

ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ДІТЕЙ З ТРИВОЖНО- ФОБІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Матковська Т. М.

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», м. Харків, Україна
2396366@gmail.com

На підставі власних досліджень визначено превалювання тривожно-фобічних розладів вірогідно частіше у дітей 7–11 років, простежено їх зниження по мірі дорослішання. Зворотню закономірність простежено щодо формування тривожно-депресивного розладу – по мірі дорослішання дитини простежено його збільшення. Визначено гендерні особливості тривожних розладів у дітей. Зазначено неоднозначність впливу тривоги як симптому на когнітивне функціонування. Порушення когнітивних функцій при тривожних розладах розглядається в якості окремої складової хвороби.

Ключові слова: діти, підлітки, тривожні розлади, фобії, психологічні особливості.

FEATURES OF COGNITIVE FUNCTIONING IN CHILDREN WITH ANXIETY-RELATED DISORDERS

Matkovska T. M.

SI «Institute of Children and Adolescents Health Care of the NAMS of Ukraine», Kharkiv

Based on our own research, the prevalence of anxiety-related disorders is likely higher in children aged 7–11 years, and a decrease in these disorders is observed as children grow older. Conversely, a reverse pattern is traced in the formation of anxiety-depressive disorders – an increase in such disorders is observed as the child matures. Gender-specific features of anxiety disorders in children are identified. The impact of anxiety as a symptom on cognitive functioning is noted to be ambiguous. Cognitive function impairments in anxiety disorders are considered as a separate component of the condition

Keywords: children, adolescents, anxiety disorders, phobias, psychological features.

ВСТУП

Тривожні розлади (ТР) представляють групу найбільш поширених психічних захворювань, які позбавляють працездатності, вони завдають істотний соціальний і економічний збиток самим пацієнтам, їхнім родинам і суспільству. Наявність в минулому одного з тривожних порушень істотно підвищує можливість появи іншого епізоду. Звертає увагу факт, що 75,0% пацієнтів з тривожними розладами відповідають критеріям інших психіатричних захворювань. За даними епідеміологічних досліджень, протягом життя тривожні стани розвиваються у одній чверті популяції, поширеність становить від 6,0% до 13,6%. Симптоми патологічної тривоги виявляють у 30–40% хворих, які звертаються до лікарів загальної медичної практики [2].

Тривожно-фобічні розлади (ТФР) відносяться до числа найбільш поширених порушень в дитячому та підлітковому віці. Незважаючи на численні публікації, клінічні аспекти невротичної тривоги у дітей і підлітків залишаються недостатньо вивченими. Зокрема, потребують поглиблених досліджень психопатологічні особливості невротичної тривоги, її

клінічна типологія, взаємозв'язок зі стресом і фобіями, клінічна динаміка на різних етапах онтогенетичного розвитку, афінітет до інших невротичних симптомів [4].

Синдроми тривоги і страхів є одними з найбільш поширених психопатологічних феноменів в дитинстві. Це пов'язано з тим, що діапазон доступних дитині реакцій вуже, ніж на етапі зрілості, крім того, на ранніх етапах розвитку дитину оточує велика кількість незнайомих об'єктів і явищ, що закономірно провокують виникнення афекту страху. Виникнувши в дитинстві, такого роду психопатологічні феномени можуть зберігатися в підлітковому і дорослому віці. Феноменологію фобій у дітей у віковому аспекті широко висвітлено в підручнику з дитячої психіатрії під ред. Є. Г. Ейдемільера. Автор наводить близько 150 найменувань фобій характерних для дітей і підлітків [1]. В останні десятиліття більшість дослідників поділяють фобії згідно з прийнятими в даний час міжнародним класифікаціям МКХ-10 и DSM-IV-R [3, 6].

Дослідженнями доведено, що досить тривалий час прояви тривоги і страху у дітей залишаються недооціненими фахівцями. А. Gregory і співавт., вияви-

ли, що більш ніж у 50,0% з тих, хто в дорослому віці мав психіатричний діагноз, і у 40,0% осіб з тривожними розладами було зафіксовано відповідну симптоматику вже у віці 11–15 років, а у 1/4 тих і інших до 18 років реєструвалися клінічно окреслені тривожно-фобічні розлади [7].

