	4,66	
Šeimos pajamos vienam asmeniui:			0,01
0–200 Lt	35,1	43,9	
201–399 Lt	33,2	29,3	
400–750 Lt	18,9	15,9	
750–1000 Lt	2,3	2,9	
1000–1400 Lt	1,5	0,8	
Labai mažos / labai didelės	9,0	7,2	



Mūsų rezultatai rodo, kad klinikinės imties vaikams iš nepilnų šeimų būdingesnė emocijų ir elgesio sunkumai (3 ir 4 lentelės). Šis socialinis demografinis šeimos veiksnys reikšmingai ( $p = 0,01$ ) koreliavo su CBCL ir su YSR klausimynų *Dėmesio sunkumų*, *Taisyklių laužymo*, *Agresyvaus elgesio*, *Eksternalių sunkumų* bei *Bendri sunkumų* skalėmis. Panaši tendencija atspindėjo ir reprezentacinės imties: koreliacinės analizės duomenimis (5 ir 6 lentelės), šeimos struktūra ir CBCL ( $r = -0,08$ ;  $p < 0,001$ ), ir YSR ( $r = -0,05$ ;  $p < 0,05$ ) klausimynų *Bendri sunkumų* skalės buvo silpnos, bet reikšmingos neigiamos sąsajos.

Šeimos socialinis ekonominis statusas (SES) ir klinikinės, ir reprezentacinės imties vaikų buvo panašus (2 lentelė). Statistikos departamento duomenimis, vidutinis mėnesinis gautas darbo

užmokestis 2003 m. buvo 786,4 Lt (arba 1072,6 Lt, neatskaičius mokesčių, „standartinę“ lietuvišką šeimą sudarė 2,4 asmenų Statistikos departamentas, 2006), o bendrojo vidaus produkto pokyčiai 2003 m. buvo 10,3 proc. Taigi, mums tiriant, apie 50 proc. dalyvavusių vaikų gyvena šeimose, kurios gauna mažesnes nei vidutines pajamas.

Klinikinės ir reprezentacinės imties dalyvių tėvų SES ir vaiko psichologinių sunkumų skalių kintamųjų koreliacijos (3, 4, 5, 6 lentelės) buvo reikšmingos, tačiau ryšio stiprumas buvo silpnas (koreliacijos koeficiento  $r$  reikšmė nesiekė 0,20). Reikia pastebėti, kad kiek didesnis klinikinės imties vaikų psichologinių sunkumų ir tėvų SES sąryšis rastas vertinant vaikų elgesio ir emocinius sunkumus pagal YSR klausimyną (ypač depresškumą atspindinčiose skalėse).

3 lentelė. *Klinikinės imties vaikų elgesio ir emocinių sunkumų (pagal CBCL) koreliacijos su vaiko lytimi, amžiumi ir šeimos sociodemografiniais kintamaisiais ir gautos pagalbos tipu (Pearsono koeficientas)*

	Vaiko lytis	Vaiko amžius	Motinos išsilavinimas	Tėvo išsilavinimas	Šeimos struktūra	Tėvų SES	Gydymosi tipas
Nerimastingumas / depresiškumas	0,1*	0,17**	–	–	–	–	–
Užsisklendimas / depresiškumas	–	0,25**	–	–	–	–	0,09*
Somatiniai skundai	0,18**	0,29**	–	–	–	–	–
Socialiniai sunkumai	-0,14**	-0,1**	-0,15**	–	-0,1*	-0,10*	–
Mąstymo sunkumai	–	0,09*	-0,12**	-0,1*	–	-0,14**	–
Dėmesio sunkumai	-0,26**	–	-0,15**	-0,163**	-0,12*	-0,09*	–
Taisyklių laužymas	-0,16**	0,16**	-0,12**	–	-0,2*	–	0,26**
Agresyvus elgesys	-0,2**	0,29**	-0,12**	-0,126**	-0,12*	-0,09*	0,11**
Internalūs sunkumai	0,11*	–	–	–	–	-0,09*	–
Eksternalūs sunkumai	-0,20**	–	-0,13**	-0,12*	-0,17**	–	0,20**
Bendri sunkumai	-0,13**	0,09*	-0,15**	-0,13**	-0,13**	-0,12**	0,12**

*Pastaba:* Lentelėje pateiktos tik reikšmingos koreliacijos. Žvaigždutės prie skaičiaus nurodo reikšmingumo lygmenį: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

4 lentelė. Klinikinės imties vaikų elgesio ir emocinių sunkumų (pagal YSR) koreliacijos su vaiko lytimi, amžiumi ir šeimos sociodemografiniais kintamaisiais ir gautos pagalbos tipu (Pearsono koeficientas)

	Vaiko lytis	Vaiko amžius	Motinos išsilavinimas	Tėvo išsilavinimas	Šeimos struktūra	Tėvų SES	Gydymosi tipas
Nerimastingumas / depresiškumas	0,27**	0,18**	-0,14**	–	–	-0,20**	–
Užsisklendimas / depresiškumas	0,13**	0,20**	–	–	–	-0,12*	–
Somatiniai skundai	0,27**	0,21**	–	–	–	–	–
Socialiniai sunkumai	–	–	-0,11*	–	–	-0,13*	–
Mąstymo sunkumai	0,15**	0,21**	–	–	–	–	–
Dėmesio sunkumai	–	0,13**	-0,13*	-0,16**	-0,15**	-0,12*	–
Taisyklių laužymas	-0,01**	0,23**	–	-0,11*	-0,16**	–	0,30**
Agresyvus elgesys	–	0,09*	–	-0,14*	-0,18**	-0,17**	0,15**
Internalūs sunkumai	0,27**	0,23**	-0,12*	–	–	-0,17**	–
Eksternalūs sunkumai	–	0,17**	–	-0,14*	-0,18**	-0,12**	0,24**
Bendri sunkumai	0,12**	0,20**	-0,12*	-0,14*	-0,11*	-0,16**	0,10*
Pozityvių Savybių	0,13**	0,13**	–	–	–	–	0,14**

Pastaba: Lentelėje pateiktos tik reikšmingos koreliacijos. Žvaigždutės prie skaičiaus nurodo reikšmingumo lygmenį: \* p < 0,05; \*\* p < 0,01.

