

Т.В. Марушко, д.м.н., професор, В.Г. Козачук, Т.В. Тараненко, Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика, м. Київ;
Н.Є. Смульська, Комунальне некомерційне підприємство «Київська міська дитяча клінічна лікарня № 1»

Синдром підвищеної тривоги як фактор порушення поведінки та самопочуття дитини під час воєнного стану

Наші діти зростають та живуть у складний час. Під час воєнного стану окупантами завдано значної шкоди як інфраструктурі України, так і життю й здоров'ю багатьох людей, особливо дітей, адже це найнезахищеніша категорія нашої спільноти. Найвищими цінностями зараз залишаються відчуття захищеності та безпеки як дітей, так і родини; однак на сучасному етапі наявність стійких стресів, постійної потреби переміщатися із класів або домівки до сховища на тлі відчуття страху обстрілів, почуття особистої тривоги, внутрішнього занепокоєння є невід'ємними супутниками загального стану наших дітей.

Тривога як психологічний феномен – суб'єктивний та неприємний емоційний стан, що характеризується відчуттям дискомфорту через невизначеність, очікування поганих подій, складно визначені передчуття. За нормальних умов тривога, що виникає у відповідь на невідому або загрозову ситуацію, – пристосувальна реакція, яка мобілізує організм на випадок виникнення реальної загрози чи складної ситуації, однак із досягненням вираженого ступеня може бути причиною різноманітних скарг, розвитку патологічних станів (поява частих головних болів, болю в ділянці серця, запаморочення, нестабільний артеріальний тиск, слабкість, швидка втомлюваність, порушення якості сну), що сприяє зверненню родини до сімейного лікаря, педіатра, невролога, дитячого кардіореєматолога. Цей стан наразі виникає часто, зберігається на тривалій термін, тому починає заважати щоденній активності, що зумовлює порушення самопочуття та поведінки дитини.

Відповідно до даних літератури, між стресом і відповіддю на нього існує емпіричний зв'язок; є оптимальний рівень стресу, який відповідає оптимальному рівню відповіді організму (закон Йеркса-Додсона, 1908). Клінічні симптоми підвищеної тривоги розподіляються на загальні та специфічні [1, 3]. Саме через наявність загальних проявів тривожних симптомів, за яких спостерігається полісистемність соматичних порушень, батьки дітей звертаються до сімейних лікарів, педіатрів, спеціалістів вузького профілю.

Соматичні порушення, які можуть виникнути на тлі тривожних симптомів загального профілю, пов'язані зі змінами з боку:

- серцево-судинної системи (біль у ділянці серця, тахікардія, порушення ритму серця, підвищення артеріального тиску) [4];
- шлунково-кишкового тракту (порушення моторики, вісцеральна гіперчутливість, зміна слизової та імунної функції, мікробіоти кишечнику) [12];
- нервової системи (поганий сон, гіперактивність, зниження уваги, головний біль, дратливість) [8];
- дихальної системи (кашель, утруднення дихання, задишка) [14];
- терморегуляції (лихоманка, субфебрилітет) [7].

Специфічні клінічні симптоми тривожних розладів, які включають генералізований тривожний / панічний розлад, специфічні фобії та соціальний тривожний розлад, слід розглядати психіатрам для своєчасної діагностики і призначення адекватного лікування [15].

Наразі за синдрому підвищеної тривоги можна спостерігати два полюсні варіанти поведінки в дітей на тлі воєнного стану: перший – дитина стає замкнутою, постійно до чогось прислухається, на щось очікує, про щось думає, а якщо їй дати планшет, усамітнюється, вдень спить, уночі спати може неспокійно, але не прокидається, може висловлювати неспецифічні скарги з боку різних органів і систем; другий варіант – дитина знаходиться в стані постійного руху, їй увесь час хочеться зі всіма спілкуватися, вона починає щось робити, одразу переключається на інші справи, проявляє значну залежність від зв'язку з батьками, однолітками, а також від гаджетів, швидко втомлюється, ввечері погано засинає, спить неспокійно. Отже, друга категорія дітей має симптоми гіперактивності. Звичайно, лише лікар-спеціаліст може встановити діагноз гіперактивності, але зараз не йдеться про діагноз, ми говоримо про специфічний симптом, який

з'явився під час воєнного стану. Деякі ознаки можуть слугувати попередженням для батьків, сімейних лікарів, педіатрів, щоб симптоми гіперактивності виявилися якнайраніше, що може покращити якість життя дітей.

