

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Актуальність проблеми жорстокого поводження з дітьми визначається високою поширеністю, різноманітністю клінічних проявів, труднощами запобігання, виявлення, високою ймовірністю ускладнень і летальних результатів. Пріоритет формулювання проблеми належить Н. Kempe (1964), який на підставі анамнезу 749 випадків увів поняття «Синдром побитої дитини». Надалі концепція фізичного насильства була доповнена іншими формами — психологічна, сексуальна жорстокість і занедбаність.

Окремим видом жорстокого поводження визнано шкільний булінг (bullying, від англ. bully — цькування, залякування) — соціальне явище, притаманне організованим дитячим колективам, у вигляді тривалого фізичного або психічного насильства з боку індивіда чи групи по відношенню до іншої особи, що не здатна захистити себе в даній ситуації.

Численні наукові дослідження були спрямовані на з'ясування факторів ризику насильства над дітьми, розробку програм первинної, вторинної та третинної профілактики, опис клінічної картини синдрому жорстокого поводження з дітьми і впровадження програм медичної та психологічної допомоги дітям, які пережили психологічну травму і посттравматичний синдром (С. В. Шик, 2010; Є. Т. Соколова, 2006; І. Ф. Дементьева, 2010; Р. С. Alexander, 2009; Р. S. Pinheiro, 2006; R. Colman, 2004).

За даними ОМУ ГУМВС України в Одеській області та служби у справах дітей, сім'ї та молоді Одеської міської ради, за перший квартал 2015 р. виявлено та поставлено на облік 228 неблагополучних сімей, з яких у 103 сім'ях здійснювалося насильство над дітьми. Винесено 189 офіційних попереджень про неприпустимість вчинення насильства, 99 офіційних попереджень про неприпустимість вчинення інтимної поведінки, складено 90 протоколів адміністративного покарання за статтею 173 «Вчинення насильства над дітьми в сім'ях». Показник жорстокого поводження з дітьми перевищив минулорічний на 32 %.

Міжнародна протидія жорсткому поводженню з дітьми здійснюється на основі декларацій, резолюцій, рекомендацій ООН, ЮНІСЕФ, ВООЗ, Ради Європи, Національних законодавств і біоетичних документів різних країн. Найбільш важливими з них є «Декларація прав дитини» (Генеральна Асамблея ООН, 1959 р.), «Декларація про протидію фактам жорстокого поводження з дітьми» (Всесвітня медична

Асамблея, Сінгапур, 1984 р.), «Стратегічні напрямки покращання здоров'я дітей та підлітків» (Європейський регіональний комітет Ради Європи, 2005 р.).

В Україні права неповнолітніх захищаються окремими статтями Сімейного, Цивільного, Кримінального та Кримінально-процесуального кодексів України. Вони регулюються також Законами України «Про охорону дитинства», «Про попередження насильства в сім'ї», «Про соціальну роботу з дітьми та молоддю», «Про національну програму виконання Конвенції ООН про права дитини до 2016 року». МОЗ України видав наказ «Про затвердження плану заходів з проведення Національної кампанії “Стоп насильству!” на період до 2015 року» від 1.12.2010 р. Міністерством освіти і науки України видано наказ «Про вжиття заходів щодо запобігання насильству над дітьми» від 1.02.2010 р. № 59.

У вітчизняній педіатричній літературі дослідження проблеми жорстокого поводження з дітьми представлені тільки окремими публікаціями (М. Л. Аряєв, 2009; Г. С. Сенаторова, 2011; Г. І. Пасечнік, 2011; В. А. Розанов, 2011; Г. П. Носкова, 2009). Відсутні регіональні дослідження щодо особливостей клінічної картини різних варіантів жорстокого поводження з дитиною, особливо його рідкісних форм. Недостатньо вивчені медико-психологічні наслідки насильства, у тому числі у взаємозв'язку з синдромом гіперактивності. Упровадженню програм профілактики перешкоджає недостатня обізнаність різних верств населення про проблему жорстокого поводження з дитиною. Відсутня концепція комбінованого застосування психологічної корекції та медикаментозної терапії в комплексному веденні дітей, що зазнали жорстокого поводження. Невирішені аспекти проблеми жорстокого поводження з дітьми стали поштовхом до наукового дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Матеріали дисертації є фрагментом науково-дослідної роботи МОЗ України, що виконується на базі кафедри педіатрії № 1 Одеського національного медичного університету «Оптимізація ведення дітей із соціально значущими та тривало персистуючими захворюваннями в системі первинної педіатричної допомоги» (№ держреєстрації 0114U007017).

Мета дослідження. Метою роботи є оптимізація результатів ведення дітей, що зазнали психологічної жорстокості, на основі вивчення характеру клінічних, психоневрологічних, психоемоційних та когнітивних порушень і комбінованого застосування ноотропних лі-

карських засобів (гопантенова кислота) та індивідуальної психологічної корекції методами арттерапії.

Завдання дослідження:

1. Оцінити рівень знань, власний досвід жорстокого поводження з дітьми та ставлення респондентів Одеси до різних методів виховання дітей.

2. Визначити поінформованість учнів, прояви й особливості шкільного булінгу в загальноосвітніх школах Одеси.

3. Вивчити вплив психологічної жорстокості на соматичний, психосоматичний і психоневрологічний стан здоров'я дітей.

4. Оцінити психоемоційний стан і когнітивні функції дітей, що зазнали психологічної жорстокості, за результатами комплексного медико-психологічного обстеження.

5. Оцінити ефективність ведення дітей-жертв психологічної жорстокості з комбінованим застосуванням психологічної корекції та медикаментозної терапії.

Об'єкт дослідження: синдром жорстокого поводження з дитиною, психологічна жорстокість.

Предмет дослідження: клінічні параметри здоров'я, психоневрологічний статус, психоемоційні та когнітивні показники.

Методи дослідження: загальноклінічні, психоневрологічні й епідеміологічні (анкетування дорослих за методикою S. Georgiades з нашими деякими змінами та доповненнями для оцінки поінформованості населення про проблему насильства в сім'ї, а також анкетування дітей з використанням анкети, розробленої Центром у Трінті-коледж Дубліна (Ірландія), щодо проблеми шкільного булінгу); психологічні тести для визначення психоемоційного стану дитини (дитячий тест тривожності Р. Темпл, М. Доркі, В. Амен, «Кактус» — графічна методика М. Ф. Панфілової, «Сходинки» Дембо-Рубінштейн у модифікації В. Г. Щур); дослідження когнітивних функцій розвитку (методика А. Р. Лурія «Заучування 10 слів», методика Векслера субтест № 8 «Відсутні деталі», тест «Тулуз-П'єрона» Л. А. Ясюкова), діагностики внутрішньосімейних відносин (тест «Три дерева» А. Кассеманн) та методи медико-статистичного аналізу.

Наукова новизна одержаних результатів. Теоретичне значення роботи полягає у доповненні базисних основ педіатрії в частині охорони здоров'я вразливих контингентів дитячого населення шляхом вивчення й усунення факторів ризику. Вперше дана оцінка обізнаності, власного досвіду, відношення до проблем насильства сучасних проявів, особливостей поширеності різних форм жорстокого пово-

дження з дітьми і шкільного булінгу серед населення і дітей в Україні на моделі Одеси.