5 lentelė. Reprezentacinės imties vaikų elgesio ir emocinių sunkumų (pagal CBCL) ryšiai su vaiko lytimi, amžiumi ir šeimos sociodemografiniais kintamaisiais (Pearsono koeficientas)

	Vaiko lytis	Vaiko amžius	Motinos išsilavinimas	Tėvo išsilavinimas	Šeimos struktūra	Tėvų SES
Nerimastingumas / depresiškumas	0,10***	-0,06***	–	–	–	–
Užsisklendimas / depresiškumas	–	0,126***	-0,06***	-0,06**	-0,08***	-0,06***
Somatiniai skundai	0,19***	0,16***	-0,04*	-0,05**	–	–
Socialiniai sunkumai	0,04*	-0,18***	-0,11***	-0,08***	-0,08***	-0,08***
Mąstymo sunkumai	–	–	-0,06**	–	–	–
Dėmesio sunkumai	-0,08***	-0,06***	-0,07***	-0,07***	-0,05**	–
Taisyklių laužymas	-0,16***	0,13***	–	–	-0,10***	–
Agresyvus elgesys	-0,05**	–	-0,08***	-0,07***	-0,09***	-0,06**
Internalūs sunkumai	0,12***	0,07***	-0,05**	-0,04*	-0,05**	-0,04*
Eksternalūs sunkumai	-0,10***	0,05**	-0,06***	-0,05**	-0,10***	-0,05**
Bendri sunkumai	–	–	-0,08***	-0,07***	-0,08***	-0,05**

Pastaba: Lentelėje pateiktos tik reikšmingos koreliacijos. Žvaigždutės prie skaičiaus nurodo reikšmingumo lygmenį: \* p < 0,05; \*\* p < 0,01 ir \*\*\* p < 0,000.

6 lentelė. *Reprezentacinės imties vaikų elgesio ir emocinių sunkumų (pagal YSR) ryšiai su vaiko lytimi, amžiumi ir šeimos sociodemografiniais kintamaisiais (Pearsono koeficientas)*

	Vaiko lytis	Vaiko amžius	Motinos išsilavinimas	Tėvo išsilavinimas	Šeimos struktūra	Tėvų SES
Nerimastingumas / depresiškumas	0,28***	–	–0,07***	–	–	–
Užsisklendimas / depresiškumas	0,10***	0,09***	–0,10***	–0,09***	–	–0,05*
Somatiniai skundai	0,27***	0,08***	–	–	–	–
Socialiniai sunkumai	0,09***	–0,05*	–0,10***	–0,06*	–	–0,07**
Mąstymo sunkumai	0,09***	0,09***	–	–	–	–
Dėmesio sunkumai	0,07**	0,09***	–	–0,05*	–0,05*	–
Taisyklių laužymas	–0,15***	0,34***	–	–	–	–
Agresyvus elgesys	–	0,17***	–	–	–0,06*	–
Internalūs sunkumai	0,26***	0,07**	–0,08***	–0,05*	–	–
Eksternalūs sunkumai		0,26***	–	–	–0,06*	–
Bendri sunkumai	0,13***	0,14***	–0,06*	–	–0,05–	–
Pozityvios savybės	0,14***	0,06*	0,06**	0,09***		0,08***

*Pastaba:* Lentelėje pateiktos tik reikšmingos koreliacijos. Žvaigždutės prie skaičiaus nurodo reikšmingumo lygmenį: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$  ir \*\*\*  $p < 0,000$ .

### Klinikinės imties vaikų pasiskirstymas pagal gydymosi tipą ir jo sąsajos su psichologinių sunkumų įvertinimais pagal CBCL ir YSR

Surinktų duomenų analizė parodė, jog 45 proc. anketų gauta iš Vilniaus ir 20 proc. iš Kauno respublikinės reikšmės gydymo įstaigų, kurios gydo visos Lietuvos regionų ligonius, todėl negalime teigti, jog duomenų rinkimo vieta artima paciento gyvenamajai vietai. Pacientų gyvenama vieta nebuvo tikslingai fiksuojama šioje studijoje. Klinikinės imties 57,7 proc. ligonių gydėsi ambulatoriškai ir 42,3 proc. – stacionare. Stacionare gydėsi vaikai, kurių amžiaus vidurkis buvo reikšmingai ( $p < 0,000$ ) didesnis nei ambulatorinio tipo gydymo įstaigose.

Koreliacinė duomenų analizė (3 ir 4 lentelės) parodė, jog klinikinės imties gydymosi tipas (ambulatorinis ar stacionarinis) ir vaiko psicho-

loginiai sunkumai pagal daugelį CBCL ir YSR skalių yra reikšmingai susiję. Ypač tai ryšku *Eksternalių sunkumų* skalėje (CBCL:  $r = 0,20$  ir YSR:  $r = 0,24$ ;  $p < 0,01$ ), kuri apima nepaklusnaus, agresyvaus, išoriškai labiau pastebimo elgesio problemas. Stacionare gydomų vaikų ( $M = 70,06$ ;  $SD = 28,16$ ) CBCL *Bendrų sunkumų* skalės įvertinimai statistiškai reikšmingai ( $p < 0,01$ ) aukštesni nei tų, kurie gydėsi ambulatoriškai ( $M = 63,35$ ;  $SD = 28,57$ ). Tokių pat skirtumų rasta ir vertinant sunkumus pagal YSR klausimyną ( $p < 0,05$ ). Šie skaičiai tik patvirtino klinikinę patirtį, jog vaikai, kurių problemos sunkesnės, yra gydomi stacionarinio tipo įstaigose, tačiau skaičiai kartu ir atskleidžia geras tiek CBCL, tiek YSR metodikos diferencines galimybes.

Įdomu, kad vaiko lytis lėmė daugiau stacionarinių pacientų psichologinių problemų sunkumų daugelyje CBCL skalių (*Somatinių skun-*

du – mergaitėms ( $r = 0,21$ ), *Dėmesio sunkumų* – berniukams ( $r = -0,35$ ), *Socialinių problemų* – berniukams ( $r = -0,21$ ), *Bendrų sunkumų* – berniukams ( $r = -0,23$ );  $p < 0,000$ ).

Apibendrinant šiuos rezultatus, galima teigti, jog mūsų tyrimas parodė, kad šeimos struktūra turėjo reikšmingų ( $p < 0,01$ ) sąsajų su gydymosi tipu (51,3 proc. vaikų iš nepilnų šeimų gydėsi stacionare, kai ambulatorinio tipo įstaigų pacientai iš nepilnų šeimų sudarė 40,8 proc.). Motinos išsilavinimas bei šeimos SES pagal ambulatorinio gydymo tipą: tėvų pajamoms mažėjant, ambulatorinio lygio sunkumų ir pagal *Internalių*, ir *Eksternalių* sunkumų skalių įvertinimus, daugėjo.

### Vaikų psichologinių sunkumų prognozavimas pagal CBCL ir YSR remiantis vaiko lytimi, amžiumi, tėvų SES ir šeimos sudėtimi

Daugialypė regresinė analizė buvo atlikta atskirai tėvų bei vaikų savęs vertinamiems psichikos sveikatos sunkumams prognozuoti (7 lentelė). Priklausomais kintamaisiais tapo CBCL ir YSR klausimyno skalių balai, o prognozuojamais (nepriklausomais) – vaiko lytis, vaiko amžius, abiejų lyčių tėvų išsilavinimai, šeimos struktūra ir pajamos vienam asmeniui per mėnesį.

