

рів у закладах охорони здоров'я з метою стратифікації ефективності терапевтичної тактики.

3. Наявність високої предикторської значущості у показників МНС і МСV, які розраховуються на основі параметрів гемограми, уможливає використання прогностичних алгоритмів на всіх рівнях лікувально-профілактичної допомоги.

**Перспективами подальших досліджень** є аналіз прогностичної цінності клінічних й анамнестичних параметрів щодо ефективності корекції анемії у хворих на ХСН і ХХН з метою формування індивідуального підходу до кожного пацієнта у межах стандартної терапії.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. *Anemia and iron deficiency in heart failure: mechanisms and therapeutic approaches* / D. J. van Veldhuisen, S. D. Anker, P. Ponikowski [et al.] // *Cardiology*. – 2011. – Vol. 8, N 9. – P. 485–493.

2. *Atkinson M. A. Hepcidin in anemia of chronic kidney disease: review for the pediatric nephrologist* / M. A. Atkinson // *Pediatr. Nephrol.* – 2012. – N 27. – P. 33–40.

3. *Correction of Iron Deficiency in the Cardiorenal Syndrome* / D. S. Silverberg, D. Wexler, A. Iaina [et al.] // *International Journal of Nephrology*. – 2011. – N 11. – P. 2–8.

4. *ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012*. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC / J. McMurray, S. Adamopoulos, S. D. Anker [et al.] // *European Journal of Heart Failure*. – 2012. – N 14. – P. 803–869.

5. *Groenveld H. F. Anemia and mortality in heart failure patients a systematic review and meta-analysis* / H. F. Groenveld, J. L. Januzzi, K. Damman [et al.] // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 2008. – N 52. – P. 818–827.

6. *Iron Repletion in Heart Failure Patients* / D. Silverberg, A. Iaina, D. Wexler [et al.] // *Hypertension*. – 2011. – N 57. – P. 381–382.

7. *Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Anemia Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for Anemia in Chronic Kidney Disease* // *Kidney inter.* – 2012. – N 2. – P. 279–335.

8. *Van der Meer P. Anaemia and renal dysfunction in chronic heart failure* / P. van der Meer, D. J. van Veldhuisen // *Heart*. – 2009. – N 95. – P. 1808–1812.

#### REFERENCES

1. *Van Veldhuisen D.J., Anker S.D., Ponikowski P., Macdougall I.C. Anemia and iron deficiency in heart failure: mechanisms and therapeutic approaches. Cardiology 2011; 9 (8): 485-493.*

2. *Atkinson M.A. Hepcidin in anemia of chronic kidney disease: review for the pediatric nephrologist. Pediatr. Nephrol. 2012; 27: 33-40.*

3. *Silverberg D.S., Wexler D., Iaina A., Schwartz D. Correction of Iron Defi-*

*ciency in the Cardiorenal Syndrome. International Journal of Nephrology 2011; 11: 2-8.*

4. *McMurray J., Adamopoulos S., Anker S.D., Auricchio A., Bohm M., Dickstein K., Falk V., Filippatos G., Fonseca C., Gomez-Sanchez M., Jaarsma T., Kober L., Lip G., Maggioni A.P., Parkhomenko A., Pieske B.M., Popescu B.A., Ronnevik P.K., Rutten F.H., Schwitler J., Seferovic P., Stepinska J., Trindade P.T., Voors A.A., Zannad F., Zeiher A. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. European Journal of Heart Failure 2012; 14: 803-869.*

5. *Groenveld H.F., Januzzi J.L., Damman K., van Wijngaarden J., Hillege H.L., van Veldhuisen D.J., van der Meer P. Anemia and mortality in heart failure patients a systematic review and meta-analysis. J. Am. Coll. Cardiol. 2008; 52 (10): 818-827.*

6. *Silverberg D., Iaina A., Wexler D., Schwartz D. Iron Repletion in Heart Failure Patients. Hypertension 2011; 57: 381-382.*

7. *Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Anemia Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for Anemia in Chronic Kidney Disease. Kidney inter. 2012; 2: 279-335.*

8. *Van der Meer P., van Veldhuisen D.J. Anaemia and renal dysfunction in chronic heart failure. Heart 2009; 95: 1808-1812.*

Надійшла 12.12.2013

УДК 159.922.73:343.62

Л. І. Сеньківська

## ПРОБЛЕМИ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ, ПОТЕРПІЛИХ ВІД ПСИХОЛОГІЧНОГО НАСИЛЬСТВА

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 159.922.73:343.62

Л. И. Сеньковская

### ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НАСИЛИЯ

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Рассмотрены эмоциональные расстройства (заниженная самооценка, высокий уровень тревожности, депрессивность, импульсивность, интравертированность, неуверенность в себе, раздражительность, обидчивость, негативизм, сниженный фон настроения, демонстративность и агрессивность) у детей, испытавших психологическое стрессирование.