Установлений зв'язок між фактом психологічної жорстокості дітей і розвитком у них низки захворювань, у тому числі тих, що належать до групи психосоматичної патології. Доповнена і деталізована оцінка наслідків психологічної жорстокості впливу на психоневрологічний стан і соціальну поведінку потерпілих дітей з точки зору ризику формування синдрому дефіциту уваги та гіперактивності, психовегетативного й астеноневротичного синдромів.

Доповнений і деталізований характер психоемоційних розладів у дітей, що зазнали психологічної жорстокості, з урахуванням рівня самооцінки, тривожності та психоемоційних особливостей, а також порушень когнітивної продуктивності, у тому числі рівнів пам'яті, уваги та зорового сприйняття.

Вперше обґрунтована доцільність і доведена ефективність комбінованого використання ноотропного препарату (гопантенова кислота) з методами арттерапії в реабілітації дітей, що зазнали психологічної жорстокості: досягнуто зменшення проявів синдрому дефіциту уваги та гіперактивності, психовегетативного синдрому, а також психоемоційних і когнітивних порушень.

Практичне значення одержаних результатів. Програми протидії жорстокому поводженню з дітьми повинні бути спрямовані на підвищення медичної свідомості населення щодо різних форм сімейного насильства, шкільного булінгу, їх поширеності, проявів і особливостей.

Програми ведення дітей, що зазнали психологічної жорстокості та інших форм жорстокого поводження, повинні бути індивідуалізовані, враховуючи підвищений ризик розвитку психосоматичної патології та особливості психоневрологічного, психоемоційного стану, когнітивних функцій, відхилення у соціальній поведінці, підвищену ймовірність формування синдрому дефіциту уваги та гіперактивності, психовегетативного й астеноневротичного синдромів.

З метою усунення у дітей несприятливих наслідків психологічної жорстокості у вигляді психоневрологічних, психоемоційних і когнітивних порушень, рекомендується використання ноотропного препарату — гопантенової кислоти у комбінації з психологічною корекцією методами арттерапії (казкотерапії та піскової терапії).

Впровадження результатів дослідження. Теоретичні положення та практичні рекомендації дисертаційної роботи впроваджені та використовуються в Одеській КУ «Притулок № 1 для дітей служби у

справах дітей Одеської міської ради», КУ «Міська дитяча поліклініка № 6», Одеській обласній дитячій клінічній лікарні.

Особистий внесок здобувача. Автором самостійно проаналізовано наукову літературу та патентну інформацію з проблеми психологічного жорстокого поводження, сформульовано мету і завдання роботи, самостійно зібрано дослідний матеріал, проведено обстеження дітей. Здобувачем створені опитувальники для проведення епідеміологічних досліджень, здійснено статистичну обробку, аналіз і узагальнення одержаних результатів, що стало підставою для підготовки розділів дисертації та журнальних публікацій.

У співпраці з науковим керівником сформульовані висновки та практичні рекомендації. Результати роботи впроваджені в педіатричну практику та відображені в опублікованих роботах.

Апробація результатів. Основні положення дисертації та результати наукових досліджень були оприлюднені й обговорені на науково-практичних конференціях «Нові медичні технології в педіатричній науці, сімейній медицині, практиці та освіті» з міжнародною участю, присвячених пам'яті академіка АМН України Б. Я. Резніка (Одеса, 2011, 2012, 2013, 2014), Міській науково-практичній конференції «Медична, психологічна та соціальна профілактика суїциду» (Одеса, 2013), Міській науково-практичній конференції, присвяченій Міжнародному дню захисту дітей (Одеса, 2013), наукових конференціях студентів і молодих вчених з міжнародною участю ОНМедУ (2013, 2014, 2015), засіданнях Одеської асоціації лікарів-педіатрів та неонатологів (2013, 2014, 2015).

Публікації. Основні положення, висновки та практичні рекомендації викладені у 7 наукових роботах: 6 — у провідних фахових журналах, у тому числі в 1 іноземному, 1 теза у матеріалах конференції.

Обсяг і структура дисертації. Дисертація викладена на 124 сторінках друкованого тексту, ілюстрована 32 таблицями, 11 рисунками. Робота включає вступ, огляд літератури, опис матеріалів і методів дослідження, 3 розділи власних досліджень, аналіз та обговорення результатів дослідження, висновки, практичні рекомендації, список використаних джерел, що містить роботи вітчизняних та іноземних авторів.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали та методи дослідження. Програма досліджень передбачала кілька послідовних етапів з отриманням інформованої згоди й урахуванням усіх вимог і принципів біоетики.

На першому етапі дисертаційної роботи було проведено анкетування у телефонному режимі 1000 респондентів віком від 18 до 70 років з метою оцінки рівня медичної поінформованості та ставлення до випадків жорстокого поводження з дітьми.

На другому етапі дисертаційної роботи було проведено анкетування школярів середніх загальноосвітніх шкіл Одеси з метою вивчення інформованості щодо проблеми булінгу. В анонімному опитуванні брали участь учні 5–11 класів. Вибірка була випадковою і становила 615 осіб, у тому числі 283 хлопчики і 332 дівчинки.

На третьому та четвертому етапах дисертаційної роботи було обстежено 220 дітей (хлопчиків і дівчаток 6–17 років), які знаходилися на базі Одеської КУ «Притулок № 1 для дітей служби у справах дітей Одеської міської ради». Основну групу утворили 120 дітей, які зазнали психологічної жорстокості, до контрольної групи увійшли 100 дітей, які в анамнезі не мали даних про психологічну жорстокість. Критеріями включення в групу спостереження були: шкільний вік, відсутність вродженої соматичної та психоневрологічної патології, розумової відсталості та прийому будь-яких препаратів. Клінічне, психоневрологічне обстеження, виявлення факту психологічної жорстокості, оцінка психоемоційних розладів, когнітивного стану та медико-психологічна корекція були проведені за участі невролога, психолога і співробітників дитячого закладу.

На п'ятому етапі дослідження з метою оцінки ефективності медико-психологічної терапії методом сліпої рандомізації було відібрано 42 дитини у віці 6–17 років незалежно від статі, що зазнали психологічної жорстокості. Діти були розділені на дві групи; враховувалися гендерні та вікові ознаки, а також види психоемоційних розладів. До групи корекції увійшла 21 дитина, які додатково до психологічної корекції одержували гопантенову кислоту (Р. п. № UA/6057/01/01 від 06.06.2007 р.) дозою по 0,25 г тричі на день усередину через 15–30 хв після їди, протягом 28 днів. У групу порівняння було включено 21 дитину, терапія яких проводилася тільки сеансами індивідуальної та групової психотерапії методами арттерапії у вигляді казкотерапії та піскової терапії по 40 хв двічі на тиждень, протягом 1 міс. Медико-психологічна допомога була спрямована на усунення у дітей наслідків психологічної жорстокості, а також зменшення негативного впливу психологічної жорстокості на їх подальший розвиток, поведінку й адаптацію в суспільстві.

На заключному етапі дослідження проводили аналіз та обробку отриманих даних. Для підготовки первинних даних, підрахунку результатів дослідження, статистичної оцінки даних, аналізу їх взаємо-

зв'язку, пошуку доказів використовувалася програма Excel із застосуванням пакетів STATISTICA 7.0 та інтернет-калькулятора SISA (Simple Interactive Statistical Analysis).