7 lentelėje pateikti standartizuoti regresijos koeficientai (beta), kurie parodo nepriklausomo kintamojo (vaiko ir šeimos socialinių demografinių veiksnių, šeimos SES) įtaką prognozuojamam kintamajam, tačiau mūsų tirtų imčių šie rodikliai nėra dideli. Koeficiento  $R^2$  reikšmės klinikinės imties varijuoja nuo 7 proc. (YSR *Eksternalių sunkumų* skalei) iki 16 proc. (YSR *Internalių sunkumų* skalei) ir paaiškina tik nedidelę dalį prognozuojamojo kintamojo poveikio sklaidos. Rezentacinės imties koeficientas  $R^2$  yra dar mažesnis (2 proc. CBCL Bendrų sunkumų skalei ir 8 proc. YSR *Ekster-*

7 lentelė. Vaikų imčių klinikinės ir reprezentacinės elgesio sunkumų prognostinės galimybės pagal socialinius demografinius kintamuosius. Lentelėje pateikiami standartizuoti regresijos koeficientai (beta)

Socialiniai demografiniai kintamieji	Klinikinė imtis (CBCL)			Reprezentacinė imtis (CBCL)			Klinikinė imtis (YSR)			Reprezentacinė imtis (YSR)		
	Internalūs sunkumai	Eksternalūs sunkumai	Bendri sunkumai	Internalūs sunkumai	Eksternalūs sunkumai	Bendri sunkumai	Internalūs sunkumai	Eksternalūs sunkumai	Bendri sunkumai	Internalūs sunkumai	Eksternalūs sunkumai	Bendri sunkumai
Vaiko lytis	–	–0,27***	–0,19***	0,27***	–0,10***	–	–0,15*	–	–	0,26***	–	0,12***
Vaiko amžius	0,31***	0,10*	0,14**	0,18**	–	–	0,18**	0,17**	–	0,09***	0,28***	0,16***
Motinos išsilavinimas	–	–	–	–	–	–0,05*	–	–	–	–0,06*	–	–
Tėvo išsilavinimas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Šeimos struktūra	–	–0,11*	–	–	–0,1***	–0,1***	–	–	–	–	–	–
SES	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
$R^2$	0,10***	0,10***	0,08***	0,16***	0,03***	0,02***	0,07***	0,08***	0,08***	0,08***	0,02***	0,04***

Pastaba: Lentelėje pateikti tik reikšmingi beta koeficientai. Žvaigždutės prie skaitčiaus nurodo reikšmingumo lygmenį: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$  ir \*\*\*  $p < 0,000$ .

*nalių* bei *Internalių sunkumų* skalei), t. y. sveikų vaikų emocijas bei elgesio problemas prognozuoti pagal minėtus kintamuosius yra sudėtingiau.

## Rezultatų aptarimas

Atlikta pirmoji Lietuvoje plati klinikinė (ir reprezentacinė) imties vaikų tyrimo analizė parodė, jog per mūsų studijas gauti vaikų psichologinių sunkumų sąryšio su tėvų socialiniais demografiniais ir ekonominiais veiksniais analizės rezultatai nedaug skiriasi nuo kitose šalyse atliekamų panašių tyrimų rezultatų.

Pasaulyje atliekamų tyrimų duomenys rodo, kad vaiko lyties ir amžiaus sąsajos su jo emocijiniais ir elgesio sunkumais priklauso nuo tiriamųjų rasės ir socialinių demografinių veiksnių (Wadsworth and Achenbach, 2005; Slabodskaya, 1999; Zilber et al., 1994; Achenbach and Edelbrock, 1983; Apter et al., 1988; Goodman, 1999). Mūsų atliktas tyrimas parodė, kad tiek sveikų, tiek sergančių vaikų, tėvų ir pačių vaikų nuomone, vyresniems (12–18 m.) vaikams būdingos sudėtingesnės emocijų ir elgesio problemos nei jaunesniems. Tėvai buvo linkę pastebėti daugiau berniukų nei mergaičių psichologinių sunkumų. Tai prieštaravo kitų autorių (Broberg et al., 2001) nuomonei, jog būtent mergaitės augdamos turi sudėtingesnių psichologinių sunkumų.

Tirdami atkreipėme dėmesį ir į sergančių vaikų tėvus, kurių dauguma turėjo vidurinį ar aukštesnį išsilavinimą. Manoma, jog kokybiška vaiko priežiūra – tai „šilta, palaikančio pobūdžio su suaugusiuoju interakcija saugioje, sveikoje ir stimuliuojamoje aplinkoje, kur ankstyva edukacija bei pasitikėjimo santykis derinamas su vaiko individualia fiziniu, emociniu, socialiniu ir intelektiniu vystymosi parama“ (Bredenkamp, 1989; cit. pgl. Scarr, 1999, p. 388). Jei namų aplinka yra pagrindinis raidos kontekstas vaikams, tuomet tėvai – emocijiniai globėjai ir sau-

gumo garantas bei elgesio modelis. Vaiko raidai labai svarbūs apsisukaite, tolerantiški tėvai, nebijantys vaiko sunkumų ir gebantys numatyti optimalius problemų sprendimo būdus. Aukštesnį išsilavinimą turintys tėvai labiau linkę priimti vertybes ir požiūrius, palankius vaiko raidai (Anselmi et al., 2004). Mūsų tyrimo rezultatai patvirtino tendenciją, jog ir sveikiems, ir sergantiems psichikos sutrikimais vaikams, kurių tėvai (abiejų lyčių) turėjo aukštesnį išsilavinimą, buvo būdingi ne tokie sudėtingi emocijiniai ir elgesio, ir ypač eksternalūs (išoriniai), sunkumai: mažesnis nerimas, geresnė impulsų kontrolė, susitarimų laikymasis, retesni nemotyvuoto pykčio protrūkiai. Šio tyrimo rezultatai buvo panašūs ir į R. Jusienės ir V. Platkevičiūtės atlikto tyrimo (2003) rezultatus, kurie parodė, kad daugiau emocijų ir elgesio sunkumų turi tie vaikai, kurių motinos turėjo vidurinį ir žemesnį išsilavinimą.

