



УДК 159.953

М. Л. Аряєв, чл.-кор. НАМН України, д-р мед. наук, проф.,
Л. І. Сеньківська

ПРОБЛЕМИ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ, ЯКІ ПОТЕРПІЛИ ВІД ПСИХОЕМОЦІЙНОГО НАСИЛЬСТВА

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 159.953

Н. Л. Аряев, Л. И. Сеньковская

ПРОБЛЕМЫ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАСИЛИЯ

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

В статье рассмотрены клинические последствия перенесенного психологического стрессирования у детей. Наиболее выраженными из них оказались хронические расстройства гастродуоденальной зоны (гастродуодениты, дискинезия желчевыводящих путей), белково-энергетическая недостаточность и отоларингологическая патология (хронический тонзиллит, хронический гайморит, аденоидные вегетации), а также представлены когнитивные нарушения, такие как снижение памяти, устойчивости внимания, низкий уровень восприятия, плохая переработка информации, низкая работоспособность и медленная концентрация внимания. Высокая социальная значимость проблемы представляет основу для разработки новых эффективных протоколов восстановительного лечения с использованием психологической коррекции и медикаментозной терапии и реабилитации у детей, пострадавших от психологического насилия.

Ключевые слова: психоэмоциональное насилие, когнитивные нарушения.

UDC 159.953

M. L. Aryayev, L. I. Senkivska

THE PROBLEMS OF COGNITIVE DISORDERS IN CHILDREN SUFFERED FROM EMOTIONAL ABUSE

The Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

Emotional abuse is the most frequent type of child abuse with very serious consequences for child health. The article devoted to the clinical consequences in children suffered from emotional abuse. The most expressed of these were chronic gastroduodenal disorders (gastroduodenitis, biliary dyskinesia), protein-energy malnutrition and otolaryngological pathology (chronic tonsillitis, chronic sinusitis, adenoid vegetations) and cognitive disorders stability, low level of perception (memory, attention), poor information processing, low efficiency.

High social significance of the problem is the background for developing of new effective protocols by using of psychological correction, medical treatment and rehabilitation in children suffered from emotional abuse.

Key words: psychoemotional abuse, cognitive disorders.

Проблема жорстокого поводження в сім'ї належить сьогодні до найбільш гострих, а формування особливостей самосвідомості та когнітивних порушень у дітей, що переживають насильство, все частіше виявляється у фокусі уваги урядових і громадських організацій, а також фахівців різного профілю [1].

Жорстоке поводження та насильство, вчинені щодо дитини, за своїми наслідками зараховують до найважчих психоемоційних травм, які призводять до розвитку посттравматичного стресового розладу, гострого шоку, невротичних і реактивних психотичних розладів [3]. Одним із на-

слідків жорстокого поводження з дітьми є когнітивні порушення, що мають серйозне значення з медико-соціальної точки зору [2; 3].

Останнім часом відзначається занадто широке діагностичне трактування синдрому когнітивного дефіциту, що визначався раніше як мінімальна церебральна мозкова дисфункція, а з розширенням нейропсихологічних знань — як синдром дефіциту уваги та гіперактивності [3; 4].

Когнітивні порушення в сучасному розумінні — це збірне позначення різних порушень вищих мозкових функцій внаслідок розладу процесів одер-

жання, переробки й аналізу інформації. Вони зазвичай пов'язані з органічним ураженням великих півкуль головного мозку. Розлад функцій може виражатися в порушенні пам'яті, уваги, психомоторної координації, мови, гнозису, праксису, рахунку, мислення, орієнтації, планування та контролю психічної діяльності [5].

Порушення розвитку і зростання дитини накладають обмеження не тільки на прояви особистості, її формування, а й призводять до соціальної дезадаптації жертв насильства [6]. Клінічно це може призводити до розвитку трьох основних синдромів: синдрому дефіциту уваги та гіперактивності, психовегетативних і астеноневротичних синдромів [6–8].

Мета дослідження — вивчити когнітивні порушення у дітей, які потерпіли від психоемоційного стресування.

Були поставлені такі завдання:

- виявити наявність супровідної соматичної патології у дітей — жертв насильства;
- установити рівень концентрації та стійкості уваги у дітей, які потерпіли від психологічного стресування;
- оцінити точність і швидкість переробки інформації у дітей — жертв психологічного насильства;
- установити рівень сприйняття у дітей, які зазнали психологічного насильства.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводили в Одеській КУ «Притулок № 1 для дітей служби у справах дітей Одеської міської ради» та загальноосвітній школі Одеси. Клінічне обстеження й оцінка стану пам'яті, рівня концентрації та стійкості уваги, точності і швидкості переробки інформації та рівня сприйняття проводили за участі невролога і психолога.

