

УДК 316.482-057.874:159.922.7

М.Л. Аряєв, Л.І. Сеньківська, І.М. Шевченко, В.А. Гудзь, Т.В. Кузьменко**Синдром жорстокого поводження з дитиною в Одеському регіоні: епідеміологія, клінічні і психоневрологічні прояви та наслідки**

Одеський національний медичний університет МОЗ України

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2016.4(76):124-128; doi10.15574/SP.2016.76.124

Представлена медико-соціальна оцінка та епідеміологічна характеристика різних форм жорстокого поводження з дитиною. Наводяться результати епідеміологічного вивчення обізнаності та особистого досвіду у дорослих і школярів м. Одеса щодо різних аспектів синдрому жорстокого поводження з дитиною, у тому числі шкільного булінгу. Наведена клінічна, психоневрологічна та психологічна характеристика дітей, що зазнали психологічної жорстокості. Більша частота психосоматичної патології, психоневрологічних синдромів, психоемоційних та когнітивних порушень була провідним клінічним проявом і наслідком психологічної жорстокості по відношенню до дитини.

Ключові слова: синдром жорстокого поводження з дитиною, шкільний булінг, психологічна жорстокість, діти.

Вступ

Жорстоке поводження з дітьми характеризується високою поширеністю, різноманітністю клінічних проявів, труднощами запобігання, виявлення, високою ймовірністю ускладнень і летальних результатів. Проблема насильства, жорстокого поводження і зневаги до потреб дітей є однією з найгостріших й актуальніших проблем сучасного світу. Це пов'язано з тим, що насильство відносно дітей або зневажання їхніми основними потребами спричиняють негативний вплив на розвиток, здоров'я і життя дитини, порушують його соціалізацію, породжують бездоглядність і правопорушення неповнолітніх. 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 постраждалим дітям [1,3,11].

Наукове формулювання проблеми належить С.Н. Кемре [12], який на підставі аналізу 749 випадків увів поняття «Синдром побитої дитини», детально описав типові ознаки невідповідних тілесних ушкоджень і показав педіатричні, психіатричні, рентгенологічні та юридичні аспекти проблеми.

На нараді ВООЗ у 1999 р. було сформульоване таке визначення жорстокого поводження з дітьми: «Жорстоке або погане поводження з дитиною — це всі форми фізичного та/або емоційного поганого поводження, сексуальне насильство, відсутність турботи, зневага, торгівля або інші форми експлуатації, здатні призвести або призводять до фактичної шкоди здоров'ю дитини, її виживання, розвитку або гідності в контексті відносин відповідальності, довіри або влади» [5,7].

Положення Конвенція ООН «Про права дитини» (1989 р.) стали основою для розробки норм Сімейного, Кримінального і Цивільного кодексів деяких держав — членів ООН. В Україні права неповнолітніх гарантуються Конституцією та окремими статтями Сімейного, Цивільного, Кримінального і Кримінально-процесуального кодексів. Провідними нормативно-правовими документами щодо жорстокого поводження з дітьми і попередження насильства в сім'ї є: Закон України «Про попередження насильства в сім'ї» [4], Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо вдосконалення законодавства стосовно протидії насильству в сім'ї», Закон України «Про охорону дитинства», Закон України «Про органи і служби у справах неповнолітніх та спеціаль-

ні установи для неповнолітніх», Закон України «Про соціальну роботу з дітьми та молоддю»; Постанова Кабінету Міністрів України від 26.04.2003 №616 «Про затвердження Порядку розгляду заяв та повідомлень про вчинення насильства в сім'ї або реальну його загрозу»; наказ Державного комітету України у справах сім'ї та молоді, Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров'я України від 16.01.2004 №5/34/24/11 «Про затвердження Порядку розгляду звернень та повідомлень з приводу жорстокого поводження з дітьми або реальної загрози його вчинення».