Тривога — психологічний та фізіологічний стан, який включає в себе соматичний, емоційний, когнітивний і поведінковий компоненти. Тривога може виникати без будь-яких причин і сприймається як неконтрольована, неспецифічна, розсіяна, безпредметна, тоді як страх пов'язаний з конкретною ситуацією. Діапазон доступних дитині реакцій вузьке, ніж на етапі зрілості, крім того, на ранніх етапах розвитку дитину оточує велика кількість незнайомих об'єктів і явищ, що закономірно провокують виникнення афекту страху. Виникнувши в дитинстві, такого роду психопатологічні феномени зберігаються і в підлітковому і дорослому віці.

Тривожні розлади у дітей та підлітків рідко діагностуються на практиці, так як ці стани мають різні маски, що ускладнюють як ранню діагностику, так і терапію. У вітчизняній літературі клінічну феноменологію тривожного розладу у дітей і підлітків представлено лише окремими роботами. За даними зарубіжних дослідників поширеність тривожних розладів характеризується значним розкидом показників (від 20,0% до 70,0%). У певній частині дослідних робіт встановлено зв'язок тривожних розладів з такими демографічними і соціопсихологічними факторами ризику формування тривожних розладів як вік, стать, етнос, сімейна дисфункція, стреси, наявність психопатології у батьків, інтелектуальний рівень, наявність соматичних захворювань, рівень самооцінки та ін.

Враховуючи, що підвищена тривожність погіршує здатності до психологічної адаптації, проведено дослідження структури проявів тривожності у підлітків із тривожними розладами зв'язку з проблемами, що виникають в сімейному колі, при шкільному навчанні, у стосунках із однолітками.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Обстежено 136 дітей та підлітків із тривожними розладами (тривожно-фобічні і тривожно-депресивні розлади, генералізований тривожний розлад) віком 8–17 років, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні психіатрії ДУ «ІОЗДП НАМН». Серед обстежених — 98 дівчат і 38 хлопців. Розподіл хворих за віком мав наступний вигляд: діти 7–11 років — 24 спостереження (10 хлопців, 14 дівчат); хворі 12–14 років — 56 спостережень (17 хлопців, 39 дівчат); хворі 15–17 років — 53 спостереження (11 хлопців, 42 дівчини). Багатомірною методикою оцінки дитячої тривожності (МОДТ) (О. Є. Роміцина (Малкова), 2006) [5].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За даними методики оцінки дитячої тривожності були обраховані середні показники шкал тривожності в групах хворих різної статі. Найбільш високий рівень показників визначався за шкалою загальної тривожності як в підгрупі хлопців ($2,08 \pm 0,17$), так і в підгрупі дівчат ($2,71 \pm 0,11$) із тривожно-фобічними розладами.

У хворих з ТФР найбільш низькі показники тривожності стосувалися сфери стосунків з вчителями як у хлопців ($1,69 \pm 0,12$), так і у дівчат ($2,29 \pm 0,09$); а також тривоги у стосунках із однолітками як у хлопців ($1,73 \pm 0,13$), так і у дівчат ($2,28 \pm 0,11$).

Гендерна специфічність визначалася рівнем отриманих тестових оцінок — у дівчат середні показники майже усіх шкал були вірогідно вищими, ніж у хлопців, за винятком шкали «Підвищення вегетативної реактивності, пов'язане із тривогою», де відмінності сягали рівня тенденції.

За даними методики оцінки дитячої тривожності також були обраховані середні показники шкал тривожності в підгрупах різного віку: 8–10 років, 11–13 років та 14–17 років. Найбільш високий рівень показників визначався за шкалою загальної тривоги в усіх вікових підгрупах.

Другу позицію за вираженістю в молодшій та середній вікових підгрупах посідали показники шкали «Зниження психічної активності, пов'язане із тривогою» — ($2,27 \pm 0,24$) та ($1,96 \pm 0,12$), відповідно, а в хворих на ТФР старшого віку — «Тривога у зв'язку із оцінкою оточуючих» ($2,47 \pm 0,13$).

Суттєві відмінності між показниками окремих шкал МОДТ в підгрупах різного віку хворих з тривожними розладами відзначалися за шкалою «Тривога, що виникає в ситуаціях самовираження». Підвищення цього показника було властиво для хворих старшої вікової підгрупи.