Результати дослідження та їх обговорення. При епідеміологічному дослідженні методом інтерв'ю у телефонному режимі лише 13,2 % (95 % ДІ 11,1–15,2) респондентів продемонстрували високу обізнаність щодо проблеми жорстокого поводження з дітьми.

Значна кількість респондентів — 14,2 % (95 % ДІ 11,8–16,1) вважали, що штовхання, торсання, щипання і смикання за вухо не є жорстоким поводженням з дітьми. Лише 11,2 % (95 % ДІ 9,1–12,9) з них визнали, що погрози на адресу дитини, образа і приниження її гідності, а також ізоляція дитини від її друзів належать до жорстокого поводження з дітьми. Серед респондентів 53,6 % (95 % ДІ 50,9–57,1) вважали, що матері частіше застосовують фізичне насильство до своїх дітей, ніж батьки. На думку 15,0 % (95 % ДІ 12,7–17,2), діти краще піддаються вихованню, коли батьки на них кричать, а 22,3 % (95 % ДІ 19,4–24,5) респондентів припустили, що батьки б'ють своїх дітей, тому що вони хочуть зробити їх кращими. Серед опитаних 36,1 % (95 % ДІ 33,0–38,9) заявили, що є випадки, коли фізичне насильство над дитиною є обов'язковим (наприклад, дитина зв'язалася з поганою компанією або вживає наркотики). Лише для 19,7 % (95 % ДІ 17,5–22,4) респондентів жорстоке поводження було неприйнятне ані за яких обставин. При оцінці суб'єктивного сприйняття респондентами частоти жорстокого поводження з дітьми в Одеському регіоні, порівняно з іншими містами України, виявилось, що переважна більшість опитаних — 59,8 % (95 % ДІ 56,9–63,0) вважають, що поширеність насильства над дітьми в Одеському регіоні приблизно така ж, як і в інших містах України.

Серед опитаних 65,6 % (95 % ДІ 63,0–68,9) респондентів відмітили, що зазнавали жорстокого поводження у дитинстві, у тому числі 22,0 % (95 % ДІ 19,4–24,4) чоловіків і 78,0 % (95 % ДІ 75,4–80,5) жінок. Із них 30,0 % (95 % ДІ 26,4–33,5) респондентів зазначили, що пережили у дитинстві психологічну жорстокість (тяжка образа, приниження, постійна критика), 21,3 % (95 % ДІ 17,8–24,1) заявили, що зазнавали фізичної жорстокості у вигляді ударів по обличчю, тілу, скубання за волосся і смикання за вухо, а 9,2 % (95 % ДІ 6,8–11,1) пережили занедбаність (погані умови для навчання, брак батьківської уваги, нераціональне харчування). Досвід сексуального насильства у вигляді сексуальних дій і домагань мали 4,1 % (95 % ДІ 2,5–5,5) респондентів. У 1,0 % (95 % ДІ 0,2–1,7) респондентів, потерпілих від

жорстокого поводження, одночасно спостерігалися кілька видів насильства (фізичне, емоційне насилля, а також занедбаність). Лише 34,4 % (95 % ДІ 31,6–36,9) опитаних заявили, що в дитинстві ніколи не піддавалися жорстокому поводженню.

Частота занедбаності у дитинстві жінок порівняно з чоловіками суттєво не відрізнялася — 13,5 % (95 % ДІ 10,3–15,6) та 20,8 % (95 % ДІ 9,4–32,5) відповідно. У жінок основним варіантом жорстокого поводження була психологічна жорстокість — 47,9 % (95 % ДІ 44,0–52,0; $p < 0,05$), а у чоловіків — фізичне насилля — 52,1 % (95 % ДІ 37,8–66,1; $p < 0,05$). Дані про пережите сексуальне насильство наявні тільки у 4,1 % (95 % ДІ 2,5–5,5) жінок-респондентів, що свідчить про низький рівень виявлення даного типу жорстокого поводження, особливо серед чоловіків (не виявлено у жодного респондента). У 1 % (95 % ДІ 0,2–1,7) випадків зафіксована комбінація кількох видів насилля, що було більш притаманно для чоловіків.

При аналізі інформації про застосування різних методів ставлення до виховання дітей установлено, що 19,7 % (95 % ДІ 17,5–22,5) респондентів вважають будь-яке покарання дитини неприйнятним, у тому числі 18,5 % (95 % ДІ 15,3–20,6) жінок і 23,6 % (95 % ДІ 18,3–29,6) чоловіків. Високою виявилася поширеність використання методів, що пов'язані зі спричиненням психологічної жорстокості та фізичним впливом, — 21,4 % (95 % ДІ 18,5–23,5) і 27,6 % (95 % ДІ 25,2–30,7) відповідно. Демонстрацію засудження дитини як метод покарання вважають за доцільне 12,9 % (95 % ДІ 10,9–15,8) респондентів, а різні варіанти обмеження дитини є прийнятними для 18,4 % (95 % ДІ 15,6–20,4) респондентів.

При аналізі відповідей щодо насильства над дитиною з боку іншої дитини чи групи дітей (шкільний булінг) установлено, що значна частина учнів незалежно від статі була недостатньо обізнана про суть проблеми — 85,6 % (95 % ДІ 83,2–88,7) дітей. Установлено, що серед 615 опитаних у 86,3 % (95 % ДІ 83,2–88,7) випадків діти стикалися з явищем булінгу в минулому або в сьогоденні як жертва, агресор, спостерігач або захисник жертви, формуючи структурну ланку цього явища. Тільки 13,7 % (95 % ДІ 11,2–16,7) 10–11-класників заявили, що в їх навчальних класах такого явища немає і вони ніколи не мали жодного відношення до шкільного булінгу. Найбільш інтенсивно шкільний булінг відчували учні 5–7 класів — 20,9 % (95 % ДІ 17,8–24,2). У 8–9 класах це явище відчули на собі 13,9 % (95 % ДІ 11,2–16,7) осіб, а в 10–11 класах — 8,6 % (95 % ДІ 6,7–11,2) учнів. Виявлено, що дівчата — 81,3 % (95 % ДІ 76,8–85,2) частіше брали участь у

шкільному булінгу, спрямованому на однокласників, ніж хлопці — 41,7 % (95 % ДІ 36,2–47,7). При аналізі анкет встановлено, що 29,0 % (95 % ДІ 25,4–32,5) дітей виступали як агресори — 9,6 % (95 % ДІ 6,5–13,5), у тому числі 9,6 % (95 % ДІ 6,5–13,5) хлопчиків і 19,4 % (95 % ДІ 15,9–22,1) дівчаток. Виключно жертвами булінгу вважали себе 17,6 % (95 % ДІ 15,6–21,8) учнів, а саме 7,0 % (95 % ДІ 4,1–9,9) хлопчиків і 10,5 % (95 % ДІ 7,7–12,4) дівчаток. Цікаво те, що 2,4 % (95 % ДІ 1,6–6,3) респондентів заявили, що мали досвід як жертви, так і агресора, серед них 1,4 % (95 % ДІ 0,2–1,7) дівчаток і 0,6 % (95 % ДІ 0,1–1,0) хлопчиків.