Tikėtina, kad aukštesnis socialinis statusas, suteikiantis tėvams daugiau laisvės bei pasirinkimo, ir jų vaikams suteikia daugiau galimybių patirti vaikiškus poreikius atitinkančius santykius, gyventi geriau stimuliuojamoje namų aplinkoje. Mūsų tyrimas atskleidė, kad yra mažesnių šeimų gaunamų pajamų ir didesnių vaiko emocijų ir elgesio sunkumų sąsaja. Vis tik tyrimų duomenys apie tėvų socialinių, ekonominių ir demografinių veiksnių sąsajas su psichologinėmis vaiko problemomis labai prieštaringi. Daugiausia autorių (Verhulst et al., 2003; Twenge and Campbell, 2002; von Rueden et al., 2006) nurodo, kad šeimos gerovė tiesiogiai (ir netiesiogiai taip pat) daro įtaką vaikų fizinei sveikatai, psichologinei savijautai ir tarpasmeninių santykių kokybei. Nauji tyrimai JAV (Wadsworth and Achenbach, 2005) patvirtino, kad vaikai iš žemesnių socialinių ekonominių sluoksnių turi daugiau psichologinių sunkumų, dažniau serga gretutinėmis ligomis bei lėčiau sveiksta. Remiantis Europos epidemiologinės studijos (von Rue-

den et al., 2006) rezultatais, riboti šeimos materialiniai ištekliai neigiamai veikia jaunesnių vaikų (iki 12 metų) su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, o vyresnių vaikų – ir labai ją pablogina. Kiti tyrimai (Pūras ir kt., 2003; Slabodskaya, 1999; Broberg et al., 2001; Malinauskienė ir Žukauskienė, 2004) rodo, kad socialinis ekonominis šeimos statusas ne visada tiesiogiai siejasi su vaikų problemomis.

Išanalizavę šeimos struktūros ir vaiko psichologinių sunkumų sąryšį pastebėjome, jog kas antras vaikas (arba 51 proc.), gydytas psichiatrijos stacionare, turėjo tik vieną iš tėvų ar gyveno su globėjais. Tikslensniais skaičiavimais, beveik pusė (45,3 proc.) apklaustų klinikinės imties vaikų gyveno su vienu iš tėvų arba globėju, o sveikų vaikų tokių buvo tik 23,22 proc. Kadangi 2001 m. Lietuvos gyventojų ir būstų surašymo duomenimis (Statistikos departamentas, 2006), vieno iš tėvų namų ūkiai sudarė 18,27 proc. visų namų ūkių, tad akivaizdu, kad mūsų tirti sergantys vaikai dažniau nei rodo statistika buvo kilę iš nepilnos šeimos, t. y. iš didesnių socialinių sunkumų patiriamos aplinkos. Gali būti, kad vieno ar abiejų tėvų nebuvimas dar labiau sustiprina riziką menkas pajamas gaunančių šeimų vaikams susirgti, todėl kuriant pagalbos sistemą į šią vaikų ir paauglių grupę reikia kreipti ypač daug dėmesio.

Lyginant klinikinės imties vaikus pagal gydymosi tipą, gauti įdomūs rezultatai, į kuriuos verta atkreipti dėmesį kuriant pagalbos vaikams sistemą Lietuvoje. Mūsų tyrimas atskleidė tendenciją, kad jeigu vaikams būdingi eksternalūs (išoriniai) dėl elgesio kilę sunkumai, Lietuvoje jie dažniau gauna stacionarinę nei ambulatorinę pagalbą. Tai atitinka (McConaughy and Skiba, 1993) atliktos išsamios literatūrinės analizės išvadas, kad išoriniai vaiko elgesio sunkumai yra labiau pastebimi, mažiau toleruojami, geriau diagnozuojami ir vertinami kaip labiau sunkinantys raidą nei internalūs (vidiniai) sunkumai.

P. Wu ir kiti (2001) nurodė, kad jaunuoliai, turintys internalių problemų, rečiau buvo identifikuojami kaip sergantys ir rečiau būdavo gydomi nuo depresinių sutrikimų nei tie, kurie buvo hiperaktyvūs ar nepaklusnūs. Autoriai teigia, kad sergantiems depresija vaikams antidepresinis gydymas teikiamas tik tada, kai iškyla pavojus gyvybei – suicidinių mėginimų ar narkotikų vartojimas. Ištyrus 7 skirtingų kultūrų (australų, kinų, žydų, jamaikiečių, olandų, turkų ir amerikiečių) vaikus, nustatyta (Verhulst et al., 2003), jog psichinės sveikatos problemų tendencijos išlieka panašios, taigi nemaža tikimybė, kad ir Lietuvoje vaikai (o ypač mergaitės), turintys internalių sunkumų, laiku negauna pakankamos pagalbos.

Sunku vienareikšmiškai vertinti internalių ir eksternalių sunkumų santykį su vaiko supančios aplinkos socialiniais demografiniais veiksniais bei jų daroma įtaka vaiko raidai. I. Bongers su bendraautoriais atliktoje longitudinalinėje studijoje nustatė, kad daugelis elgesio sunkumų keičiasi vaikui augant ir kad mergaičių ir berniukų raidos trajektorijos yra skirtingos (Bongers et al., 2003). Todėl yra tikslinga prognozuoti, kurie iš mūsų tiriamų socialinių, psichologinių bei aplinkos veiksnių galėtų daryti įtaką vaiko patiriamoms emocijoms bei elgesio sunkumams. Analizuojant tyrimo rezultatus išryškėjo, kad nė vienas iš tirtų prognozuojamų veiksnių neleidžia patikimai numatyti ir prognozuoti vaiko emocijų ir elgesio sunkumų. Tai patvirtina raidos psichopatologijos keliamas prielaidas, jog vaikų psichinės sveikatos nuokrypis formuojasi dėl daugelio sudėtingų priežasčių (Wenar, 2005) – ne tik dėl užsitęsusių rizikos veiksnių poveikio.

Apibendrinant rezultatus, vaiko lytis bei amžius ir jo šeimos socialiniai, ekonominiai bei demografiniai rodikliai susiję su jo emocijiniais bei elgesio sunkumais, tačiau vien šių rodiklių nepakanka prognozuojant galimus raidos proceso nukrypimus. Mūsų tyrimas parodė, kad, ma-

žėjant ir taip negausioms šeimos pajamoms, vaiko emocinių ir elgesio sunkumų įvertinimai didėja.

1–4 prieduose pateikiami patikslinti CBCL, TRF ir YSR probleminių skalių vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai bei patikslintos CBCL6 / 18, TRF618 ir YSR11 / 18 normos ir šitaip atitaisoma klaida, įsivėlusį pateikiant CBCL, TRF ir YSR standartizavimo duomenų lenteles (Žukauskienė ir Kajokienė, 2006).