Жорстоке поводження і зневага до дитини більш поширені, ніж прийнято вважати. За даними ВООЗ, приблизно 20% жінок і 5–10% чоловіків у дитинстві піддавалися сексуальному насильству. Серед дітей 25–50% повідомляють про те, що зазнали фізичного насильства [10].

У США в 2011 р. у зв'язку з підозрою на синдром жорстокого поводження в органи захисту дітей було подано 3,4 млн звернень, 8,4% з яких — від медичного персоналу. Частота діагностованого синдрому жорстокого поводження з дитиною склала 9,1 випадку на 1000 дітей, причому 78% з них постраждали від занедбаності. Летальність склала 2,1 на 100 000 дітей.

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%.

Існують чотири основні види синдрому жорстокого поводження з дитиною. До них належать:

1. Фізична жорстокість (Т74.1).
2. Сексуальна жорстокість (Т74.2).
3. Психологічна жорстокість (Т74.3).
4. Залишення без уваги (занедбаність, зневага, neglect) як позбавлення базисних потреб у харчуванні, освіті, безпечному оточенні тощо (Т74.0).

Іншими видами жорстокого поводження є:

Медицина занедбаність (medical neglect) — ненадання дитині медичної допомоги, діагностичних, профілактичних та лікувальних процедур або їх необґрунтоване відкладання.

Буллінг (Bulling, від англ. bully — хуліган, забіяка, задира-ка) являє собою тривалий процес свідомо жорстокого ставлення, фізичного та/або психологічного насильства з боку однієї дитини або (частіше) групи дітей по відношенню до іншої дитини і включає різні типи — вербальний, фізичний, сексуальний, кібербулінг (образи, погрози з використанням різних електронних засобів).

Делегований синдром Мюнхаузена (Fabricated and induced illness, Munchausen syndrome by proxy) є жорстоким поведінням із дітьми, за якого дитина вигадує або за допомогою медикаментів провокує виникнення хвороби з метою звернення за медичною допомогою. Колишня назва синдрому — «Медична жорстокість» (medical abuse).

Неонатальний абстинентний синдром (Neonatal abstinence syndrome) являє собою комплекс поведінкових і фізіологічних ознак і симптомів як синдром відміни після тривалого внутрішньоутробного впливу на плід наркотичних засобів або сильнодіючих препаратів.

Синдром трясіння немовляти (shaken baby syndrome) — пошкодження головного мозку і кісток новонароджених немовлят або дітей раннього віку, коли батьки або опікун трясе, шльопав дитину або кидає її на будь-які предмети через роздратування та/або занепокоєння.

Дані наукової літератури свідчать про те, що жорстоке поведіння з дитиною зустрічається у будь-якій соціальній, расовій, статевій і віковій групі. Ризик жорстокого поведіння з дитиною виникає на різних рівнях — соціальному, сімейному та/або особистісному. До соціальних факторів відносяться бідність, безробіття, ізоляція, незадовільні житлово-побутові умови, недостатня соціальна підтримка. Сімейними факторами ризику є депресія, наркотична залежність, психічні захворювання, низька самооцінка, неадекватна рольова модель, нереалістичність очікувань від дитини. До факторів ризику, що пов'язані з особистістю дитини, належать різні порушення, розлади мови і ментальні відхилення, вроджені аномалії або хронічні та рецидивні захворювання, гіперактивність, недоношеність, інвалідність, небажані, а також прийомні або нерідні діти [15].

Проблема жорстокого поведіння з дитиною є важливою складовою сучасної соціальної та клінічної медицини. Аналіз наукової літератури свідчить про відсутність уніфікованої методики виявлення та моніторингу випадків жорстокого поведіння з дітьми. Саме цим пояснюються істотні розбіжності в епідеміології насильства в різних регіонах планети.

