

СОЦІОДЕМОГРАФІЧНІ, ПСИХОЛОГІЧНІ, БІОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ПРЕДИКЦІЇ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», Харків

Вивчено та поглиблено сучасні уявлення про формування, розвиток й типологію тривожно-фобічних розладів у дітей. Виокремлено основні клінічні та психологічні кореляти тривожно-фобічного та тривожно-депресивного розладів у дітей у віковому та гендерному аспектах. Визначено головні соціодемографічні, біологічні, спадкові предиктори формування тривожних розладів у дітей та підлітків. Названо соціально-середовищні чинники, які необхідно враховувати при медико-психологічному супроводі та терапевтичному втручанні у пацієнтів.

Ключові слова: діти, підлітки, тривожні розлади, фобії, депресія, соціодемографічні, психологічні, біологічні чинники предикції.

Рівень здоров'я громадян, а саме середня тривалість їхнього якісного життя формується під впливом визнаних у світі чотирьох складових: природних (генетичних і екологічних), соціально-економічних, суспільно-політичних (безпечних умов праці й стабільної прогнозованості), профілактичних умов та медичної допомоги [1]. Актуальність проблеми тривоги і депресії визначається зростаючою поширеністю цієї патології у сучасному суспільстві та її вираженими медико-соціальними наслідками. Установлено, що пацієнти із депресіями та тривогою здійснюють суїциди у 30 разів частіше, ніж люди, які не страждають на ці розлади [2, 3].

У зв'язку із соціально-економічними змінами, що відбулися протягом останнього десятиріччя, тривожні розлади визнано найчастішою категорією психічних розладів, які трапляються у популяції. Зростає кількість як самостійних форм тривожних розладів, так і різних варіантів тривожних синдромів, які входять у структуру інших психічних захворювань [4]. Результати ряду досліджень свідчать про те, що тривожні розлади є найбільш поширеними психічними захворюваннями у дітей і підлітків й за цим показником можуть змагатися тільки з поведінковими порушеннями. Тривожні розлади, на відміну від фізіологічної тривоги, негативно впливають на всі аспекти життя дитини, порушуючи її нормальне функціонування як вдома, так і в школі. Дуже важливо спостерігати за дітьми із тривожними розладами, оскільки у них дуже часто відзначаються шкільна неуспішність, труднощі у стосунках з однолітками, соціальна дезадаптація, а також розвиток різних залежностей. У дитинстві тривожні розлади стають серйозними предикторами тривожно-депресивних розладів у зрілому віці, які, у свою чергу, є провідними причинами інвалідності [5]. Оскільки тривожні розлади у дітей формуються одночасно під впливом

безлічі зовнішніх факторів, сьогодні дедалі більше уваги приділяється дослідженню механізмів формування цієї патології [6, 7]. У дитячому віці тривожно-фобічні стани фактично виникають значно частіше, ніж їх діагностують, виступаючи в атиповій, «маскуючій» формі, вкрай рідко потрапляючи в поле зору психіатра.

Дотепер практично відсутні роботи, присвячені механізмам формування тривожно-фобічних розладів у дитячому віці, тому немає високоефективних, патогенетично обґрунтованих методів їх лікування.

У ряді досліджень показано, що депресивні й тривожні розлади супроводжуються істотними когнітивними спотвореннями, які відіграють важливу роль у їх генезі й клінічних проявах [8, 9].

Згідно з визначенням Американської психологічної асоціації тривожний розлад — це недоречне і надмірне відчуття страху і горя у ситуаціях, пов'язаних із розлукою з будинком або об'єктом емоційного контакту. При цьому тривога вважається нетиповою для очікуваного рівня розвитку і віку пацієнта. Тривожний розлад може мати значний негативний вплив на повсякденне життя дитини. Це може виявлятися у соціальній та емоційній сферах, сімейному житті, фізичному здоров'ї і в шкільному середовищі (наприклад, дитина може відмовитися ходити в школу) [10–12]. Оскільки тривога є універсальним психофізіологічним феноменом, пов'язаним з адаптацією до стресу, важливо усвідомлювати різницю між фізіологічною (адаптаційною) і патологічною тривогою.