## **TYRIMO RIBOTUMAI IR SIŪLYMAI**

Viso tyrimo metu buvo stengiamasi kuo daugiau patenkinti epidemiologiniams tyrimams keliamus metodologinius reikalavimus, tačiau mums nepavyko išvengti kai kurių problemų, galėjusių daryti įtaką tyrimo rezultatams. Atlikome vienpakopę skerspjūvio metodo klinikinės imties studiją, turinčią nemažą metodologinių trūkumų. Kaip jau buvo minėta, dalyvavimas tiriant buvo savanoriškas, dėl to nebuvo surinkta informacija apie galėjusius atsisakyti vaikus bei sužinoti atsisakymo dalyvauti tiriant motyvus. Vertinga būtų į tyrimo anketą įtraukti duomenis apie tikslią vaiko gyvenamąją vietovę.

Informacija apie vieną vaiką buvo gauta iš keleto šaltinių (ligos istorijos, psichologo apklausos, tėvų anketos ir kartais – iš paties vaiko). Dėl to iškyla papildomų metodologinių problemų: informacijos šaltinių suderinamumo ir patikimumo. Kyla aktualus klausimas dėl tyrėjų kompetencijos lygmens vienodumo.

Mūsų tyrimas rėmėsi istoriškai susiklosčiusia mokslo tyrimo krypties (tyrinėti sunkumus,

ne vaiko galias) tradicija. Dėl šioje studijoje nepanaudotų kompetencijos skalės balų liko neišsiaiškinta, kiek gautų psichikos sveikatos sunkumų būtų galima paaiškinti ne rizikos, o atsparumą didinančių vaiko galių veikimu. Tačiau šią spragą galima užpildyti jau surinktų duomenų pagrindu parengus kitas publikacijas.

## **Išvados**

1. Klinikinės imties labiau nei reprezentacinės imties vaikams būdingi didesni emocijų ir elgesio sunkumai.

2. Geriau išsilavinę tėvai padeda vaikams geriau adaptuotis ir tai galima sieti su mažesniais vaikams kylančiais psichologiniais sunkumais.

3. Gaunančių mažesnes pajamas šeimų vaikai turėjo daugiau emocinių bei elgesio sunkumų.

4. Vaikams iš nepilnų šeimų būdingi sudėtingi emociniai ir elgesio sunkumai.

5. Stacionarinė pagalba dažniau buvo teikiama tiems klinikinės imties vaikams, kurie turėjo išorinių ryškesnių (eksternalių) sunkumų.

6. Nė vienas iš tirtų prognozuojamųjų veiksnių (lytis, amžius, tėvų SES) neleidžia patikimai prognozuoti vaiko emocinių ir elgesio sutrikimų. Tai patvirtina šiuolaikinės raidos psichopatologijos tyrimo tendencijas, teigiančias, kad vaiko raida ir psichopatologija yra nuolat veikiama daugelio tuo pačiu metu darančių įtaką rizikos, pažeidžiamumo ir apsauginių veiksnių bei priemonių.

Straipsnio autorės nuoširdžiai dėkoja visiems tiriant dalyvavusiems kolegoms psichologams bei gydytojams – svariai ir kruopščiai prisidėjusiems renkant duomenis.

## LITERATŪRA

- Achenbach T. M., Edelbrock C. Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Baviour Profile. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington, VT, 1983.
- Achenbach T. M., Rescorla L. A. Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth, and Families, 2001.
- Anselmi L., Piccinini C., Barros F., Lopes R. Psychosocial determinants of behaviour problems in Brazilian preschool children // *Journal of Child psychology and psychiatry*. 2004, vol. 45(4), p. 779–788.
- Apter A., Offer R., Blumenson R., Tyano S. Use of the Child Behavior Checklist in an Israeli adolescent psychiatric unit // *Acta psychiatrica Scandinavica*. 1988, vol. 78, p. 96–101.
- Barkauskienė R., Bieliauskaitė R. Mokymosi negalią turinčių vaikų elgesio ir emocijų sunkumai // *Medicina*. 2002, t. 38, nr. 4, p. 439–443.
- Bongers I. L., Koot H. M., Van der Ende J., & Verhulst F. C. (2003). The normative development of children and adolescent problem behavior // *Journal of Abnormal Psychology*. 2003, vol. 112, p. 179–192.
- Broberg G., Ekeroth K., Gustafsson P. A., Hansson K., Hägglöf B., Ivarsson T., Larsson B. Self-reported competencies and problems among Swedish adolescents: A normative study of the YSR // *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2001, vol. 10 (3), p. 186–193.
- Cicchetti D., Rogosch F. A developmental psychopathology perspective on adolescence // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002, vol. 70 (1), p. 6–20.
- Cicchetti, D., & Sroufe, L. A. Editorial: The past as prologue to the future: The times, they've been a-changin' // *Development and Psychopathology*, 2000, vol. 12, p. 255–264.
- Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New York: Lawrence Earlbaum Associates, 1988.
- Diomšina B., Vyčiniene D. Vaikų ir paauglių nerimo sutrikimai. Psichoterapijos kryptys // *Medicina*. 2002, t. 38, nr. 4, p. 466–470.
- Giedraitytė M., Bieliauskaitė R. Psichologinis atsparumas vaikystėje: sampratos problematika // *Psichologija*, 2006, t. 34, p. 7–17.
- Goodman E. The role of socioeconomic status gradients in explaining differences in US adolescents' health // *American Journal of Public Health*. 1999, vol. 89, no 10, p. 1522–1529.
- ITC, 2000 (Tarptautinis testų naudojimo reglamentas). Vilnius: VU Specialiosios psichologijos laboratorija, 2003.
- Jusienė R., Ražienė S. Ikimokyklinio amžiaus vaikų emocijų ir elgesio sunkumų vertinimas CBCL / 1,5–5 ir C-TRF diagnostikos kriterijais (DSM) pagrįstomis skalėmis // *Psichologija*. 2006, t. 34, p. 44–56.
- Jusienė R., Platkevičiūtė V. Motinų streso įveikimo būdai ir vaikų emocijų bei elgesio sunkumai // *Psichologija*. 2003, t. 27, 1–12.
- Jusienė R., Bieliauskaitė R., Cimbališienė L. Fenilketonurija sergančių vaikų emocinės ir elgesio problemos // *Psichologija*. 2002, t. 25, p. 28–43.
- Kalpokiene V., Gudaitė G. Elgesio sutrikimų turinčių paauglių Ego funkcijos ir jų ryšys su įveikos strategijomis // *Psichologija*. 2007, t. 35, p. 42–54.
- Lesinskiene S., Vilūnaitė E., Paškevičiūtė B. Autizmo sutrikimą turinčių vaikų raidos ypatumai // *Medicina*. 2002, t. 38, Nr. 4, p. 405–411.
- Lesinskiene S., Pūras D., Kajokienė A., Šenina J. Autizmo sutrikimą turinčių vaikų slaugos ypatumai // *Medicina*. 2002, t. 38, Nr.4, p. 412–419.
- Leskauskas D. Ryšys tarp paauglių mergaičių bandymų žudyti ir rizikos veiksnių šeimoje // *Medicina*. 2002, t. 38, Nr.4, p. 387–392.
- Malinauskienė O., Žukauskienė R. Paauglių emociniai ir elgesio sunkumų sąsajos ir pokyčiai per trejus metus: amžiaus ir lyties ypatumai // *Psichologija*. 2007, t. 35, p. 19–29.
- Malinauskienė O., Žukauskienė R. Paauglių depresijos simptomų, savivertės, šeimos socialinio-ekonominio statuso ir tėvų auklėjimo stiliaus sąsajos // *Psichologija*. 2004, t. 30, p. 1–15.
- McConaughy S. H., Skiba R. J. Comorbidity of externalizing and internalizing problems // *School Psychology Review*. 1993, vol. 22 (3), p. 421–427.
- Pūras D., Povilaitis R., Stanislavovienė J. Skurdas kaip rizikos veiksnys psichikos sveikatos problemoms atsirasti // *Psichologija*. 2003, t. 28, p. 1–15.
- Reynolds L. K., O'Koon J. H., Papademetriou E., Szczygiel S., Grant K. E. Stress and somatic complaints in low-income urban adolescents // *Journal of Youth and Adolescence*. 2001, vol. 30, No. 4, p. 499–514.
- Rescorla L. A., Achenbach T. M., Ivanova M. I., Dumenci L., Almqvist F., Bilenberg N., Bird H., Dornik A., Döpfner M., Erol N., Fornis M., Hannesdotir H., Kanbayashi Y, Lambert M., Leung P, Metzke