На жаль, до цього часу в Україні не налагоджена система вчасного виявлення випадків насильства над дітьми та відсутні необхідні умови для ефективної протидії жорсткому поведінню. Не до кінця сформовані командний підхід (медична команда має включати педіатрів, неонатологів, спеціалістів інтенсивної терапії, травматологів, за необхідності — дитячих неврологів, нейрохірургів, офтальмологів, психіатрів, ортопедів, рентгенологів) і взаємодія із соціальною службою, правоохоронними органами, виховно-освітніми установами, засобами масової інформації та громадськими організаціями. Недостатня робота проводиться у напрямку підвищення медичної свідомості населення щодо проблеми насильства, у тому числі шкільного булінгу. Недостатньо використовуються метод непрямого виявлення на основі анкетування поширеності варіантів насильства та моніторинг стану здоров'я постраждалих дітей. Недостатньо досліджені психоневрологічні прояви і наслідки психологічної жорстокості по відношенню до дитини. В Україні медичні аспекти проблеми представлені тільки окремими публікаціями. Відсутні регіональні

дослідження щодо особливостей клінічної картини різних варіантів жорстокого поведіння з дитиною, особливо у неонатальному періоді. Недостатньо вивчені такі форми, як синдром трясіння немовляти, неонатальний абстинентний синдром, делегований синдром Мюнхаузена, шкільний булінг, медична занедбаність. Не в повній мірі вивчені психоневрологічні прояви та наслідки різних форм жорстокого поведіння, у тому числі серед новонароджених. Потребує доопрацювання концепція комбінованого використання психологічної корекції та медикаментозної терапії постраждалих від жорстокого поведіння дітей.

Мета роботи: оцінка регіональних особливостей жорстокого поведіння з дитиною, інформованості, особистого досвіду з даної проблеми дорослих та школярів; виявлення у постраждалих дітей клінічних, психоневрологічних і психоемоційних наслідків психологічної жорстокості.

Матеріал і методи дослідження

Програма дослідження передбачала кілька послідовних етапів з урахуванням усіх вимог і принципів біоетики. На першому етапі було проведено анкетування з метою оцінки рівня поінформованості населення м. Одеси, власного досвіду та відношення щодо насильства в сім'ї і належних методів покарання та виховання. Об'єктом вивчення стали 1024 респонденти віком від 18 до 70 років. Було запропоноване анкетування у телефонному режимі за методикою S. Georgiades (2009).

На другому етапі дослідження було проведено анкетування школярів середніх загальноосвітніх шкіл м. Одеси з метою вивчення поінформованості щодо проблеми шкільного булінгу. В анонімному опитуванні взяли участь 615 учнів 5–11 класів. Вибірка була випадковою, опитування проводилось із використанням анкети, розробленої Центром Трінті-коледж м. Дублін (Ірландія).

На третьому етапі роботи було обстежено 220 дітей віком 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. 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.

Статистичну обробку отриманих даних виконували за допомогою програм Excel 2010, STATISTICA 10 та Інтернет-калькулятора SISA (Simple Interactive Statistical Analysis). Частки (відсотки) представлені з 95% довірчими інтервалами. У всіх процедурах статистичного аналізу при перевірці нульових гіпотез критичний рівень значущості p приймався за 0,05. Дослідження взаємозв'язку між парами дискретних якісних ознак проводилося з використанням аналізу парних таблиць спряженості, де оцінювалися значення статистики Пірсона χ^2 , досягнутий рівень значущості (p) і відношення шансів (ВШ) з 95% довірчими інтервалами (ДІ).

Результати дослідження та їх обговорення

Переважну більшість респондентів (780 осіб) становили жінки, середній вік яких був близько 45 років. Середній вік опитаних чоловіків (220 осіб) склав 40 років. Вищу освіту мали 34,8% респондентів, середню освіту — 45,6%, неповну середню освіту — 19,6%. При епідеміологічному дослідженні методом інтерв'ю у телефонному режимі було

встановлено, що значна частина населення, незалежно від статі і рівня освіти, мала середній і низький рівень обізнаності про суть проблеми жорстокого поводження з дітьми. Лише 13,2% (95% ДІ 11,1–15,2) респондентів продемонстрували високу обізнаність щодо проблеми жорстокого поводження з дітьми, причому серед чоловіків висока обізнаність виявлялась частіше, ніж серед жінок, — у 113 (14,5%, 95% ДІ 12,5–17,5) і 19 (18,6%, ДІ 95% 13,8–24,1) осіб відповідно. При оцінці суб'єктивного сприйняття респондентами частоти жорстокого поводження з дітьми в Одеському регіоні виявилось, що переважна більшість опитаних — 59,8% (95% ДІ 56,9–63,0) — вважає, що поширеність насильства над дітьми в Одеському регіоні приблизно така сама, як і в інших містах України.