Результаты проведенного исследования свидетельствуют о целесообразности комбинированного применения медикаментозной терапии с методами психологической коррекции при психоэмоциональных расстройствах у детей, пострадавших от психологического насилия.

**Ключевые слова:** психоэмоциональное насилие, эмоциональные расстройства.

**UDC 159.922.73:343.62**

**L. I. Senkivska**

## **PROBLEMS OF PSYCHO-EMOTIONAL DISORDERS IN CHILDREN SUFFERED FROM PSYCHOLOGICAL ABUSE**

*The Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine*

**Topicality.** The problem of child abuse is complex and urgent. It has not only physical but also psychological social and legal aspects. Adults who suffered abuse or neglect during childhood are more likely suffering from various diseases such as allergies, arthritis, asthma, bronchitis, hypertension, ulcer. Emotional abuse is almost always accompanied by other forms of violence. In Ukraine violence at one or another form occurs in every other family. Each year about 2 million children under the age of 14 years are beaten by their parents; for 10% of these children outcome is death, and for two thousand — suicide. More than 50 thousand children a year are away from home to escape from their own parents, and 25 thousand are wanted.

**The purpose of the study.** To study psycho-emotional disorders in children suffered from psychological stress.

**Materials and methods.** The cohort study was devoted to psycho-emotional disorders in children who have suffered from abuse. The core group included 120 children who suffered abuse. The control group included 100 children. Children of two groups were comparable by gender and age.

### **Conclusions**

1. The main psychoemotional disorders in children who have suffered from psychological abuse are underestimation of self-esteem, high levels of anxiety and depression, impulsivity, insecurity, irritability, resentment, negativity, and aggression.

2. We remain convinced that local and national data on the use of harsh punishment are important and should inform pediatricians in every country and motivate serious national efforts to reduce child abuse and neglect.

**Key words:** psychoemotional abuse, emotional disorders.

Проблема психотравмуючого впливу насильства на дитину складна й актуальна. Вона має не тільки психологічний, а й соціальний і юридичний аспекти. Порушення, що виникають після насильства, торкаються всіх сфер людського існування і призводять до стійких особистісних змін, які заважають дитині реалізувати себе в майбутньому. Насильство може викликати різні порушення в пізнавальній сфері, а також розлади апетиту, сну, мимовільне відтворення травматичних дій у поведінці, спроби самопокарання (наприклад самокатування), безліч соматичних скарг.

Насильство негативно впливає на психічний розвиток дитини, порушує її соціалізацію, породжує безоглядність неповнолітніх і вчинення ними правопорушень. Багато дітей — жертви насильства — йдуть з дому або дитячих установ, проявляють асоціальну поведінку, починають вживати алкоголь або наркотики [3].

Особливо критичними є дошкільний і підлітковий вікові періоди, які розглядаються більшістю дослідників як «вік ризику» щодо психологічного насильства. До недавня проблема насильства над дітьми залишалася практично закритою для обговорення, що не давало повного уявлення про її масштабність і серйозність: адже діти можуть зазнати насильства не тільки в сім'ї, а й у школі, а також з боку інших соціальних інститутів [5].

Діти, що зазнали психоемоційного насилля, мають труднощі з соціалізацією: у них порушені зв'язки з дорослими, немає відповідних навичок спілкування з однолітками, до того ж у них недостатній рівень знань і ерудиції, щоб завоювати авторитет у школі [4].

Крім безпосереднього впливу, насилля, пережите в дитинстві, може призводити до тривалих наслідків, негативно впливаючи на подальше життя. Воно може сприяти формуванню

специфічних сімейних стосунків, особливих життєвих сценаріїв. Під час дослідження психологічних історій життя людей, які вчиняють дії, що травмують дітей, іноді виявляється їх власний досвід насильства в дитинстві.

Руйнівність наслідків емоційного насильства над дітьми очевидна і впливає на здібності дитини. У таких дітей низька самооцінка, невпевненість у собі, переважання почуття провини, сорому і власної неповноцінності, високий рівень стурбованості, відмова від соціальної взаємодії, вони агресивніші й зазнають поведінкових труднощів, міжособистісних і комунікативних проблем, включаючи проблеми вираження емоцій і неналежної поведінки [2].

Дорослі, які пережили насильство або нехтування в дитинстві, частіше хворіють на різні захворювання, зокрема, такі як алергія, артрит, астма, бронхіт, артеріальна гіпертензія, виразки [1].