- C. W., Minaei A., Mulatu M. S., Novik T., Roussos A., Sawyer M., Simsek Z., Steinhausen H. C., Weintraub S., Wolanczyk T., Zilber N., Zukauskiene R., Verhulst F. Epidemiological comparisons of problems and Positive Qualities reported by adolescents in 24 countries // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2007, vol. 75 (2), p. 351–358.
- Ribakovienė V. Bandžusių žudytis paauglių internalūs ir eksternalūs sunkumai // *Medicina*. 2002, t. 38, nr. 4, p. 398–404.
- von Rueden U., Gosch A., Rajmil L., Bisegger C., Ravens-Sieberer U. The European KIDSCREEN group // *Journal of Community Health*. 2006, vol. 60, p. 130–135.
- Rutter M. Resilience concepts and findings: Implications for family therapy // *Journal of Family Therapy*. 1999, vol. 21, p. 119–144.
- Scarr S. American child today / In A. Slater and D. Muir (Eds.). *The Blackwell Reader in developmental psychology*. London: Blackwell Publishers. 1999, p. 375–401.
- Slabodskaya H. R. Competence, emotional and behavioral problems in Russian adolescents // *European Child & Adolescent Psychiatry*. 1999, vol. 8 (3), p. 173–180.
- Sondaitė J., Žukauskienė R. Paauglių socialinės strategijos ir emocinės elgesio problemos // *Psichologija*. 2004, t. 29, p. 1–9.
- Sroufe A.L., Rutter M. The domain of developmental psychopathology / In A. Slater and D. Muir (Eds.). *The Blackwell Reader in developmental psychology*. London: Blackwell Publishers. 1999, p. 535–554.
- Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės, 2006 // <https://www.stat.gov.lt/lt/pages/view?id=1335> (žiūrėta 2007 10 15).
- TLK-10 psichikos ir elgesio sutrikimai: klinika ir diagnostika. Lietuvos psichiatrų asociacija. Leidybos komitetas, Pasaulinė sveikatos organizacija; redagavo R. Buinevičius, A. Dembinskas; vertė V. Danilevičiūtė ir kt. Kaunas: Medicina, 1997.
- Twenge J. M., Campbell W. K. Self-esteem and socioeconomic status: A meta-analytic review // *Personality and Social Psychology*. 2002, vol. 6, no 1, p. 59–71.
- Vaitkevičius R., Saudargienė A. Statistika su SPSS psichologiniuose tyrimuose. Kaunas: VDU, 2006.
- Verhulst F. A review of community studies / In F. C. Verhulst & H. M. Koot (Eds.). *The epidemiology of child and adolescent psychopathology*. London: Oxford University Press, 1995, p. 146–177.
- Verhulst F., Achenbach T. M., Akkerhuis G. Problems reported for clinically referred American and Dutch children // *Journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry*. 1989, vol. 28(4), p. 516–524.
- Verhulst F., van Der Ende J. Agreement between parents' report and adolescents' self-reports of problem behavior // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1992, vol. 33, p. 1011–1023.
- Verhulst F., Achenbach T. M., van der Ende J., Nese Erol N., Lambert M., Leung P. W. L., Silva M. A., Zilber N., Zubrick S. R. Comparisons of problems reported by youths from seven countries // *American Journal of Psychiatry*. 2003, vol. 160, p. 1479–1485.
- Volkmar F. R. Classification in child and adolescent psychiatry: Principles and issues / In: Lewis I. M. (Ed.). *Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1991, p. 415–434.
- Wadsworth M., Achenbach T. M. Explaining the link between low socioeconomic status and psychopathology: Testing two mechanisms of the social causation hypothesis // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2005, vol. 73, p. 1146–1153.
- Wenar Ch. The developmental psychopathology approach / In: Ch. Wenar and P. Kerig (Eds.). *Developmental psychopathology. From infancy through adolescence*. New York: McGraw Hill, 2005, p. 315.
- Wu P., Hoven C., Cohen P., Liu X., More R., Tiet Q., Okezie N., Wicks J., Bird H. Factors associated with use of mental health services for depression by children and adolescents // *Psychiatry Services*. 2001, vol. 52, p. 189–195.
- Zilber N., Auerbach J., Lerner Y. Israeli norms for the Achenbach child behavior checklist: Comparison of clinically-referred and non-referred children // *Israeli Journal of Psychiatry and Related Sciences*. 1994, vol. 31(1), p. 5–12.
- Žukauskienė R., Ignatavičienė K. Kai kurie lietuviškos CBCL4 / 18 versijos psichometriniai rodikliai // *Psichologija*. 2001, t. 24, p. 38–47.
- Žukauskienė R., Ignatavičienė, K. Daukantaitė, D. Subscales scores of the Lithuanian version of CBCL: Preliminary data on the emotional and behavioral problems in childhood and adolescence // *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2003, vol. 12, p. 136–143.
- Žukauskienė R., Pilkauskaitė-Valickienė R., Malinauskienė O., Kratavičienė R. Evaluating behavioral and emotional problems with the Child Behavior Checklist and Youth Self-Report scales: Cross-informant and longitudinal associations // *Medicina*. 2004, vol. 40 (2), p. 169–177.
- Žukauskienė R., Kajokienė I. CBCL, TRF ir YSR metodikų standartizavimas naudojant 6–18 metų Lietuvos vaikų imties duomenis // *Psichologija*. 2006, t. 33, p. 31–45.