Зазнали жорстокого поводження у дитинстві 65,6% (95% ДІ 63,0–68,9) респондентів, 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, погіршення критика), 21,3% (95% ДІ 17,8–24,1) заявили, що зазнавали фізичної жорстокості у вигляді ударів по обличчю, тілу, скування за волосся і смикання за вухо, а 9,2% (95% ДІ 6,8–11,1) переживали 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 зазнавали жорстокого поводження.

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 виявле-

но у жодного респондента). У 1% (95% ДІ 0,2–1,7) випадків зафіксована комбінація кількох видів насилля, що було більш притаманне чоловікам.

Відношення респондентів до різних методів покарання дітей було різним. 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 за жодних обставин, у тому числі для 18,5% (95% ДІ 15,3–20,6) жінок і 23,6% (95% ДІ 18,3–29,6) чоловіків.

Щодо особистої практики покарання дітей, то серед респондентів виявилася високою 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 провідний метод покарання вважають доцільною лише 12,9% (95% ДІ 10,9–15,8) респондентів, а різні варіанти обмеження дитини є прийнятними тільки для 18,4% (95% ДІ 15,6–20,4) респондентів.

Анкетування щодо шкільного булінгу показало, що значна частина учнів, незалежно від статі, — 85,6% (95% ДІ 83,2–88,7) — була недостатньо обізнана про суть проблеми. 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. Найбільш інтенсивно шкільний булінг відчували учні 5–7 класів — 20,9% (95% ДІ 17,8–24,2). У 8–9 класах це явище відчували на собі 13,9%

Таблиця

Порівняння клінічної патології у дітей основної та контрольної груп

Соматична патологія	Основна група (n=120)	% ДІ	Контрольна група (n=100)	% ДІ	P
Низька маса тіла для віку	28	23,3% (15,4–30,5)	6	6,0% (1,3–10,6)	0,001
Дискінезія жовчного міхура	64	53,3% (44,0–61,9)	40	40,0% (30,3–49,6)	0,049
Хронічний гастродуоденіт	52	43,3% (34,1–51,8)	27	27,0% (18,2–35,7)	0,012
Хронічний тонзиліт	24	20,0% (12,8–27,1)	10	10% (4,1–15,8)	0,041
Хронічний гайморит	3	2,5% (1,7–3,2)	1	1,0% (0,1–2,9)	0,4
Аденоїдні вегетації	30	25,0% (17,2–32,7)	9	9,0% (3,3–14,6)	0,002
Синдром подразненого кишечника	27	22,5% (14,5–29,4)	11	11,0% (4,8–17,1)	0,025
Виразкова хвороба шлунка та 12-палої кишки	3	2,5% (1,7–3,2)	0	0	0
Есенціальна гіпертензія	8	6,7% (2,4–11,5)	1	1,0% (0,1–2,9)	0,035
Ревматоїдний артрит	6	5,0% (1,1–8,9)	1	1,0% (0,1–2,9)	0,09
Атопічний дерматит	35	29,2% (20,8–37,1)	12	12% (5,6–18,3)	0,002
Бронхіальна астма	9	7,5% (2,5–11,6)	2	2,0% (0,1–4,7)	0,062
Нейродерміт	3	2,5% (1,7–3,2)	0	0	0
Цукровий діабет	0	0	1	1,0% (0,1–2,9)	0
Міопія різного ступеня	5	4,2% (0,4–7,5)	3	3,0% (0,1–6,3)	0,64
Пролапс мітрального клапана (без регургітації)	4	3,3% (0,1–6,0)	1	1,0% (0,1–2,9)	0,24