Емоційне насильство практично завжди супроводжується іншими видами насильства.

**Мета** дослідження — вивчити проблеми психоемоційних розладів у дітей, потерпілих від психоемоційного насильства.

Були поставлені такі завдання:

— установити рівень самооцінки у дітей, які зазнали психологічного насильства;

— визначити ознаки розладів поведінки у дітей — жертв психологічного стресування;

— оцінити рівень тривожності у дітей, які зазнали психологічного насильства.

### **Матеріали та методи дослідження**

Дослідження проводилися в Одеській КУ «Притулок № 1 для дітей служби у справах дітей Одеської міської ради» та загальноосвітній школі Одеси. Клінічне обстеження й оцінювання психоемоційних розладів, рівня самооцінки та тривожності проводилися за участі невролога і психолога.

Когорту дослідження психоемоційних розладів у дітей, потерпілих внаслідок жорстокого поводження, утворили з 120 дітей основної групи, які зазнали жорстокого поводження, та 100 дітей контрольної групи, що не мають в анамнезі фактів жорстокого поводження, віком 6–17 років.

До психологічного обстеження входила бесіда з дитиною, яка проводилася відповідно до правил психологічної підтримки дітей, потерпілих від насильства, а також з її батьками або опікунами. У процесі психологічної взаємодії склалися уявлення про психоемоційний стан дитини, індивідуальні особливості її характеру, відносини в сім'ї та колективі. Психологічне обстеження починалося зі встановлення кон-

такту і створення умов для довірливих, доброзичливих стосунків, атмосфери розуміння й активної участі в роботі групи.

У процесі виконання завдань спостерігали за поведінкою дитини, що сприяло формуванню початкових уявлень про особливості порушень поведінки, характер психоемоційних розладів, ставлення до запропонованого психологічного тесту і взаємодію із зовнішнім світом та іншими дітьми у конкретних життєвих ситуаціях.

Оцінювання психоемоційних розладів у дітей проводилося за допомогою таких методик:

1. Для визначення рівня самооцінки дітей, її стійкості або суперечливості, а також адекватного самоуявлення дитини використовувалася методика «Драбинка» Дембо — Рубінштейн (модифікація В. Г. Щур, 2002). Дітям була запропонована намальована драбинка з сімома сходинками, на якій вони відмічали фішками рівень розвитку особистісних якостей, крім цього, їм було запропоновано позначити іншими фішками своє місце з позиції оточуючих їх людей — однолітків або родичів.

2. Для оцінювання психоемоційних розладів у дітей використовувалися проєктивні методики. «Кактус» — графічна методика М. Ф. Панфілової (1998) застосовувалася для виявлення стану емоційної сфери дитини, наявності агресії, її спрямованості й інтенсивності. Методика «Три дерева» Е. Клессманн (1990) дозволила виявити особливості внутрішньосімейних стосунків. Дані методики ґрунтуються на принципі проєкції особистих почуттів, емоцій, переживань на малюнок, що дозволяє виявити не тільки емоційні, мотиваційні та міжособистісні характеристики особистості, але й

деякі інтелектуальні аспекти поведінки дітей: загальний інтелектуальний рівень, оригінальність і стиль розв'язання проблемних ситуацій.

3. Для дослідження рівня тривожності застосовувався дитячий тест тривожності Р. Теммла, М. Доркі, В. Амен (2002). Рівень тривожності (високий, середній, низький) свідчив про ступінь емоційної пристосованості дитини до соціальних ситуацій, виявляв ставлення дитини до певних подій, подавав непряму інформацію про характер взаємин дитини з однолітками і дорослими в сім'ї та в колективі. Експериментальний матеріал складається з 14 малюнків, що являють собою певну типову для життя дитини ситуацію. Кожен малюнок виконаний у двох варіантах: для дівчинки (на малюнку зображена дівчинка) і для хлопчика (на малюнку зображений хлопчик).

### **Результати дослідження та їх обговорення**

При оцінюванні психоемоційних розладів у дітей, які зазнали психологічного насильства, виявлено заниження самооцінки, високий рівень тривожності, а також депресивність, імпульсивність, інтравертованість, невпевненість у собі, дратівливість, образливість, негативізм, знижений фон настрою, демонстративність і агресивність.

За даними методики «Драбинка» Дембо — Рубінштейн (табл. 1) встановлено, що у дітей основної групи, які зазнали жорстокого поводження, показник низького рівня самооцінки дорівнював 55,0 % порівняно з контрольним показником (20,0 %,  $p < 0,0005$ ).