## EMOTIONAL AND BEHAVIORAL PROBLEMS OF REFERRED AND NON-REFERRED CHILDREN: ANALYSIS OF ASSOCIATIONS WITH FAMILY SOCIO-DEMOGRAPHIC VARIABLES

Ilona Kajokienė, Rita Žukauskienė

### Summary

The focus of this paper – analysis of associations of emotional and behavioral problems of referred and non-referred children with family socio-demographic variables. For this purpose, we used data from clinical sample (N = 780) that consists from children placed for treatment to child psychiatry centers and mental health centers, and data from representative sample (referred children are excluded) (N = 3191). World-wide known ASEBA instruments CBCL6/18 and YSR 11/18 were applied in this research to evaluate children's emotional and behavioral problems, also a questionnaire to collect data on socio-demographic variables about child and his family. We made comprehensive analysis of social, demographic, economic variables in relation to emotional and behavioral problems assessed by CBCL and YSR, also comparison between clinical and representative groups were made.

Results show that gender was important variable influencing level of internal and external problems both in clinical and representative samples. Age was

more important determinant in representative group. Children from incomplete families showed higher levels of emotional and behavioral disturbances (particularly, external). Children from clinical sample from incomplete families more often were receiving in-patient treatment rather than outpatient treatment. Better educational background (especially that of mothers) was important social factor determining lower levels of psychological problems in both clinical and representative samples. Family SES (income per person) negatively correlated with most CBCL and YSR scales scores, although there were no significant relations with Somatic Complaints and Rule Breaking Behavior scales. Prognostic power of socio-economic, demographic variables to predict child behavioral and emotional problems was assessed.

In addition, revised norms for CBCL6/18, TRF6/18 and YSR11/18 are enclosed.

**Key words:** Child development, emotional and behavioral problems, socio-economic status, clinical sample, non-referred sample.

*Įteikta 2007-09-11*

1 priedas. Lietuvos reprezentacinės imties CBCL, TRF ir YSR probleminių skalių vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai (skliausteliuose) pagal lytį ir amžių (išskyrus vaikus, kurie kreipėsi pagalbos per paskutinius 6 mėn.)

Skalė	CBCL				TRF				YSR	
	Bermiukai		Mergaitės		Bermiukai		Mergaitės		Bermiukai	Mergaitės
	6-11m. (n = 648)	12-18m. (n = 844)	6-11m. (n = 707)	12-18m. (n = 861)	6-11m. (n = 677)	12-18m. (n = 869)	6-11m. (n = 729)	12-18m. (n = 873)	11-18m. (n = 944)	11-18m. (n = 990)
Nerimastingumo / depresiskumo	4,28 (3,2)	3,25 (2,79)	4,26 (3,06)	4,45 (3,50)	4,01 (3,36)	3,36 (3,27)	4,36 (3,48)	4,62 (3,8)	4,41 (3,23)	6,63 (4,19)
Užsisklendimo / depresiskumo	1,87 (1,98)	2,19 (2,27)	1,62 (1,80)	2,36 (2,32)	2,02 (2,29)	2,77 (2,69)	1,85 (2,25)	2,39 (2,57)	2,86 (2,47)	3,36 (2,65)
Somatinių skundų	1,69 (2,08)	1,96 (2,39)	2,18 (2,44)	3,3 (2,89)	0,72 (1,41)	0,98 (1,7)	0,99 (1,69)	1,55 (2,06)	2,51 (2,44)	4,07 (3,04)
Socialinių sunkumų	3,59 (2,91)	2,36 (2,46)	3,42 (2,66)	2,81 (2,69)	2,88 (2,80)	2,29 (2,46)	2,30 (2,46)	2,07 (2,34)	3,92 (3,01)	4,54 (3,40)
Mąstymo sunkumų	1,9 (1,93)	1,78 (2,38)	1,73 (1,86)	2,03 (2,25)	0,89 (1,46)	0,61 (1,26)	0,58 (1,20)	0,48 (0,98)	2,58 (2,59)	3,09 (2,92)
Dėmesio sunkumų	5,48 (3,36)	4,80 (3,39)	4,55 (3,15)	4,57 (3,16)	10,62 (8,75)	10,83 (8,63)	6,54 (6,77)	5,84 (5,89)	5,62 (3,00)	6,08 (2,95)
Taisyklių laužymo	2,89 (2,39)	3,46 (3,50)	2,02 (1,96)	2,64 (2,59)	2,33 (2,79)	3,84 (4,13)	1,24 (1,93)	1,95 (2,78)	5,17 (3,74)	4,12 (3,31)
Agresyvaus elgesio	6,50 (4,92)	5,56 (4,89)	4,98 (4,23)	5,91 (4,66)	5,38 (6,84)	5,47 (6,43)	2,90 (4,46)	3,28 (4,32)	7,83 (5,00)	8,23 (4,84)
Internalių sunkumų	7,84 (5,92)	7,41 (6,22)	8,05 (6,07)	10,12 (7,39)	6,75 (5,74)	7,41 (6,32)	7,20 (6,04)	8,56 (6,99)	9,79 (7,01)	14,06 (8,48)
Eksternalių sunkumų	9,39 (6,83)	9,02 (7,83)	6,99 (5,76)	8,55 (6,71)	7,71 (9,29)	9,31 (9,84)	4,14 (6,02)	5,23 (6,51)	13,00 (8,01)	12,35 (7,49)
Bendrų sunkumų	31,61 (19,11)	27,95 (20,88)	27,94 (18,15)	30,90 (20,53)	29,45 (23,87)	31,23 (23,96)	21,23 (18,97)	22,79 (18,95)	38,17 (20,67)	43,86 (22,90)
Pozityvių savybių									18,18 (4,29)	19,42 (4,17)

2 priedas. CBCL įverčiai pirminiais balais, atitinkančiais 84, 92, 93 bei 98 procentilius, ir T balais, atitinkančiais 60, 64, 65 bei 70 procentilius