У когорту дослідження когнітивних порушень у дітей, що потерпіли внаслідок жорстокого поводження, було включено 120 дітей основної групи, які зазнали психологічного стресування, і 100 дітей контрольної групи без ознак жорстокого поводження, віком 6–17 років.

Психологічне обстеження включало бесіду з дитиною відповідно до правил психологічної підтримки дітей і принципів біомедичної етики. Психологічне тестування починали зі встановлення контакту та створення умов для довірчих, доброзичливих стосунків, атмосфери розуміння й активної участі в роботі групи. Проводили спостереження за поведінкою дітей у процесі виконання завдань. Це сприяло формуванню початкових уявлень про особливості порушення поведінки, характер когнітивних порушень, відношення до запропонованого психологічного тесту та взаємодії із зовнішнім світом та іншими дітьми в конкретних життєвих ситуаціях.

Оцінку рівня когнітивних функцій у дітей проводили за допомогою таких методик:

1. Методику О. Р. Лурії «Заучування 10 слів» застосовували з метою діагностики стану пам'яті (запам'ятовування, збереження та відтворення).

2. Тест Тулуз — П'єрона (у модифікації Л. А. Ясюкової, 1997) спрямований на вивчення властивостей уваги (концентрації, стійкості, переключення) та психомоторного темпу, а також оцінює точність і швидкість переробки інформації, вольову регуляцію, особисті характеристики працездатності в часі. Коефіцієнт точності виконання тесту Тулуз — П'єрона характеризує розвиненість довільної уваги, здатність до довільної концентрації і є основним показником для діагностики мінімально-мозкових дисфункцій.

3. Методику Д. Векслера (субтест № 8 «Відсутні деталі») використовували для діагностики сприйняття та зорової спостережливості, а також здатності виявити суттєві ознаки відмінності. Дітям пропонували 21 картку, де були зображені картинки з відсутньою деталлю, яку необхідно підібрати за подібністю із запропонованих варіантів.

Результати дослідження та їх обговорення

При об'єктивному та параклінічному обстеженнях дітей як основної, так і контрольної груп досить часто виявляли супровідну соматичну патологію. Білково-енергетичну недостатність відзначали у 28 (23,3 %) дітей основної групи і у 6 (6,0 %) дітей контрольної групи. Реєстрували порушення з боку шлунково-кишкового тракту: дискінезія жовчних шляхів — у 64 (53,3 %) дітей основної групи порівняно з контрольною — 40 (40,0 %), хронічний гастродуоденіт — у 52 (43,3 %) дітей основної і 27 (27,0 %) — контрольної групи. Патологію з боку носоглотки (хронічний тонзиліт, хронічний гайморит, аденоїдні вегетації) виявлено у 57 (47,5 %) дітей основної групи порівняно з 38 (38,0 %) дітьми в контрольній групі. Алергічні реакції (атопічний дерматит, бронхіальна астма) відмічені у 49 (40,8 %) дітей основної та у 31 (31,0 %) пацієнта контрольної групи. У 5 (4,2 %) дітей основної групи порівняно з 3 (3,0 %) в контрольній групі реєстрували міопію різного ступеня вираженості. Пролапс мітрального клапана (без регургітації) виявлено у 4 (3,3 %) дітей основної та в 1 (1,0 %) пацієнта контрольної групи.

За результатами психоневрологічного обстеження у дітей, які потерпіли від психоемоційного насильства, частіше реєстрували психовегетативний, астеноневротичний синдроми та синдром дефіциту уваги і гіперактивності, ніж у дітей, що не мають в анамнезі даних про психологічне насильство.

**Оцінка показників пам'яті
за методикою О. Р. Лурії «Заучування 10 слів»
у дітей основної та контрольної груп**

Рівень пам'яті	Група, абс. (%)		95 % ДІ	р
	основна, n=120	контрольна, n=100		
Високий	20 (20,0)	31 (31,0)	0,22–0,88	0,019
Середній	32 (26,2)	49 (49,0)	0,20–0,69	0,0019
Низький	68 (56,7)	20 (20,0)	2,73–10,08	0,0005

Таблиця 2

**Оцінка показників швидкості і точності
виконання тесту Тулуз — П'єрона
у дітей основної та контрольної груп**

Рівень швидкості, точності	Група, абс. (%)		95 % ДІ	р
	основна, n=120	контрольна, n=100		
Швидкість виконання тесту				
Високий	23 (19,2)	32 (32,0)	0,25–0,97	0,042
Середній	12 (10,0)	52 (52,0)	0,04–0,22	0,0005
Низький	85 (70,8)	16 (16,0)	6,26–26,27	0,0005
Точність виконання тесту				
Середній	23 (19,2)	86 (86,0)	0,01–0,08	0,0005
Низький	97 (80,8)	14 (14,0)	11,88–57,53	0,0005