При аналізі отриманих даних 40,8 % (95 % ДІ 35,1–46,8) респондентів заявили, що були свідками шкільного булінгу, у тому числі 18,8 % (95 % ДІ 15,9–22,1) дівчаток і 17 % (95 % ДІ 14,0–19,9) хлопчиків.

Існують вікові та статеві особливості у формах і проявах шкільного булінгу та соціальному ставленні до проблеми. У дівчаток переважають принизливі плітки ($\chi^2=20,3$; $p=0,00003$), образи ($\chi^2=19,0$; $p=0,00007$) і погрози ($\chi^2=11,5$; $p=0,003$). Для шкільного насильства у хлопчиків характерні такі форми: бійки ($\chi^2=25,7$; $p=0,000007$), образи ($\chi^2=19,0$; $p=0,00007$) і погрози ($\chi^2=11,5$; $p=0,003$).

Установлені відмінності у частоті зустрічальності найбільш поширеної соматичної та психосоматичної патології, низки психоневрологічних синдромів і відхилень у соціальній поведінці дітей, які перенесли психологічну жорстокість, порівняно з дітьми контрольної групи (рис. 1). Досить високою є частота психосоматичних захворювань дітей основної групи: синдром подразненого кишечника — 22,5 % (95 % ДІ 14,5–29,4; $p<0,02$), atopічний дерматит — 29,2 % (95 % ДІ 20,8–37,1; $p<0,02$), есенціальна гіпертензія — 6,7 % (95 % ДІ 2,4–11,5; $p<0,03$), бронхіальна астма — 7,5 % (95 % ДІ 2,5–11,6; $p<0,06$), що, на нашу думку, свідчить про роль насильства у формуванні біопсихосоціальної патології.

За даними психоневрологічного обстеження, у дітей, що зазнали психологічної жорстокості, частіше виявлялися ознаки психовегетативного синдрому — 53,3 % (95 % ДІ 44,0–61,9), ніж у дітей контрольної групи — 33,0 % (95 % ДІ 23,7–42,2; $p<0,002$). Прояви астено-невротичного синдрому у вигляді підвищення стомлюваності, млявості, сонливості спостерігалися у 28,3 % (95 % ДІ 20,0–36,0) дітей основної групи порівняно з 11,0 % (95 % ДІ 4,8–17,1) дітей контрольної групи ($p<0,002$). У 43,3 % (95 % ДІ 34,1–51,8) дітей основної групи й у 28,0 % (95 % ДІ 19,1–36,8) дітей контрольної групи ($p<0,01$) фіксувалися прояви синдрому гіперактивності та дефіциту уваги: не-

посидючість, неуважність, імпульсивність, підвищена збудливість, слабе переключення, стомлюваність, зниження пам'яті, низька здатність будь-що планувати і розв'язувати проблеми, зниження вміння оцінювати скоєні помилки, недостатність осмислення прочитаної інформації.

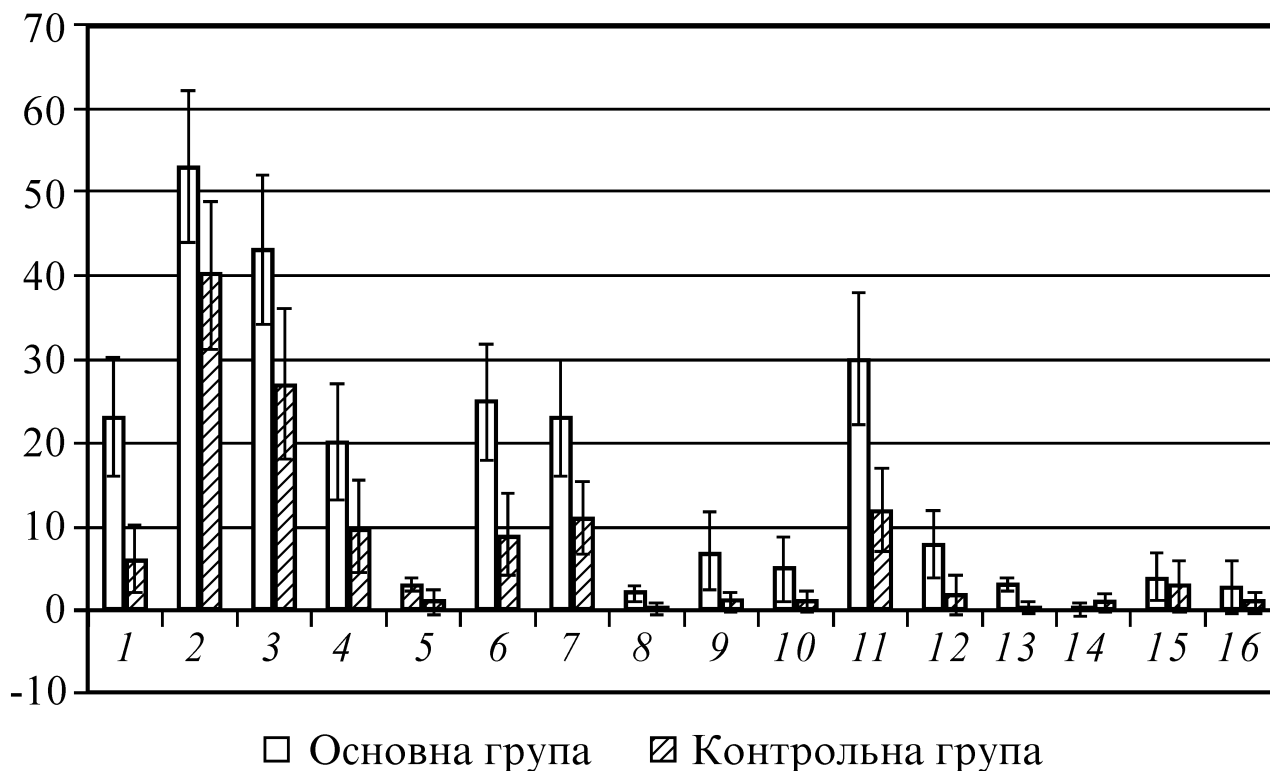


Рис. 1 Основні види клінічної патології у дітей основної та контрольної груп: 1 — низька маса; 2 — дискінезія жовчного міхура; 3 — хронічний гастродуоденіт; 4 — хронічний тонзиліт; 5 — хронічний гайморит; 6 — аденоїдні вегетації; 7 — синдром подразненого кишечника; 8 — виразкова хвороба; 9 — есенціальна гіпертензія; 10 — ревматоїдний артрит; 11 — атопічний дерматит; 12 — бронхіальна астма; 13 — нейродерміт; 14 — цукровий діабет; 15 — міопія; 16 — пролапс мітрального клапана

Відхилення в соціальній поведінці відзначалися у значної частини дітей основної групи (рис. 2), найбільш частими проявами були грубість — ВШ=14,29 (95 % ДІ 7,39–27,6), недисциплінованість — ВШ=15,07 (95 % ДІ 7,69–29,54), нікотинова залежність — ВШ=29,8 (95 % ДІ 12,60–70,45) і пристрасть до вживання алкоголю — ВШ=29,4 (95 % ДІ 6,91–125,0).