У процесі інтерпретації графічних методик «Кактус» М. Ф. Панфілової та «Три дерева» Е. Клессманн (табл. 2) щодо психоемоційного особистісного



Рівень самооцінки дітей,  
потерпілих від психоемоційного насильства

Рівень самооцінки	Основна група, абс. (%), n=120	Контрольна група, абс. (%), n=100	95 % ДІ	p
Високий	18 (15,0)	45 (45,0)	0,10–0,42	0,0005
Середній	36 (30,0)	35 (35,0)	0,43–1,45	0,51
Низький	66 (55,0)	20 (20,0)	2,55–9,41	0,0005

стану дітей отримано дані щодо індивідуальних особливостей тестованих дітей, які відтворюють уявлення дитини про її життя в сім'ї.

Установлено, що частота виявлення невпевненості в собі у дітей основної групи (56,66 %) переважала над іншими емоційними характеристиками особистості порівняно з контрольною групою (30,0 %;  $p < 0,0007$ ). Ознаки дратівливості виявлено у 42,5 % дітей основної групи і у 17,0 % — контрольної ( $p < 0,0007$ ), а імпульсивності — у 42,5 і 19,0 % ( $p < 0,001$ ) випадків відповідно. Агресивні тенденції зареєстровано у 33,33 % дітей, які зазнали насильства (у контрольній групі даний показник сягнув 19,0 %;  $p < 0,002$ ). Діти, які зазнали психологічного насильства, менш оптимістичні (9,16 %) порівняно з тими, що не зазнали його (20,0 %;  $p < 0,035$ ). Інтравертованість спостерігалася в 32,5 % випадків основної і в 47,0 % ( $p < 0,039$ ) контрольної групи. Депресивність виявлена у 22,5 % дітей основної та у 12,0 % ( $p < 0,004$ ) представників контрольної групи відповідно. Негативізм відзначений у малюнках 31,66 % дітей, потерпілих від насильства, і в 19,0 % ( $p < 0,047$ ) — що не зазнали його. Образливість характерна для 23,33 % дітей основної та 18,0 % ( $p < 0,042$ ) контрольної групи.

За даними дитячого тесту тривожності Р. Теммла, М. Доркі, В. Амена (табл. 3), що моделює особистісні відносини («Дитина і мати з немовлям», «Догана», «Ігнорування», «Дитина з батьками»), оцінювалося внутрішнє ставлення дитини до різних життєвих і соціальних ситуацій. Установлено, що серед дітей основної та контрольної груп найбільший рівень тривожності спостерігався у ситуаціях «Дитина з батьками». Високий рівень тривожності у дітей, які зазнали пси-

Таблиця 2  
Оцінювання індивідуальних особливостей психоемоційного стану особистості у дітей основної та контрольної груп

Ознака розладу поведінки	Основна група, абс. (%), n=120	Контрольна група, абс. (%), n=100	95 % ДІ	p
Агресивність	40 (33,33)	19 (19,0)	1,09–4,19	0,02
Депресивність	27 (22,5)	12 (12,0)	1,01–4,98	0,04
Конфліктність	28 (23,33)	15 (15,0)	0,82–3,65	0,16
Демонстративність	51 (42,5)	33 (33,0)	0,83–2,70	0,19
Імпульсивність	51 (42,5)	19 (19,0)	1,63–6,13	0,001
Екстравертованість	47 (39,16)	42 (42,0)	0,50–1,58	0,77
Інтравертованість	39 (32,5)	47 (47,0)	0,30–0,97	0,039
Оптимізм	11 (9,16)	20 (20,0)	0,17–0,94	0,035
Невпевненість	68 (56,66)	30 (30,0)	1,68–5,56	0,0007
Дратівливість	51 (42,5)	17 (17,0)	1,83–7,17	0,0007
Потайність	37 (30,83)	23 (23,0)	0,78–2,86	0,25
Негативізм	38 (31,66)	19 (19,0)	1,00–3,90	0,047
Образливість	37 (23,33)	18 (18,0)	1,02–4,05	0,042

Таблиця 3

Оцінювання тривоги за дитячим тестом тривожності  
Р. Теммла, М. Доркі, В. Амена в основній і контрольній групах

Рівень тривожності	Основна група, абс. (%), n=120	Контрольна група, абс. (%), n=100	95 % ДІ	p
Низький	11 (9,16)	51 (51,0)	0,04–0,21	0,0005
Середній	34 (28,33)	31 (31,0)	0,47–1,63	0,77
Високий	75 (62,5)	18 (18,0)	3,87–15,02	0,0005

хологічного насильства, дорівнював 62,5 % порівняно з 18,0 % ( $p < 0,0005$ ) контрольної групи, що свідчить про недостатню емоційну пристосованість і адаптацію дитини до життєвих ситуацій, що викликають занепокоєння.