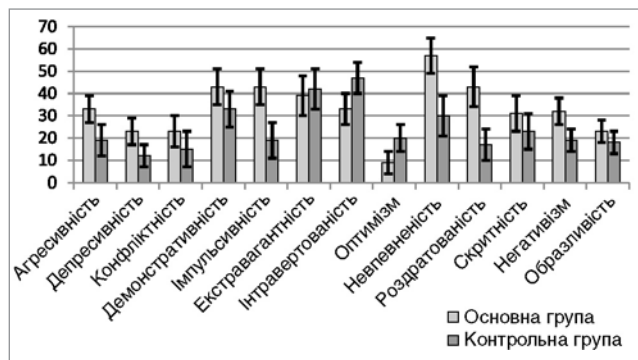


Рис. Особливості психоемоційного стану у дітей основної та контрольної групи

(95% ДІ 11,2–16,7) осіб, а в 10–11 класах — 8,6% (95% ДІ 6,7–11,2) учнів. Виявлено, що дівчата частіше (81,3% (95% ДІ 76,8–85,2) брали участь у шкільному булінгу, спрямованому на однокласників, ніж хлопці (41,7% (95% ДІ 36,2–47,7)). Установлено, що 29,0% (95% ДІ 25,4–32,5) дітей виступали як агресори, 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: 7,0% (95% ДІ 4,1–9,9) хлопчиків і 10,5% (95% ДІ 7,7–12,4) дівчаток. Серед респондентів 2,4% (95% ДІ 1,6–6,3) мали досвід як жертви, так і агресора, у тому числі 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.

Виявлені вікові та статеві особливості у формах і проявах шкільного булінгу та соціального ставлення 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 ($\chi^2=11,5$; $p=0,003$). При аналізі різних видів насильства відзначено, що для осіб чоловічої статі характерний переважно фізичний булінг, який значно знижується в учнів 10–11 класів. Психологічний булінг найчастіше притаманний особам жіночої статі та не має статистичного зниження у старшому шкільному віці (10–11 клас). Виявлена тенденція до збільшення випадків фізичного булінгу серед дівчаток старших класів.

Знайдені 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 (табл.). 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.

Психоневрологічне обстеження у дітей, що зазнали психологічної жорстокості, частіше виявляло ознаки психовегетативного синдрому — 53,3% (95% ДІ 44,0–61,9) порівняно з 33,0% (95% ДІ 23,7–42,2; $p<0,002$) у контрольній групі. Прояви астеноневротичного 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: непосидючість, 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.

У соціальній поведінці значної частини дітей основної групи відзначалися суттєві відхилення, 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 потяг 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 (рис.). 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; $p<0,0005$).

Висновки

Проведене дослідження показало, що переважна більшість респондентів була недостатньо обізнаною щодо проблеми жорстокого поводження з дітьми, хоча багато з них у дитинстві самі відчували жорстоке поводження. Потребує змін ставлення значної частини респондентів до методів покарання дітей, деякі з них мають ознаки жорстокого поводження. Переважна кількість респондентів шкільного віку мала низький рівень обізнаності щодо проблеми шкільного булінгу.

Наслідком психологічної жорстокості є більш часте виявлення захворювань, які належать до групи психосоматичної патології, та психоневрологічних розладів у вигляді синдрому дефіциту уваги та гіперактивності, психовегетативного синдрому та астеноневротичного синдрому. Спостерігалися відхилення у соціальній поведінці, психоемоційні розлади та когнітивні порушення.

Захист і підтримка матері та дитини є найважливішим завданням держави, інститутів цивільного суспільства та загалом системи охорони здоров'я. Результати роботи у цьому напрямку є чутливим індикатором соціально-економічного і морального благополуччя суспільства, дотримання принципів демократії, прагнення до міжнародної інтеграції і захисту прав особистості.