Серед дітей основної групи, що зазнали психологічної жорстокості, порівняно з контрольною частіше спостерігалися психоемоційні

розлади, у тому числі низький рівень самооцінки, агресивність, депресивність, імпульсивність, інтравертованість, невпевненість, дратівливість, негативізм, образливість і високий рівень тривожності (табл. 1).

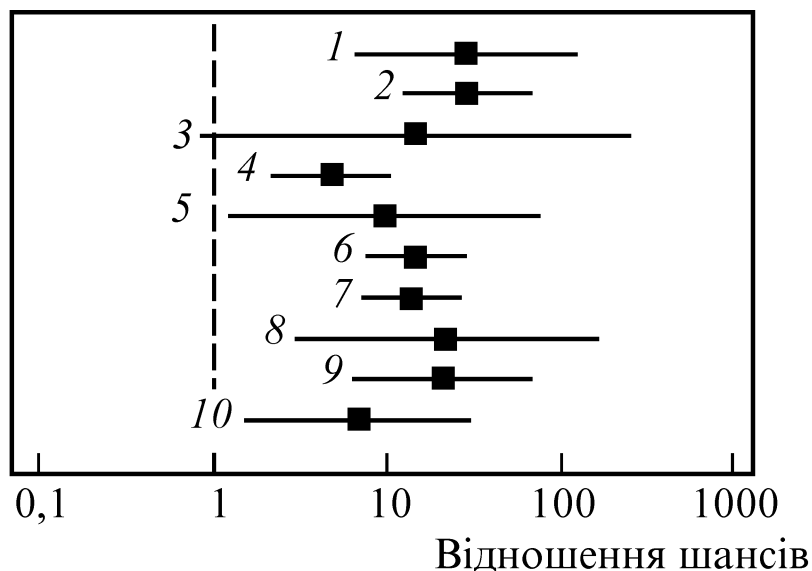


Рис. 2 Види відхилень у соціальній поведінці досліджених: 1 — пристрасть до вживання алкоголю; 2 — нікотинова залежність; 3 — уживання токсичних і психотропних речовин; 4 — потяг до азартних ігор; 5 — ранній сексуальний потяг; 6 — недисциплінованість; 7 — грубість; 8 — крадіжки; 9 — бійки; 10 — здирництво

Виявлені когнітивні порушення у дітей, що зазнали психологічної жорстокості, стосуються зниження пам'яті — 56,7 % (95 % ДІ 48,1–65,8; $p < 0,0005$), когнітивної продуктивності (швидкість і точність виконання, стійкість і концентрація уваги) та зниження рівня зорового сприйняття — 61,7 % (95 % ДІ 53,3–70,6; $p < 0,0005$).

Установлена значна поширеність клінічних, психоневрологічних, психоемоційних розладів і когнітивних порушень у дітей, що зазнали психологічної жорстокості, стала підставою для обґрунтування доцільності застосування в їх комплексній реабілітації ноотропного препарату — гопантенової кислоти та психотерапії.

Із 42 дітей, що зазнали психологічної жорстокості, були утворені дві групи, порівнянні за кількісними, гендерними, віковими ознаками та клінічною характеристикою.

Оцінка клінічного стану дітей показала, що як у групі корекції, так і в порівняльній, завдяки покращанню умов життя і надання базової

медичної допомоги, вдалося значно зменшити, а в деяких випадках повністю усунути дефіцит маси тіла (відповідно до віку), прояви гастроуденальної патології, оториноларингологічних захворювань. Було забезпечено контрольованість клінічних проявів психосоматичних захворювань — бронхіальної астми, атопічного дерматиту, есенціальної гіпертензії та цукрового діабету.

Комбінація ноотропного препарату та психологічної корекції дала кращий клінічний ефект у дітей групи корекції порівняно з групою порівняння, щодо клінічних проявів, синдрому дефіциту уваги, гіперактивності — 9,5 % (95 % ДІ -3,04–22,04) порівняно з 38,1 % (95 % ДІ 17,24–58,76) та психовегетативного синдрому — 4,8 % (95 % ДІ -4,32–14,32) порівняно з 33,3 % (95 % ДІ 12,88–53,11) до лікування.

Таблиця 1

Особливості психоемоційного стану
у дітей основної та контрольної груп

Ознака розладів поведінки	Основна група (n=120) n (%; 95 % ДІ)	Контрольна група (n=100) n (%; 95 % ДІ)	Значення p
Агресивність	40 (33,3; 24,5–41,4)	19 (19,0; 11,3–26,6)	0,02
Депресивність	27 (22,5; 15,4–30,5)	12 (12,0; 5,6–18,3)	0,04
Конфліктність	28 (23,3; 15,5–30,6)	15 (15,0; 8,0–22,0)	0,16
Демонстративність	51 (42,5; 34,1–51,8)	33 (33,0; 23,7–42,2)	0,19
Імпульсивність	51 (42,5; 34,1–51,8)	19 (19,0; 11,3–26,6)	0,001
Екстравертованість	47 (39,2; 30,2–47,7)	42 (42,0; 32,3–51,6)	0,77
Інтравертованість	39 (32,5; 24,4–41,3)	47 (47,0; 37,2–56,7)	0,039
Оптимізм	11 (9,2; 3,8–14,1)	20 (20,0; 12,1–27,8)	0,035
Невпевненість	68 (56,7; 48,1–65,8)	30 (30,0; 21,0–39,0)	0,0007
Дратівливість	51 (42,5; 34,1–51,8)	17 (17,0; 9,6–24,3)	0,0007
Потайливість	37 (30,8; 22,7–39,2)	23 (23,0; 14,7–31,2)	0,25
Негативізм	38 (31,7; 23,6–40,3)	19 (19,0; 11,3–26,6)	0,047
Образливість	37 (23,3; 15,4–30,5)	18 (18,0; 10,4–25,5)	0,042

Установлено, що в групі корекції після лікування у дітей значно підвищився рівень самооцінки — 57,1 % (95 % ДІ 35,82–78,17) порівняно з групою порівняння — 19,1 % (95 % ДІ 2,22–35,77; $p=0,02$). Відмічалось зниження депресивності — 4,8 % (95 % ДІ -4,35–13,75) порівняно з 33,3 % (95 % ДІ 12,88–53,11) до лікування ($p<0,04$), імпульсивності — 9,5 % (95 % ДІ -3,04–22,04) порівняно з 42,9 % (95 % ДІ 21,82–64,17) до лікування ($p<0,03$) і дратівливості — 9,5 % (95 % ДІ -3,04–22,04) порівняно з 42,9 % (95 % ДІ 21,82–64,17) до лікування ($p<0,03$). У групі корекції в результаті комплексної терапії діти стали оптимістичнішими — 42,9 % (95 % ДІ 21,82–64,17) порівняно з 9,5 % (95 % ДІ -3,04–22,04) до лікування ($p<0,03$). Водночас знизилася чисельність невпевнених у собі дітей — 9 (42,9 %) осіб (95 % ДІ 21,82–64,17) по відношенню до 17 (81,0 %) дітей (95 % ДІ 64,22–97,77; $p<0,02$), а також випадків потайливості — 1 (4,8 %) дитина (95 % ДІ -4,35–13,75) порівняно з 7 (33,3 %) особами (95 % ДІ 12,88–53,11) до лікування ($p<0,04$).