Таблиця 3

**Оцінка показників стійкості уваги
за тестом Тулуз — П'єрона
у дітей основної та контрольної груп**

Рівень стійкості уваги	Група, абс. (%)		95 % ДІ	р
	основна, n=120	контрольна, n=100		
Високий	29 (24,2)	35 (35,0)	0,31–1,10	0,10
Середній	23 (19,2)	46 (46,0)	0,14–0,52	0,0006
Низький	68 (56,7)	19 (19,0)	2,88–10,85	0,0005

Таблиця 4

**Оцінка показників концентрації уваги
за тестом Тулуз — П'єрона
у дітей основної та контрольної груп**

Рівень концентрації уваги	Група, абс. (%)		95 % ДІ	р
	основна, n=120	контрольна, n=100		
Високий	23 (16,7)	42 (42,0)	0,14–0,53	0,0006
Середній	12 (25,8)	45 (45,0)	0,23–0,78	0,0055
Низький	69 (57,5)	13 (13,0)	4,35–19,13	0,0005

рігали в 57,5 % випадків порівняно з 13,0 % (p<0,0005) дітей, які його не зазнали.

За даними методики Д. Векслера (субтесту № 8 «Відсутні деталі», табл. 5) виявлені суттєві особливості зорового сприйняття, спостережливості, здатності відрізнити суттєві деталі. Установ-

Різниця в частоті виявлення психофізіологічного й астеноневротичного синдромів у дітей основної та контрольної груп не виявлено.

Психофізіологічний синдром реєстрували у 64 (53,3 %) дітей основної та 43 (43,0 %) дітей контрольної груп, який проявлявся соматовегетативними порушеннями (головний біль, запаморочення, лабільність артеріального тиску, тахікардія, пітливість, прискорене сечовипускання) й емоційними розладами (тривожність, емоційна лабільність, образливість, дратівливість, запинки в мові, порушення сну). У 34 (28,3 %) дітей основної та 29 (29,0 %) дітей контрольної груп, діагностували астеноневротичний синдром у вигляді підвищення стомлюваності, млявості, сонливості. У 52 (43,3 %) дітей основної та у 28 (28,0 %) дітей контрольної груп (p<0,027) при проведенні тесту Тулуз — П'єрона з урахуванням точності і швидкості виконання завдань спостерігали: непосидючість, неухважність, імпульсивність, підвищену збудливість, слабке переключення, стомлюваність, зниження пам'яті, недостатні планування та здатність розв'язувати проблеми, зниження вміння оцінювати скоєні помилки, недостатність осмислення прочитаної інформації. При зіставленні анамнестичних даних, клінічних ознак і патопсихологічних показників у цих дітей спільно з неврологом був встановлений діагноз «Синдром дефіциту уваги та гіперактивності».

При оцінці когнітивних функцій у дітей, які перенесли психологічне стресування, виявлені: зниження пам'яті, стійкості уваги, низький рівень сприйняття, непосидючість, погана переробка інформації, низька працездатність, повільна концентрація уваги.

За даними методики О. Р. Лурії «Заучування 10 слів» (табл. 1) встановлено, що у дітей основної групи, які перенесли жорстоке поводження, показники низького рівня пам'яті становили 56,7 % порівняно з контрольною — 20,0 % (p<0,0005).

Дані про індивідуальні особливості когнітивної продуктивності та її порушення за тестом Тулуз — П'єрона наведені в табл. 2–4.

Установлено, що у 70,8 % дітей основної групи, які потерпіли від психологічного стресування, показники низького рівня швидкості виконання тесту превалювали над показниками контрольної групи — 16,0 % (p<0,0005).

Низький рівень точності виконання тесту реєстрували у 80,8 % дітей основної групи порівняно з контрольною — 14,0 % (p<0,0005).

При оцінці когнітивної продуктивності за результатами тесту Тулуз — П'єрона встановлено, що у дітей, які потерпіли від психоемоційного насильства, низький рівень стійкості уваги виявлений у 56,7 % дітей порівняно з контрольною групою — 19,0 % (p<0,0005).

У дітей, які перенесли психологічне насильство, низький рівень концентрації уваги спосте-

Таблиця 5

**Оцінка показників сприйняття
за методикою Д. Векслера
(субтест № 8 «Відсутні деталі»)
у дітей основної та контрольної груп**

Ступінь сприй- няття	Група, абс. (%)		95 % ДІ	p
	основна, n=120	контроль- на, n=100		
Високий рівень	17 (14,2)	33 (33,0)	0,16–0,68	0,0025
Середній рівень	29 (24,2)	53 (53,0)	0,15–0,52	0,0005
Низький рівень	74 (61,7)	14 (14,0)	4,81–20,59	0,0005

лено, що низький рівень сприйняття у дітей, які перенесли психологічне насильство, становив 61,7 % порівняно з 14,0 % ($p < 0,0005$) дітей контрольної групи.