Розуміння зв'язку між тривогою та гіперактивністю має вирішальне значення для ефектної підтримки дітей. Розрізняють 3 підтипи синдрому гіперактивності: переважно неухажний, переважно гіперактивно-імпульсивний і комбінований тип [5]. Дітям із переважно неухажним типом гіперактивності складно бути уважними, виконувати завдання, вони часто виглядають мрійливими, відстороненими. Діти з гіперактивно-імпульсивним типом можуть бути надмірно активними, вередувати, їм складно всидіти на місці. Вони також можуть діяти імпульсивно, не замислюючись про наслідки. Ці дітки можуть отримувати часті травми, наражатися на небезпеку на майданчиках, у розважальних центрах [1, 10]. Комбінований тип поєднує симптоми неухажності, гіперактивності та імпульсивності. Однак поведінка (хоч би якою специфічною вона була) – це прояв, а не діагноз. Стрес і хвилювання є нормальною частиною життя дітей, а помірна тривожність – функціональний фізіологічний стан, що допомагає дітям досягти успіху вдома, з однолітками та в школі, зберегти своє здоров'я за певних ситуацій. Але коли рівень тривожності зростає, лікар

або спеціаліст повинен визначити, чи є тривога первинною або вторинною. Вторинна тривога виникає за певних обставин, тому виявлення причин незвичайної поведінки та вплив на них, своєчасне скерування до психолога – перший крок дій для медичного працівника первинної або вторинної ланки надання медичної допомоги під час спілкування з таким пацієнтом. Раннє втручання та цілеспрямована підтримка можуть значно змінити розвиток дитини і віддалені результати [9].

Медичні та психологічні заходи, які можуть покращити шлях до здоров'я, є різноманітними: ліки, психологічне консультування, соціальна підтримка, освіта. Рекомендації лікаря мають різні форми – від вивчення навичок релаксації, призначення різноспрямованих препаратів до інтенсивної переробки моделей мислення. Соціальна підтримка, прийняття та заохочення з боку друзів, родини мають відповідне значення. Своєчасне лікування дозволяє не лише покращити соціальну адаптацію дітей, а й зменшити ризик розвитку чи прогресування соматичної патології, первинно або вдруге пов'язаної з тривожними станами. Терапевтична стратегія впливу на тривожні стани в дітей на сьогодні має складатися із психотерапевтичних і фармакологічних методів. Різноманітність лікарських препаратів, ефективно застосовуваних за тривожних станів, створює проблему вибору для лікаря загальної медичної практики.

Таблиця 1. Скарги пацієнтів відповідно до груп спостереження

Скарги	1-ша група дітей (n=19) (загальна кількість балів / кількість балів на 1 пацієнта)	2-га група дітей (n=11) (загальна кількість балів / кількість балів на 1 пацієнта)	3-тя група дітей (n=42) (загальна кількість балів / кількість балів на 1 пацієнта)
Біль у ділянці серця	15/0,79	12/1,36	48/1,14
Порушення ритму серця	4/0,21	4/0,36	14/0,33
Підвищення артеріального тиску	2/0,1	8/0,72	37/0,88
Головний біль	17/0,89	7/0,63	45/1,07
Поганий сон	11/0,58	5/0,45	37/0,88
Дратливість	14/0,74	8/0,72	42/1,0
Біль у ділянці черевної порожнини	2/0,1	3/0,27	51/1,21
Закрепи	0	1/0,1	12/0,29
Рідкі випорожнення	0	0	4/0,1
Непереносимість окремих інгредієнтів їжі	5/0,26	7/0,63	18/0,43
Напади задишки, утруднення дихання	0	1/0,1	39/0,92
Нав'язливий сухий кашель	0	1/0,1	12/0,29
Субфебрилітет	0	0	2/0,05
Загальна кількість скарг на 1 пацієнта	3,67	5,44	8,59