Рівень високої тривожності після лікування у групі корекції дітей, які отримували гопантенову кислоту, становив 23,8 % (95 % ДІ 5,37–41,26) порівняно з 61,8 % (95 % ДІ 41,24–82,76) до лікування ($p<0,02$).

При комплексному лікуванні з використанням ноотропних препаратів у групі корекції добра пам'ять реєструвалася у 61,8 % (95 % ДІ 41,24–82,76) дітей порівняно з 23,8 % (95 % ДІ 5,73–41,26) до лікування ($p<0,02$).

При оцінці когнітивної продуктивності за результатами тесту Тулуз — П'єрона встановлено, що у дітей, які одержували в комплексній терапії гопантенову кислоту, покращилися середні показники швидкості виконання тесту — 52,4 % (95 % ДІ 30,63–73,36) порівняно з 9,5 % (95 % ДІ -3,04–22,04) до лікування ($p<0,008$) і точності виконання завдання — 57,1 % (95 % ДІ 35,82–78,17) порівняно з 19,1 % (95 % ДІ 2,22–35,77) до лікування ($p<0,02$).

При комплексному лікуванні ноотропним препаратом у групі корекції значно покращилися середні показники стійкості уваги — 57,1 % (95 % ДІ 35,82–78,17) дітей порівняно з 19,1 % (95 % ДІ 2,22–35,77) до лікування ($p<0,02$) і концентрації уваги — у 10 (47,6 %) дітей (95 % ДІ 26,63–69,36) порівняно з 3 (14,3 %) особами (95 % ДІ -0,84–28,84) до лікування ($p<0,04$).

За даними методики Д. Векслера субтест № 8 «Відсутні деталі» встановлено, що у дітей з групи корекції після лікування значно підвищився середній рівень зорового сприйняття — 61,8 % (95 % ДІ

41,24–82,76) порівняно з 23,8 % (95 % ДІ 5,73–41,26) до лікування ($p < 0,02$).

У групі порівняння психотерапевтична корекція без комбінації з ноотропною терапією була менш ефективною, про що свідчила динаміка показників, які мають відношення до психоемоційного та когнітивного стану, у тому числі не вдалося знизити рівень тривожності та досягнути нормалізації пам'яті.

Дослідження підтверджує принципову можливість, доцільність і ефективність застосування психотерапії в реабілітації дітей, що зазнали жорстокого поводження, і свідчать про доцільність її комбінації з фармакотерапією лікарськими засобами ноотропної дії.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі представлено нове розв'язання наукової проблеми — покращання результатів ведення дітей, що зазнали психологічної жорстокості, на основі оцінки клінічних, психоневрологічних, психоемоційних та когнітивних порушень і комбінованого застосування ноотропної терапії та психологічної корекції.

1. Переважна більшість респондентів у Одесі, незалежно від соціального стану, віку та статі, мала недостатню обізнаність про проблему жорстокого поводження з дітьми: лише 13,2 % (95 % ДІ 11,1–15,2) респондентів продемонстрували високу обізнаність. У дитинстві 65,6 % (95 % ДІ 63,0–68,9) респондентів відчували жорстоке поводження. Найбільш поширеними формами жорстокого поводження були емоційне насилля (найбільш притаманне дівчаткам) — у 30,0 % (95 % ДІ 26,4–33,5) респондентів і фізичне насилля (найбільш притаманне хлопчикам) — у 21,3 % (95 % ДІ 17,8–24,1).

2. Переважна частина учнів загальноосвітніх шкіл Одеси, незалежно від статі, має низький рівень обізнаності про проблему шкільного булінгу — 85,5 % респондентів (95 % ДІ 83,2–88,7). Серед опитаних 86,3 % (95 % ДІ 83,2–88,7) стикалися з цим явищем у минулому або в сьогоденні як жертва, агресор, спостерігач або захисник жертви.

3. У дітей основної групи, що зазнали психологічної жорстокості, порівняно з контрольною групою частіше траплялися захворювання, які належать до групи психосоматичної патології: синдром подразненого кишечника — ВШ=2,34 (95 % ДІ 1,10–5,01), atopічний дерматит — ВШ=3,02 (95 % ДІ 1,46–6,20), есенціальна гіпертензія — ВШ=7,07 (95 % ДІ 0,86–57,53), бронхіальна астма — ВШ=3,97 (95 % ДІ 0,83–18,83), а також синдром дефіциту уваги та гіперактивності — ВШ=1,23

(95 % ДІ 0,34–4,35), психовегетативний синдром — ВШ=1,6 (95 % ДІ 0,41–6,19) і астеноневротичний синдром — ВШ=1,28 (95 % ДІ 0,32–5,08). У значної частини з них спостерігалися відхилення у соціальній поведінці у вигляді грубості — ВШ=14,29 (95 % ДІ 7,39–27,64), недисциплінованості — ВШ=15,07 (95 % ДІ 7,69–29,54), нікотинової залежності — ВШ=29,80 (95 % ДІ 12,60–70,45) та пристрасті до вживання алкоголю — ВШ=29,4 (95 % ДІ 6,91–125,08).

4. Основними психоемоційними розладами у дітей, що зазнали психологічної жорстокості, є високий рівень тривожності — ВШ=7,59 (95 % ДІ 3,87–15,02), низький рівень самооцінки — ВШ=4,88 (95 % ДІ 2,55–9,41) агресивність — ВШ=2,13 (95 % ДІ 1,13–3,99), депресивність — ВШ=2,12 (95 % ДІ 1,01–4,46), імпульсивність — ВШ=3,15 (95 % ДІ 1,70–5,84), інтравертованість — ВШ=0,54 (95 % ДІ 0,31–0,93), невпевненість — ВШ=3,05 (95 % ДІ 1,74–5,34), дратівливість — ВШ=3,60 (95 % ДІ 1,91–6,81), негативізм — ВШ=1,97 (95 % ДІ 1,05–3,71), образливість — ВШ=2,03 (95 % ДІ 1,07–3,85). Когнітивними порушеннями у дітей, що зазнали психологічної жорстокості, є зниження когнітивної продуктивності (швидкість і точність виконання, стійкість та концентрація уваги), зниження пам'яті — ВШ=0,19 (95 % ДІ 0,09–0,36) та рівня зорового сприйняття — ВШ=0,1 (95 % ДІ 0,04–0,2).

5. Комбіноване використання ноотропного препарату гопантенової кислоти та індивідуальної психологічної корекції методами арттерапії сприяє усуненню у дітей наслідків психологічної жорстокості у вигляді синдрому дефіциту уваги та гіперактивності — ВШ=0,17 (95 % ДІ 0,03–0,93), а також психовегетативного синдрому — ВШ=0,1 (95 % ДІ 0,01–0,90).

6. Застосування ноотропної терапії в комбінації з методами арттерапії зменшувало частоту психоемоційних розладів у вигляді підвищення рівня самооцінки — ВШ=0,17 (95 % ДІ 0,03–0,84), зниження депресивності — ВШ=10 (95 % ДІ 1,10–90,59), імпульсивності — ВШ=7,12 (95 % ДІ 1,30–38,77) і дратівливості — ВШ=7,12 (95 % ДІ 1,30–38,77). Відмічалось підвищення оптимізму — ВШ=0,14 (95 % ДІ 0,02–0,76), зниження невпевненості — ВШ=5,66 (95 % ДІ 1,41–22,76), потайливості — ВШ=10 (95 % ДІ 1,10–90,59), рівня тривожності — ВШ=0,14 (95 % ДІ 0,02–0,76).