Таким чином, психологічне насильство має серйозні клінічні та психопатологічні наслідки. Найбільш вираженими з них виявилися хронічні розлади гастродуоденальної зони (гастродуоденіти, дискінезія жовчовивідних шляхів), білково-енергетична недостатність і отоларингологічна патологія (хронічний тонзиліт, хронічний гайморит, аденоїдні вегетації). Усі перераховані стани певною мірою часто пов'язані з супровідною психологічному насильству занедбаністю дітей, коли вони не отримують базисного догляду, харчування та медико-соціального забезпечення.

Вивчення ізольованого та комплексного впливу перерахованих факторів на розвиток соматичної патології у жертв жорстокого поводження може бути предметом самостійного багатофакторного анамнезу. Водночас істотний внесок у розвиток хронічної гастродуоденальної патології у жертв психологічного насильства, мабуть, роблять психотравмуючі дії як фактор біопсихосоціальної моделі захворювань.

Виявлення біопсихосоціальної патології та когнітивних порушень у дітей, які потерпіли від психосоціального насильства, визначає значущість їх своєчасного клінічного обстеження та психологічного тестування.

Отримані результати свідчать про необхідність розробки методів медико-психологічної реабілітації, які спрямовані на корекцію інтелектуально-мнестичного дефіциту, що порушує спілкування та навчання дітей. У зв'язку з високою соціальною значущістю проблеми потрібна розробка нових ефективних протоколів відновного лікування та реабілітації дітей з когнітивними порушеннями. Не випадково в країнах Європи і в США у школах впроваджують спеціальні програми, що включають тренінг емоційної когнітивної сфери, спрямовані на профілактику та розвиток вищої психоемоційної сфери дитини.

Не тільки своєчасна діагностика когнітивних порушень, а й оцінка рівня компенсаторних (потенційних) можливостей, адекватна медико-психологічна допомога значною мірою знижують ступінь психоемоційного дискомфорту, підвищують соціальні можливості дитини в плані навчання та психологічного контакту.

Висновки

1. У дітей, які потерпіли від психоемоційного насильства, найчастішою супровідною патологією є захворювання гастродуоденальної зони, лор-захворювання та білково-енергетична недостатність.

2. Когнітивними порушеннями у дітей, які перенесли психологічне насильство, є зниження пам'яті, стійкості уваги, низький рівень сприйняття, погана переробка інформації, низька працездатність і повільна концентрація уваги.

3. Виявлені клінічні та когнітивні порушення є основою для розробки методів ведення дітей — жертв психоемоційного насильства з використанням психологічної корекції та медикаментозної терапії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аряев М. Л. Біоетика в практиці дитячого лікаря / М. Л. Аряев // 3 турботою про дитину. – 2011. – № 9 (27). – С. 22–23.
2. Алексеева И. А. Жестокое обращение с ребенком. Причины. Последствия. Помощь / И. А. Алексеева, И. Г. Новосельский. – М. : Генезис, 2005. – 256 с.
3. Дозорцева Е. Г. Психологическая травма у подростков с проблемами в поведении. Диагностика и коррекция / Е. Г. Дозорцева. – М. : Генезис, 2007.
4. Ясюкова Л. А. Оптимізація навчання і розвитку дітей з ММД. Діагностика та компенсація мінімальних мозкових дисфункцій / Л. А. Ясюкова // Практика адміністративної роботи в школі. – 2003. – № 4. – С. 4–7.
5. Predicting criminality from child maltreatment typologies and posttraumatic stress symptoms / A. Elklit, K.-I. Karstoft, C. Armour [et al.] // Eur J Psychotraumatol. – 2013. – Vol. 4. – P. 4–8.
6. Posttraumatic stress disorder, child abuse history, birth weight, and gestational age: A prospective cohort study / J. S. Seng, L. K. Low, M. Sperlich [et al.] // BJOG. – 2011, October. – Vol. 118 (11). – P. 1329–1339.
7. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis / R. E. Norman, M. Vyambaa, R. De [et al.] // PLoS Med. – 2012, Nov. – Vol. 9 (11). – P. e1001349.
8. Understanding the behavioral and emotional consequences of child abuse / C. Jenny, C. W. Christian, R. A. Hibbard [et al.] // Pediatrics. – 2008. – Vol. 122, N 3. – P. 667–673.