	T balai	Procentiliai	Pirminiais balais										Bendrų sunkumų					
			Nerimas-tingumo / depresijos kumo	Užsis-klendimo / depresijos kumo	Soma-tinių sunkumų	Socialinių sunkumų	Mąstymo sunkumų	Dėmesio sunkumų	Taisyklių laužymo	Agresyvaus elgesio	Interna-lių sunkumų	Ekster-nalių sunkumų						
6–11 m. berniukai n = 646	60	84													13	16	49	
	64	92													18	20	64	
	65	93	10	5	8	11	5	11	6	15								
	70	98	12	7	11	13	7	13	9	19								
6–11 m. mergaitės n = 703	60	84													14	12	45	
	64	92													17	16	54	
	65	93	9	5	8	10	5	10	5	12								
	70	98	12	7	10	12	6	12	6	16								
12–18 m. berniukai n = 828	60	84													13	16	46	
	64	92													17	19	56	
	65	93	8	6	6	10	5	10	9	13								
	70	98	11	8	9	13	8	13	12	17								
12–18 m. mergaitės n = 846	60	84													17	15	51	
	64	92													21	19	61	
	65	93	10	6	8	10	6	10	7	14								
	70	98	13	8	10	12	8	12	9	17								

**1 pastaba.** Reikia skirtingai interpretuoti probleminių skalių ir išvestinių (*Internalių, Eksternalių ir Bendrų sunkumų*) skalių įvertinimus pagal procentilius ar T balus. Balai, kuriuos jūs gavote įvertinę CBCL klausimyno **problemines** skales per T-70 arba daugiau negu 98 procentiliai, t. y. vaiko sunkumai pagal šią skalę patenka į nuokrypio zoną ir juos reikia vertinti kaip potencialiai keliančius pavojų sėkmingai vaiko adaptacijai. Balais tarp 93 ir 98 procentilio yra žymima rizikos zona (*borderline scores* – ang.).

**2 pastaba.** CBCL klausimyno *Internalių bei Eksternalių sunkumų* ir *Bendrų sunkumų skalių* balai, esantys per 92 procentilius (atitinkamai per T-64 balus) vertintini kaip patenkantys į nuokrypio zoną. Balais tarp 84 ir 92 procentilių yra žymima rizikos zona (*borderline score* – ang.). *Internalių* bei *Eksternalių* ir *Bendrų sunkumų* skalėse.

3 priedas. YSR įvertėnai pirminiams balais, atitinkančiais 84, 92, 93 bei 98 procentilius, ir T balais, atitinkančiais 60, 64, 65 bei 70 procentilių

	T balai	Procentiliai	Pirminiai balais														
			Nerimastingumo / depresijos kumo	Užsikendimo / depresijos kumo	Somatinių skundų	Socialinių sunkumų	Mąstymo sunkumų	Dėmesio sunkumų	Taisyklių žymio	Agresyvaus elgesio	Internalių sunkumų	Eksternalių sunkumų	Bendrųjų sunkumų				
11–18m. berniukai n = 960	60	84													16	21	59
	64	92													20	25	69
11–18 m. mergaitės n = 1006	65	93	10	7	7	9	7	10	11	16							
	70	98	13	9	9	11	9	12	15	20							
	60	84													22	20	67
	64	92													27	24	78
	65	93	14	8	9	10	8	10	10	16							
	70	98	17	9	12	13	11	12	13	19							

**1 pastaba.** Reikia skirtingai interpretuoti **probleminių skalių ir išvestinių (Internalių, Eksternalių ir Bendrųjų sunkumų)** skalių įvertinimus pagal procentilius ar T balus. Balai, kuriuos jūs gavote įvertinę YSR klausimyno **problemines skales** per T-70 arba daugiau negu 98 procentilius, rodo, kad vaiko sunkumai pagal šią skalę patenka į nuokrypio zoną ir juos reikia vertinti kaip potencialiai keliančius pavojų sėkmingai vaiko adaptacijai. Balai tarp 93 ir 98 procentilių yra rizikos zona (borderline scores – ang.).

**2 pastaba.** YSR klausimyno **Internalių bei Eksternalių sunkumų** ir **Bendrųjų sunkumų skalių** balai, esantys daugiau negu 92 procentilio (atitinkamai per T-64 balus) vertintini kaip patenkantys į nuokrypio zoną. Balais tarp 84 ir 92 procentilių yra žymima rizikos zona (*borderline score – ang.*) *Internalių* bei *Eksternalių* ir *Bendrųjų sunkumų* skalėse.

4 priedas. TRF įvertiniai pirminiais balais, atitinkančiais 84, 92, 93 bei 98 procentilius, ir T balais, atitinkančiais 60, 64, 65 bei 70 procentilių

	T balai		Pirminiais balais										Bendrų sunkumų
	Procentiliai		Nerimas-tingumo / depresijos kumo	Užsisklendimo / depresijos kumo	Somatinių skundų	Socialinių sunkumų	Mąstymo sunkumų	Dėmesio sunkumų	Taisyklių laužymo	Agresyvaus elgesio	Internalių sunkumų	Eksternalių sunkumų	
6–11 m. berniukai n = 646	60	84									13	16	52
	64	92									16	23	69
	65	93	10	6	3	8	3	26	7	19			
	70	98	12	8	5	10	5	32	10	26			
6–11 m. mergaitės n = 703	60	84									13	8	36
	64	92									17	13	49
	65	93	10	6	4	7	2	19	4	11			
	70	98	13	8	6	9	4	25	7	17			
12–18 m. berniukai n = 828	60	84									13	19	54
	64	92									17	25	70
	65	93	9	7	4	7	3	25	11	17			
	70	98	12	10	6	9	4	32	15	25			
12–18 m. mergaitės n = 846	60	84									15	11	41
	64	92									20	16	53
	65	93	11	7	5	6	2	17	7	11			
	70	98	15	10	7	8	4	21	10	17			

**1 pastaba.** Reikia skirtingai interpretuoti **probleminių** skalių ir **išvestinių** (*Internalių, Eksternalių ir Bendrų sunkumų*) skalių įvertinimus pagal procentilius ar T balus. Balai, kuriuos jūs gavote įvertinę TRF klausimyno **problemines** skales per T-70 arba daugiau negu 98 procentiliai, yra vaiko sunkumai pagal šią skalę ir patenka į nuokrypio zoną, juos reikia vertinti kaip potencialiai keliančius pavojų sėkmingai vaiko adaptacijai. Balais tarp 93 ir 98 procentilių yra žymima rizikos zona (*borderline scores* – ang.).

**2 Pastaba.** TRF klausimyno **Internalių bei Eksternalių sunkumų** ir **Bendrų sunkumų skalių** balai, esantys daugiau kaip 92 procentiliai (atitinkamai per T-64 balus), vertintini kaip patenkantys į nuokrypio zoną. Balais tarp 84 ir 92 procentilių yra žymima rizikos zona (*borderline score* – ang.). *Internalių* bei *Eksternalių* ir *Bendrų sunkumų* skalėse.