7. Позитивний вплив комбінованого використання ноотропної терапії та психологічної корекції на когнітивні функції проявлявся покращанням пам'яті — ВШ=0,19 (95 % ДІ 0,04–0,87), показників швидкості — ВШ=0,09 (95 % ДІ 0,01–0,61) і точності виконання за-

вдання — ВШ=0,17 (95 % ДІ 0,03–0,84), підвищенням показників концентрації уваги — ВШ=0,18 (95 % ДІ 0,03–0,97) та зорового сприйняття — ВШ=0,19 (95 % ДІ 0,04–0,86).

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Доцільно ввести в перелік клініко-параклінічного обстеження дітей, що зазнали психологічної жорстокості, методи психологічного тестування з метою виявлення психологічних розладів (низький рівень самооцінки, агресивність, депресивність, імпульсивність, інтравертованість, невпевненість, дратівливість, негативізм, образливість, високий рівень тривожності), когнітивних порушень (зниження пам'яті, когнітивної продуктивності та рівня зорового сприйняття) і розладів поведінки.

2. Дітям з несприятливими наслідками психологічної жорстокості у вигляді психоневрологічних, психоемоційних і когнітивних порушень рекомендується призначення ноотропного препарату — гопантенової кислоти (в Україні зареєстрований під назвою «Пантогам») у дозі по 0,25 г тричі на день, всередину, через 15–20 хв після їжі, протягом 28 днів у комбінації з психологічною корекцією методами арт-терапії у вигляді казкотерапії та піскової терапії по 40 хв двічі на тиждень, протягом 1 міс.

3. У план обстеження та ведення дітей, потерпілих від психологічної жорстокості та інших форм жорстокого поводження, рекомендується включати дії, спрямовані на виявлення та лікування можливої психосоматичної патології, порушень психоневрологічного, психоемоційного стану і когнітивних функцій та відхилень у соціальній поведінці.

4. Невід'ємною складовою всебічної оцінки результатів лікування та подальшої розробки методів психологічної корекції у дітей, які потерпіли від психологічної жорстокості, є проведення контрольного медико-психологічного обстеження після закінчення курсу комбінованої терапії на основі раніше отриманих даних.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Сеньківська Л. І. Проблеми когнітивних порушень у дітей, які потерпіли від психоемоційного насильства / М. Л. Аряєв, Л. І. Сеньківська // Інтегративна антропологія. — 2013. — № 2 (22). — С. 43—46. *(Здобувачем виконано набір та обстеження пацієнтів, статистичну обробку даних і підготовку статті.)*

2. Сеньківська Л. І. Клінічне значення гопантенової кислоти у комплексній терапії когнітивних порушень у дітей, які постраждали від психоемоційного насильства / М. Л. Аряєв, Л. І. Сеньківська // Одеський медичний журнал. — 2013. — № 3 (137). — С. 27—30. *(Здобувачем виконано набір та обстеження пацієнтів, статистичну обробку даних і підготовку статті.)*

3. Сеньківська Л. І. Клінічне значення гопантенової кислоти у комплексній терапії емоційних розладів у дітей, які потерпіли від психоемоційного насильства / М. Л. Аряєв, Л. І. Сеньківська // Одеський медичний журнал. — 2013. — № 5 (139). — С. 31—34. *(Здобувачем виконано набір та обстеження пацієнтів, статистичну обробку даних і підготовку статті.)*

4. Сеньковская Л. И. Жестокое и небрежное обращение с детьми в Одесском регионе: осведомленность и отношение общественности / Н. Л. Аряев, Л. И. Сеньковская // Curierul medical (Moldova). — 2013. — № 6 (56). — С. 52—54. *(Здобувачем виконано набір та обстеження пацієнтів, статистичну обробку даних і підготовку статті.)*

5. Сеньківська Л. І. Проблеми психоемоційних розладів у дітей, потерпілих від психологічного насильства / Л. І. Сеньківська // Одеський медичний журнал. — 2014. — № 1 (141). — С. 45—49. *(Здобувачем виконано набір та обстеження пацієнтів, статистичну обробку даних і підготовку статті.)*

6. Сеньківська Л. І. Особливості та прояви шкільного булінгу на моделі Одеського регіону / М. Л. Аряєв, Л. І. Сеньківська, І. М. Шевченко // Перинатологія та педіатрія. — 2014. — № 3 (59). — С. 70—73. *(Здобувачем виконано набір та обстеження пацієнтів, статистичну обробку даних і підготовку статті.)*

7. Сеньківська Л. І. Проблема шкільного психологічного насилля (булінгу) серед дітей і підлітків / Л. І. Сеньківська // Сучасні теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини : міжнар. наук. конф. студентів та молодих вчених, присвяч. 115-річчю з дня народження М. О. Ясиновського. Одеса, 24–25 квітня 2014 року : тези доп. — Одеса : ОНМедУ, 2014. — С. 141—142.

АНОТАЦІЯ

Сеньківська Л. І. Клінічне значення психоемоційних розладів та їх корекція при синдромі жорстокого поводження з дітьми. — На правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.10 — педіатрія. — Одеський національний медичний університет МОЗ України, Одеса, 2015.

Дисертація присвячена удосконаленню результатів ведення дітей, що зазнали психологічної жорстокості, на основі вивчення характеру клінічних, психоневрологічних, психоемоційних та когнітивних порушень і комбінованого застосування ноотропних лікарських засобів (гопантенова кислота) з індивідуальною психологічною корекцією методами арттерапії. З великою частотою виявляються психосоматичні захворювання, психоневрологічні синдроми (синдром дефіциту уваги та гіперактивності, психовегетативний і астеноневротичні синдроми) та порушення соціальної поведінки.

Установлено, що основними психоемоційними розладами у дітей, які пережили психологічну жорстокість, є: зниження самооцінки, високий рівень тривожності, а також депресивність, імпульсивність, інтравертованість, невпевненість у собі, дратівливість, образливість, негативізм, песимізм і агресивність. Когнітивними порушеннями у дітей, що зазнали психологічної жорстокості, є зниження пам'яті, стійкості уваги, низький рівень сприйняття, погана переробка інформації, низька працездатність і повільна концентрація уваги.

Застосування комбінованого поєднання препарату гопантенової кислоти з методами психологічної корекції (казкотерапія і піскова терапія) підвищує ефективність терапії психоемоційних розладів і порушень когнітивних функцій у дітей внаслідок психологічної жорстокості.

Ключові слова: психологічна жорстокість, психоемоційні розлади, когнітивні порушення, шкільний булінг.

АННОТАЦІЯ

Сеньковская Л. И. Клиническое значение психоэмоциональных расстройств и их коррекция при синдроме жестокого обращения с детьми. — На правах рукописи.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.10 — педиатрия. — Одесский национальный медицинский университет МЗ Украины, Одесса, 2015.