Проведений аналіз частоти високих та надмірно високих показників тривожності (3–4 бали) у підлітків із ТФР показав наявність високої або надмірно високої тривожності за тією чи іншою шкалою, що реєструвалася у 73,4% підлітків із ТФР (у 53,8% хлопців та 80,9% дівчат, $p < 0,01$). Так, тривога в ситуації самовираження реєструвалася у 36,8% обстежених — у 11,5% хлопців і 45,6% дівчат ($p < 0,01$). Підвищена тривога в ситуаціях перевірки знань діагностувалася у 35,1% підлітків із ТФР (у 11,5% хлопців і 45,6% дівчат, $p < 0,01$).

Зниження психічної активності, пов'язане із тривогою, на високому й надвисокому рівні визначалося у 38,3% обстежених (у 15,5% хлопців і 47,1% дівчат, $p < 0,01$).

Високий рівень тривоги у стосунках з однолітками, як показник, що відповідав відчутному тиску психологічної стигматизації, визначався у 25,5% обстежених (у 11,5% хлопців і 30,9% дівчат, $p < 0,01$).

Загалом суттєві відмінності за рівнем тривожно-

сті між хлопцями та дівчатами реєструвалися майже за усіма шкалами МОДТ — за винятком шкали «підвищення вегетативної реактивності, пов'язане із тривогою», де відмінності сягали рівня тенденції.

Отже, аналіз отриманих даних багатовимірної оцінки тривожності дозволив виявити вірогідне переважаючі високі / надмірно високі прояви тривожності у хворих дівчат, порівняно з хворими хлопцями, за показниками дев'яти шкал в індивідуальних профілях МОДТ.

Проведено аналіз частоти високіх та надмірно високіх показників тривожності у підлітків із ТФР, що належали до різних вікових підгруп. В молодшій віковій підгрупі високі та надто високі показники за шкалою загальної тривожності відзначалися у 27,3% хворих. В середній віковій підгрупі високі та надто високі показники за шкалою загальної тривожності відзначалися у 57,1% хворих ($p < 0,05$). В старшій віковій підгрупі відповідний показник становив 47,3%.

Отже, в спектрі тривожних проявів показники дівчат вірогідно більш високі, ніж у хлопців (за винятком підвищення вегетативної реактивності у зв'язку із тривогою). Вікові особливості стосуються тривоги в ситуації самовираження, що більш притаманна хворим старшого віку. Високий рівень загальної тривожності більш властивий хворим 11–13 років.

Проведено аналіз особливостей когнітивного функціонування дітей з тривожними розладами. Встановлено, що 60,6% дітей із ТР мають психологічні ознаки мінімальної мозкової дисфункції (ММД) (за тестом Тулуз-П'єрона). У процесі дослідження було проаналізовано такі показники ММД, як швидкість і точність виконання тесту.

Аналіз результатів показав, що психологічні ознаки мінімальної мозкової дисфункції (ММД) достовірно частіше реєстровано у пацієнтів із ТР ($p < 0,001$). Так, за швидкістю виконання тесту ММД рівень патології мали 72,9% хворих, а слабкий рівень — 13,9%.

Аналіз показників тесту Тулуз-П'єрона, що вказують на точність виконання завдань, показав, що рівень патології мали 66,4% хворих, а слабкий рівень — 12,3%. Аналіз динаміки концентрації уваги показав домінування нестійкого (74,2%) і рідше астенічного (25,8%) типів.

Встановлено, що у 60,7% дітей із ТР реєстровано порушення швидкості реакції уваги. Типологія порушення концентрації уваги представлена астенічним (31,9%) та нестійким (39,4%) варіантами.

При дослідженні показників пам'яті хворих було встановлено ряд особливостей: у 63,9% хворих кількість слів, що запам'ятовуються, була нижча за норму. У той же час загальна кількість слів, що запам'ятовуються за 5 спроб, у більшості пацієнтів (68,9%) була нижча за норму. Динаміка запам'ятовування у хворих із ТР мала частіше нестійкий (55,7%) і рідше (35,3%) астенічний характер.

ВИСНОВКИ

Таким чином, у досліджених дітей із ТР виявлено порушення когнітивних функцій, що включаються до реєстру тривожних розладів і беруть участь у синдромостворюванні тривожного розладу.

Взаємовідносини когнітивних і емоційних процесів при тривожних розладах є ключовою темою в дослідженні етіопатогенезу даної групи захворювань. Фокус спрямований на вивчення особливостей інформації, що ведуть до порушення регуляції емоцій і підтримці негативного афекту. Подібні дослідження ведуться в рамках діатез-стресових і когнітивних теорій розвитку депресії і тривоги, з яких найбільш відома теорія А. Бека. Викликаний цими теоріями інтерес до когнітивної сфери хворих привів до відкриття «негативного зсуву», що зачіпає увагу, пам'ять і мислення, тобто кращу обробку емоційно-негативної інформації.