ЛІТЕРАТУРА

1. Долецкий С. Я. Критические ситуации в здоровье и воспитании детей / С. Я. Долецкий. — Москва, 1986. — С. 15.
2. Катування та жорстоке поводження з дітьми в Україні / за заг. ред. Є. Ю. Захарова. — Харків : Права людини, 2013. — 244 с.
3. Отчет о профилактической работе органов внутренних дел за январь-декабрь 2012 г. : сб. по России ГИАЦ МВД России. — 2013. — С. 11—14.
4. Про попередження насильства в сім'ї : Закон України від 15.11.2001 № 2789-III // Відомості Верховної Ради України. — 2002. — № 10. — Ст. 70.
5. Child Abuse and Neglect Fatalities 2012: Statistics and Interventions [Electronic resource]. — Access mode : <https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/fatality.pdf>.
6. Childhood bullying behaviors as risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study / A. B. Klomek, A. Sourander, S. Niemela [et al.] // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. — 2011. — Vol. 48. — P. 254—261.
7. Childhood bullying involvement and exposure to intimate partner violence / N. S. Bauer, T. I. Herrenkohl, P. Lozano [et al.] // Pediatrics. — 2012. — Vol. 118. — P. 235—242.
8. Colman R. Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: a prospective study / R. Colman, C. Widom // Child Abuse and Neglect. — 2008. — Vol. 28, № 11. — P. 1133—1151.
9. Dombrowski S. C. Keeping children safe from online sexual victimization / S. C. Dombrowski, K. L. Gischar // NASP Communique. — 2005. — Vol. 34, № 2. — P. 392.
10. Fang X. The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention / X. Fang // Child Abuse & Neglect. — 2012. — Vol. 36, № 2. — P. 156—165.
11. Giardino A. P. Recognition of Child abuse for mandated reporter / A. P. Giardino. — Missouri : G. W. Medical Publishing, 2004. — 440 p.
12. Kempe R. The common secret: sexual abuse of children and adolescent / R. S. Kempe, C. H. Kempe. — N. Y., 1983. — P. 56—89.
13. Long-Term Consequences of Child Abuse and Neglect [Electronic resource] // Child Welfare Information Gateway. — 2013. — Access mode : http://www.childwelfare.gov/pubs/factsheets/long_term_consequences.cfm.
14. Olweus D. Bulling in school: evaluation and dissemination of the Olweus Bulling Prevention Program / D. Olweus, S. P. Limber // The American Journal of Orthopsychiatry. — 2010. — Vol. 80, № 1. — P. 124—134.
15. Parental Substance Abuse A Major Factor In Child Abuse And Neglect [Electronic resource]. — 2015. — Access mode : <http://www.nccafv.org/parentalsubstanceabuse.htm>.
16. Theoklitou D. Physical and emotional abuse of primary school children by teachers / D. Theoklitou, N. Kabitis, A. Kabitsi // Child Abuse & Neglect. — 2011. — Vol. 36. — P. 64—70.
17. Violence, crime, and abuse exposure in a national sample of children and youth: An update / D. Finkelhor, H. A. Turner, A. Shattuck, S. L. Hamby // JAMA pediatrics. — 2013. — Vol. 167, № 7. — P. 614—621

Синдром жестокого обращения с ребенком в Одесском регионе: эпидемиология, клинические и психоневрологические проявления и последствия

Н.Л. Аряев, Л.И. Сеньковская, И.М. Шевченко, В.А. Гудзь, Т. Кузьменко

Одесский национальный медицинский университет МЗ Украины, Одесса

Цель исследования. оценка региональных особенностей жестокого обращения с ребенком, информированности, личного опыта по данной проблеме у взрослых и школьников и выявление у пострадавших детей клинических, психоневрологических и психоэмоциональных последствий психологической жестокости.