Диссертация посвящена усовершенствованию результатов ведения детей, которые испытали психологическую жестокость, на основе изучения характера клинических, психоневрологических, психоэмоциональных и когнитивных нарушений и комбинированного применения ноотропных препаратов (гопантеновая кислота) с индивидуальной психологической коррекцией методами арттерапии.

Выявлено, что в Одесском регионе достаточно много респондентов — как мужчин, так и, особенно, женщин, в детстве подвергшихся жестокому обращению (65,6 % от числа опрошенных). Установлен

недостаточный уровень знаний населения о проблеме жестокого обращения с детьми: только 13 % опрошенных показали высокий уровень осведомленности в вопросах насилия в семье. Наиболее распространенными формами жестокого обращения были эмоциональное насилие — 30,0 % (95 % ДИ 26,4–33,5), особенно среди девочек, и физическое насилие — 21,3 % (95 % ДИ 17,8–24,1), особенно среди мальчиков. Выявлено, что значительная часть респондентов считают приемлемым использование в качестве наказания детей разных вариантов физического — 27,6 % (95 % ДИ 25,2–30,7) или агрессивного психоэмоционального — 21,4 % (95 % ДИ 18,5–23,5) воздействия. Только 19,7 % респондентов (95 % ДИ 17,5–22,5) считают вообще неприемлемыми любые методы наказания ребенка.

Установлено, что значительная часть учащихся средних школ Одессы, независимо от пола, имела неудовлетворительный уровень осведомленности о сути проблемы школьного буллинга — 85,6 % (95 % ДИ 83,2–88,7 %). Среди опрошенных 86,3 % (95 % ДИ 83,2–88,7) учеников непосредственно или косвенно сталкивались с этим явлением в прошлом или в настоящем как жертва, агрессор, наблюдатель или защитник жертвы. У девочек преобладающей формой является вербальный буллинг — 72,0 % (95 % ДИ 67,2–76,8), тогда как у мальчиков — физический буллинг — 21,6 % (95 % ДИ 8,2–31,4).

У детей основной группы, перенесших психологическую жестокость, по сравнению с контрольной группой, чаще встречались заболевания, относящиеся к группе психосоматической патологии: синдром раздраженного кишечника — 22,5 % (95 % ДИ 14,5–29,4; $p < 0,02$), atopический дерматит — 29,2 % (95 % ДИ 20,8–37,1; $p < 0,02$), эссенциальная гипертензия — 6,7 % (95 % ДИ 2,4–11,5; $p < 0,03$), бронхиальная астма — 7,5 % (95 % ДИ 2,5–11,6; $p < 0,06$). У значительного числа из них наблюдались отклонения в социальном поведении в виде грубости — 75,8 % (95 % ДИ 68,35–83,64), недисциплинированности — 74,1 % (95 % ДИ 66,15–81,84), никотиновой зависимости — 69,2 % (95 % ДИ 60,72–77,27) и пристрастие к употреблению алкоголя — 37,5 % (95 % ДИ 29,31–46,68).

Изучение психоэмоционального состояния детей, перенесших психологическую жестокость, выявило преобладание негативных эмоций: низкий уровень самооценки, агрессивность, депрессивность, импульсивность, интравертированность, неуверенность, раздражительность, негативизм, обидчивость, высокий уровень тревожности. Установлены когнитивные нарушения у детей, которые перенесли психологическое насилие, в виде снижения памяти, когнитивной про-

производительности (скорость и точность выполнения, устойчивость и концентрация внимания) и уровня зрительного восприятия.

Комбинированное использование ноотропного препарата — гопантеновой кислоты и индивидуальной психологической коррекции методами арттерапии способствует устранению у детей последствий психологической жестокости в виде синдрома дефицита внимания и гиперактивности, психовегетативного синдрома, а также проявлений психоэмоциональных и когнитивных нарушений.

Ключевые слова: психологическая жестокость, психоэмоциональные расстройства, когнитивные нарушения, школьный буллинг.

SUMMARY

Senkivska L. I. Clinical significance of psycho-emotional disorders and their correction with the syndrome of child abuse. — Printed as a manuscript.

The thesis for the degree of candidate of medical sciences on specialty 14.01.10 — Paediatrics. — The Odessa National Medical University of Health Care Ministry of Ukraine, Odessa, 2015.

The thesis is devoted to the improvement of the results of treatment of children suffering from long-term psycho-emotional abuse on the basis of studying nature of clinical, psycho-neurological, psychoemotional and cognitive disorders and combined usage of nootropic means (hopantenic acid) with individual psychological correction by art therapy methods. There are revealed psychosomatic diseases, psychoneurological syndromes (attention and hyperactivity deficite syndrome, psychovegetative and asthenoneurotic syndromes) and social behavioral disorder.

It is established that the main psychoemotional disorders in children, who experienced psycho-emotional abuse are the following: self-depreciation, high anxiety level, as well as depression, impulsivity, intraversion, self-doubt, irritability, petulance, negation, pessimism, and aggression. Cognitive disorders in children who experienced psycho-emotional abuse are defective memory, impaired concentration, perceptual defect, poor processing of information, low efficiency.

The combined use of the hopantenic acid and individual psychological correction methods (fairy tale and sand therapy) improve efficacy of psycho-emotional disorders and cognitive function disorders which were caused by psychological abuse.

Key words: psychological abuse, emotional disorders, cognitive disorders, school bullying.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

СЕНЬКІВСЬКА ЛЮДМИЛА ІВАНІВНА

УДК 616-008.6-053.2:343.62:159.9

**КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ
ПСИХОЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ
ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ ПРИ СИНДРОМІ
ЖОРСТОКОГО ПОВОДЖЕННЯ З ДІТЬМИ**

14.01.10 — педіатрія

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Одеса — 2015

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Одеському національному медичному університеті МОЗ України.

Науковий керівник: чл.-кор. НАМН України,
доктор медичних наук, професор
Аряєв Микола Леонідович,
Одеський національний медичний університет
МОЗ України, завідувач кафедри педіатрії № 1

Офіційні опоненти: доктор медичних наук, професор
Шкіряк-Нижник Зореслава Антонівна,
керівник відділення медичних
та психосоціальних проблем здоров'я сім'ї
ДУ «Інститут педіатрії, акушерства
і гінекології НАМН України», Київ

доктор медичних наук, професор
Сенаторова Ганна Сергіївна,
Харківський національний медичний
університет МОЗ України,
завідувач кафедри педіатрії № 1
та неонатології

Захист дисертації відбудеться 17 червня 2015 р. о ____ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 41.600.02 при Одеському національному медичному університеті МОЗ України за адресою: 65082, м. Одеса, Валіховський пров., 2.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Одеського національного медичного університету МОЗ України за адресою: 65082, м. Одеса, Валіховський пров., 3.

Автореферат розісланий « ____ » _____ 2015 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради Д 41.600.02
доктор медичних наук, професор

Т. В. Стоєва

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВШ — відношення шансів

ГК — група корекції

ГП — група порівняння

ДІ — довірчий інтервал

КГ — контрольна група

ОГ — основна група

Підписано до друку 14.05.2015. Формат 60x84/16.
Папір письмовий. Друк різнографічний. Обл.-вид. арк. 0,9.
Тираж 100. Зам. _____.