Відомий факт дефіциту переробки емоційно-нейтральної інформації при тривожному розладі і включенням когнітивних скарг до переліку діагностичних критеріїв як тривоги, так і депресії.

Найбільш стабільні результати отримані щодо порушень вербальної пам'яті, психічної швидкості і керуючих (регуляторних) функцій. Вище описані феномени є комплексом процесів, що забезпечують планування, контроль над психічною діяльністю. Ці феномени включають робочу пам'ять, гальмування нерелевантних реакцій, управління увагою, впливаючи на його стійкість і переключення. Увага прикута до пошуків причин, що пояснюють походження і гетерогенність когнітивних порушень тривожно-депресивних розладів, оскільки чутливість когнітивних доменів до тяжкості стану і окремих симптомів депресії і тривоги може підказати про мозкові механізми розвитку тривожного розладу. Симптоми тривоги, безпосередньо впливають на когніції і повинні бути розглянуті при встановленні причин когнітивних порушень.

Розглядаючи тему взаємин між тривогою і когнітивними процесами, слід зазначити неоднозначність впливу тривоги як симптому на когнітивне функціонування. Питання про взаємозв'язок когнітивного дефіциту і рівня соціальної адаптації хворих тривожними розладами є надзвичайно значущим, так як точкою докладання зусиль багатьох психіатрів стає не тільки зменшення вираженості симптомів тривоги. Слід підкреслити, що певна частина когнітивних порушень розглядається як власне фактор ризику для розвитку як депресії, так і тривоги, тоді як інша частина є всього лише корелятом клініко-психопатологічних порушень або маркерами схильності і стану.

Таким чином, порушення когнітивних функцій при тривожних розладах розглядається в якості окремої складової хвороби. До когнітивних порушень відносять розлади уваги, короткострокової

і довгострокової пам'яті, швидкості обробки інформації і виконавчої функції. Швидкість обробки інформації та виконавчої функції, є мультимодальними процесами, які передбачають дотримання низки вимог: внесок мотиваційної складової або позитивного афекту для виконання завдання або досягнення мети. Для успішного функціонування необхідно ігнорувати негативні афективні стимули – страх, тривогу, які пригнічують навички вирішення проблеми і організованих дій. При цьому важливо і необхідно диференціювати нейрокогніції і соціальні когніції, так як вони значно впливають на соціальне функціонування людини.

Провідним патогенетичним механізмом розвитку когнітивних порушень на системному рівні є порушення міжцентральної регуляції в ЦНС, тобто дисбаланс взаємозв'язків між вищими регуляторними центрами мозку (кора, лімбічна система, гіпоталамус, ретикулярна формація). Гіпотеза когнітивної дисфункції все більше розглядається як дизрегуляторна патологія.

Отже, когнітивна дисфункція у дітей із тривожними розладами, дозволяє визначити стратегію терапевтичного втручання, розробити програму медико-психологічного супроводу на подальших етапах онтогенетичного розвитку дитини.

БІБЛІОГРАФІЧНІ ПОСИЛАННЯ

1. Добряков И.В. Общая психопатология детей и подростков [Текст] / И.В. Добряков // Детская психиатрия / под ред. Э.Г. Эйдемиллера. – СПб.: Питер, 2005. – С. 250–277.
2. Левада О.А. Пациент с депрессией и симптомами тревоги: вопросы дифференциальной диагностики и терапии [Текст] / О.А. Левада // Нейроnews. – 2010. – № 2 (21). – С. 34–37.
3. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств [Текст]. – СПб.: Оверлайд, 1994. – 302 с.
4. Михайлов Б.В. Проблема оценки эффективности и качества оказания психотерапевтической помощи [Текст] / Б.В. Михайлов // Укр. вісн. психоневрології. – 2010. – Т.18, вип. 64. – С. 137–138.
5. Психодиагностическая методика для многомерной оценки детской тревожности: пособие для врачей и психологов [Текст] / сост. Е.Е. Малкова (Ромицина). – СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2008. – 35 с.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR [Text]. – Washington. DC: Author, 2000. – 405 p.
7. Juvenile mental health history of adult with anxiety disorders [Text] / A.M.Gregory [et al.] // Am. J. Psychiat. – 2007. – N 164. – P. 301–308.