Отримані результати віддзеркалюють безпосередній вплив емоційного насильства на дитину. Значущість проблеми ще більш очевидна, якщо брати до уваги віддалені наслідки психологічного стресування. За даними Є. Р. Яр-



ської-Смирнової, такими віддаленими наслідками є: затримка фізичного, мовного розвитку, росту дитини; формування особистісних особливостей (імпульсивності, запальності, ворожості, агресивності) і шкідливих звичок (смоктання пальців, виривання волосся) [6].

Брак батьківської любові у дитячому віці призводить до розвитку емоційного голоду, спотворює формування образу «Я» дитини. У підлітковому віці емоційне насильство провокує спроби здійснення самогубства. У дітей, які зазнали емоційного насильства, спостерігаються нічні кошмари, порушення сну, страх темряви, побоювання людей, їх гніву, депресивні стани, сум, безпорадність, відчай, загальмованість.

#### Висновки

1. Психоемоційними розладами у дітей, які зазнали психологічного насильства, є: зниження самооцінки, високий рівень тривожності, а також депресивність, імпульсивність, інтравертованість, невпевненість у собі, дратівливість, образливість, негативізм, знижений фон

настрою, демонстративність і агресивність.

2. Виявлені психоемоційні порушення є підґрунтям для розробки методів ведення дітей — жертв психоемоційного стресування з використанням психологічної корекції та медикаментозної терапії.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Colman R. Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: a prospective study / R. Colman, C. Widom // *Child Abuse and Neglect*. – 2004. – Vol. 28 (11). – P. 1133–1151.

2. Adverse childhood experiences and adult risk factors for age-related disease / A. Danese, T. E. Moffitt, H. Harrington [et al.] // *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. – 2009. – Vol. 163 (12). – P. 1135–1143.

3. Early physical abuse and later violent delinquency: a prospective longitudinal study / J. E. Langsford, S. Miller-Johnson, L. J. Berlin [et al.] // *Child Maltreatment*. – 2007. – Vol. 12 (3). – P. 233–245.

4. Алексеева Л. С. О насилии над детьми в семье / Л. С. Алексеева // *Педагогика*. – 2006. – № 5. – С. 43–52.

5. Новичихина И. Н. Домашнее насилие как социальная опасность / И. Н. Новичихина // *Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы*. – 2007. – № 2. – С. 74–79.

6. Ярская-Смирнова Е. Р. Домашнее насилие над детьми: стратегии объяснения и противодействия / Е. Р. Ярская-Смирнова, П. В. Романов, Е. П. Антонова // *СОЦИС*. – 2008. – № 1. – С. 57–64.

#### REFERENCES

1. Colman R., Widom C. Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: a prospective study. *Child Abuse and Neglect* 2004; 28 (11): 1133-1151.

2. Danese A., Moffitt T.E., Harrington H., Milne B.J., Polanczyk G., Pariante C.M. et al. Adverse childhood experiences and adult risk factors for age-related disease. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 2009; 163 (12): 1135-1143.

3. Langsford J.E., Miller-Johnson S., Berlin L.J., Dodge K.A., Bates J.E., Pettit G.S. Early physical abuse and later violent delinquency: a prospective longitudinal study. *Child Maltreatment* 2007; 12 (3): 233-245.

4. Alekseeva L.S. About violence on children in the family. *Pedagogika* 2006; 5: 43-52.

5. Novichikhina I.N. Domestic violence as a social danger. *Vestnik psikhosotsialnoi i korrektsionno-reabilitatsionnoi raboty* 2007; 2: 74-79.

6. Iarskaia-Smirnova E.R., Romanov P.V., Antonova E.P. Domestic violence against children: strategies and counter explanations. *SOCIS* 2008; 1: 57-64.

Надійшла 10.12.2013

УДК 616.12-008.46-036.1:616.61-036.8-053.9

С. О. Шейко

## ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ НА ВИЖИВАНІСТЬ ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ І КАРДІОРЕНАЛЬНИМ СИНДРОМОМ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», Дніпропетровськ, Україна

УДК 616.12-008.46-036.1:616.61-036.8-053.9

С. А. Шейко

### ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ПРЕКЛОННОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И КАРДИОРЕНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», Днепропетровск, Украина

Комплексное лечение больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) без кардиоренального синдрома (КРС) и больных с ХСН и КРС заключалось в использовании стандартных методов длительной фармакотерапии ХСН, коррекции анемического синдрома и коррекции