Таблиця 2. Патологічні стани, виявлені в дітей із тенденцією до наявності тривожного розладу (1-ша та 3-тя група)

Патологічні стани згідно із МКХ-10	Патологія з боку серця I42.8	Артеріальна гіпертензія I10	Патологія з боку нервової системи G90.9	Патологія з боку шлунково-кишкового тракту K30, K29.7, K58.9	Патологія з боку дихальної системи R05	Субфебрилітет R50
1-ша група (n=19) кількість дітей / %	4/21%	3/15,8%	9/47,4%	6/31,6%	0	0
3-тя група (n=41) кількість дітей / %	9/22%	11/26,8%	35/85,4%	18/43,9%	1/2,4%	1/2,4%



Т.В. Марушко

Сумніви у виборі лікування посилюються ризиком розвитку побічних ефектів, дії при різних типах захворювання, незрозумілості діагнозу, відсутності вільного доступу до професійної психологічної підтримки, відсутності в лікарів загальної практики достатнього досвіду лікування вищезазначених станів у дітей [1].

Отже, мета нашої роботи – аналіз поведінки дітей шкільного віку під час воєнного стану з акцентом на пріоритетний вплив хронічного стресу, а також корекція виявлених порушень.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Було проведено аналіз поведінки 72 дітей м. Києва віком 7-12 років, батьки котрих зверталися до педіатра, дитячого кардіореєматолога, невролога зі скаргами на порушення соматичного стану до Комунального некомерційного підприємства «Київська міська дитяча клінічна лікарня № 1» на тлі тривожного стану. Методи дослідження включали клініко-анамнестичні, лабораторні, інструментальні та статистичні.

Клініко-анамнестичний аналіз – аналіз життя дитини та клінічна оцінка наявних скарг відповідно до діагностичних критеріїв виявлених порушень.

У 19 дітей у процесі клініко-лабораторного й інструментального обстеження, огляду невролога, психолога при проведенні тестування за допомогою опитувальника (діагностичні критерії СДУТ за DSM-IV) визначено відсутність синдрому дефіциту уваги / гіперактивності (1-ша група). У 11 дітей (2-га група) в процесі обстеження, огляду невролога, психолога діагностовано синдром дефіциту уваги / гіперактивності. Цю групу дітей спрямовано на подальше лікування до психолога. У 42 дітей (3-тя група) синдром дефіциту уваги не виявлено, але спостерігалися симптоми гіперактивності та імпульсивності:

- Гіперактивність:
- підвищена рухова активність руками чи ногами або непосидючість – 95,2%;
 - дитина часто залишає своє місце в класі чи в інших ситуаціях, коли очікується, що вона сидітиме, – 92,8%;
 - часто бігає або надмірно рухається в ситуаціях, коли це недовгодно, – 100%;
 - часто відчуває труднощі зі спокійною грою або дозволяям – 100%;
 - часто діє так, ніби вона «керована двигуном» – 100%;
 - часто говорить надмірно – 100%.
- Імпульсивність:
- часто надає відповіді на запитання, не прослухавши їх до кінця, – 83,3%;
 - часто відчуває труднощі з очікуванням черги – 59,5%;
 - часто перебиває або втручається в розмови або взаємовідносини інших – 100%.

На першому етапі проаналізовано скарги дітей, причому проводилася така градація: 1 бал – скарга незначного характеру, 2 бали – скарга, характеристика якої має середню інтенсивність, 3 бали – скарга, характеристика якої має високу інтенсивність. Після отримання відповідей на анкету скарг було прораховано середні бали на 1 пацієнта для кожної групи.

Скарги, з якими діти зверталися до лікарів, представлені в таблиці 1.

Отже, в дітей 3-ї групи, в котрих спостерігалися симптоми гіперактивності та імпульсивності, мали найвищий показник суми балів скарг на 1 пацієнта, серед яких переважали скарги на підвищення артеріального тиску, головний біль, поганий сон, дратливість, біль у ділянці черевної порожнини, напади задишки, утруднення дихання тощо (рис. 1).

Відповідно до аналізу даних відзначено, що 3-тя група пацієнтів, у яких спостерігалися

Здоров'я України®
ЩОДЕННА ГАЗЕТА