Материалы и методы. Проводилось анкетирование взрослого населения для оценки проблемы относительно насилия в семье и школьников общеобразовательных школ относительно проблемы школьного буллинга. Психологические тесты оценивали эмоциональное состояние ребенка, когнитивные функции и внутрисемейные отношения. Статистическую обработку полученных данных выполняли с помощью программ Excel 2010, STATISTICA 10 и интернет-калькулятора SISA (Simple Interactive Statistical Analysis).

Результаты. В Одесском регионе достаточно много респондентов, как мужчин, так и, особенно, женщин, в детстве подверглась 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.

Выводы. Установлено, что значительная часть учащихся средних школ г.Одесса 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 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, пострадавших от психологической жестокости, чаще выявлялись заболевания, относящиеся к группе психосоматических, психоневрологические синдромы, психоэмоциональные нарушения и когнитивные расстройства.

Ключевые слова: синдром жестокого обращения с ребенком, школьный буллинг, психологическая жестокость, дети.

Child abuse in Odessa region: epidemiology, clinical and psychoneurological features and consequences

M. Aryayev, L. Senkivska, I. Shevchenko, V.Gudz.,T. Kuzmenko

Odessa National Medical University of Ministry of Health of Ukraine, 65000 Odessa

The paper presents the data of world literature in epidemiology and characteristics of the manifestations of child abuse. It was revealed that enough respondents in Odessa for both men and especially women, as a child had been ill-treated (65.6% of respondents). There is insufficient knowledge of the problem of child abuse: only 13% of respondents showed a high level of awareness about domestic violence. The most common forms of ill-treatment were emotional abuse 30.0% (95% CI 26.4–33.5) (especially for girls) and physical violence — 21.3% (95% CI 17.8–24.1) (especially for boys). It was found that a significant portion of respondents considered acceptable to use as punishment of children, different variants of the physical (27.6%, 95% CI 25.2–30.7) or aggressive psycho-emotional (21.4%; 95% CI 18.5–23.5) exposure. Only 19.7% of respondents (95% CI 17.5–22.5) consider at all unacceptable methods of punishment any of child. It was found that a significant proportion of secondary school pupils of Odessa had insufficient level of awareness about core of the problem of school bullying — 85.6% (95% CI, 83.2% — 88.7%). Among the respondents, 86.3% (95% CI 83.2–88.7) students directly or indirectly faced with this phenomenon as a victim, the aggressor, the observer, or a victim advocate. In girls, the prevailing form of abuse is verbal bullying (72.0%, 95% CI 67.2–76.8), while the boys — physical bullying (21.6%; 95% CI 8.2–31.4). Psychosomatic diseases, psychoneurological syndromes, psychoemotional and cognitive disorders are the main clinical features and consequences of psychological abuse.

Key words: child abuse, school bullying, psychological abuse, children.

Сведения об авторах:

Аряев Николай Леонидович — д.мед.н., проф., член-корр. НАМН Украины, зав. каф. педиатрии №1 Одесского национального медицинского университета.

Адрес: г. Одесса, ул. Ак. Воробьева, 3, Одесская областная детская клиническая больница; тел. (048) 740-52-49.

Сеньковская Людмила Ивановна — ассистент каф. педиатрии №1 Одесского национального медицинского университета.

Адрес: г. Одесса, ул. Ак. Воробьева, 3, Одесская областная детская клиническая больница; тел. (048) 740-52-49.

Шевченко Игорь Михайлович — к.мед.н., доц. каф. педиатрии №1 Одесского национального медицинского университета.

Адрес: г. Одесса, ул. Ак. Воробьева, 3, Одесская областная детская клиническая больница; тел. (048) 740-52-49.

Гудзь В.А. — к.мед.н., ассистент каф. инфекционных детских болезней Одесского национального медицинского университета. Адрес: г. Одесса, ул. Ак. Воробьева, 3.

Кузьменко Татьяна Владимировна — аспирант каф. педиатрии №1 Одесского национального медицинского университета.

Адрес: г. Одесса, ул. Ак. Воробьева, 3, Одесская областная детская клиническая больница; тел. (048) 740-52-49.

Статья поступила в редакцию 27.04.2016 г.