Фізіологічна тривога прямо пов'язана із загрозливою ситуацією і посилюється адекватно їй — в умовах суб'єктивної значущості вибору, при недостатності інформації, дефіциті часу. Тривожний стан зумовлений зовнішніми чинниками, його тривалість визначається тривалістю стресової ситуації. Адаптаційна тривога, як правило,

швидкоплинна і не досягає надмірної сили, що перешкоджає діяльності. Патологічна тривога також може провокуватися зовнішніми обставинами, однак її виникнення більшою мірою визначається внутрішніми психологічними і фізіологічними причинами. Вона виявляється безпідставним невизначеним хвилюванням, передчуттям небезпеки, катастрофи, що загрожують, із відчуттям внутрішньої напруги, неможливістю розслабитися та не пов'язана з реальною ситуацією, може усвідомлюватися як безпредметне занепокоєння. Рівень адаптаційної тривоги значно перевищує звичне реагування, відповідне соціальним, сімейним і культуральним стереотипам. На відміну від фізіологічної, патологічна тривога завжди більш тривала і виражена, призводить до виснаження, вона не спрямована на посилення адаптаційних можливостей організму, спричиняє порушення соціального й особистісного функціонування.

На формування тривожних розладів впливає багатофакторна обумовленість, у якій біологічні, соціальні і психологічні чинники подані у нерозривному комплексі, що визначає специфіку їх пато- і синдромогенезу. При тривожних розладах дії, спрямовані на нейтралізацію небезпеки, є переважно неадекватними і радше ведуть до посилення розладу, аніж до його редукції. Класичною поведінковою реакцією є уникання усіх тих ситуацій, що пов'язані з можливим розвитком тривоги [13–15]. Доведено, що для тривожних розладів характерний не ремітуючий, а хронічний перебіг, і навіть при успішному їх лікуванні можуть залишатися резидуальні прояви хвороби. Тривожні розлади мають високий ступінь коморбідності з іншими психічними та поведінковими розладами. На теперішній час загальновизнаною є концепція клінічної і патогенетичної гетерогенності тривожних розладів [16].

Переважає більшість дослідників указують на роль сім'ї у генезі і закріпленні дитячої тривожності. Поширеність і тяжкість перебігу розладів, пов'язаних із підвищеною тривожністю, а також їх наслідків для фізичного і психічного здоров'я дітей зумовлюють необхідність створення для них системної допомоги.

Багато авторів підкреслюють негативне значення стійкої особистісної тривожності у психічному розвитку. Відзначено, що існує певний оптимальний рівень тривожності, необхідний для ефективного функціонування, тоді як надмірно низькі або високі її значення свідчать про неблагополуччя і можуть бути патогенними [17–20].

Мультифакторна модель, яка використовується при дослідженні тривожно-фобічних розладів (ТФР) у дитячому віці, передбачає аналіз розглянутих станів у різних аспектах зі створенням

багатоосової діагностичної системи, об'єктивність і надійність якої забезпечуються обґрунтованими психопатологічними критеріями. Наявність в минулому одного з тривожних порушень суттєво підвищує можливість появи іншого епізоду. Привертає увагу той факт, що 75,0% пацієнтів із тривожними розладами відповідають критеріям інших психіатричних захворювань. Тривожні розлади включають різні клінічні симптоми, для яких характерні страх (фобія) і уникаюча поведінка у різко вираженому ступені [17]. Виділяють три групи симптомів тривожних станів поряд із почуттям внутрішньої напруги та неспокою [16]. До першої групи належать вегетативні симптоми: серцебиття, тахікардія, пітливість, вологі холодні долоні, блефароспазм, парестезії, запаморочення, приливи жару й ознобу, часте сечовипускання і нудота. Друга група включає симптоми тривоги, що мають відношення до м'язового тону, серед них — розмашисте тремтіння, напади тремору, м'язові болі, «грудка» в горлі, підвишене відволікання, рухове занепокоєння, швидка стомлюваність, утруднене ковтання. До третьої групи відносять симптоми перезбудження: дратівливість, безсоння, переривчастий сон, полохливість, здригання, труднощі з концентрацією уваги.

Страх набуває патологічного характеру при надмірній його інтенсивності, незвичайних об'єктах, що спричиняють його, і незвичайному змісті, неадекватній реакції на ситуації їх виникнення, при хронізації ситуації страху, відсутності у суб'єкта можливості для зменшення або подолання страху, наявності істотних обмежень, що заважає соціальному функціонуванню. Синдроми страху в сучасних класифікаціях відображаються у вигляді специфічних (моносимптомних, простих) фобій, соціальних фобій, панічних атак, агорафобії, генералізованої тривоги, страху розлуки і шкільної фобії. У дітей і підлітків переважають специфічні фобії — страх тварин (павуків, собак, мишей), темряви, закритих просторів, відвідування лікаря. Підлітки, схильні до прояву специфічних фобій, відрізняються тривожністю, інтровертованістю, малою активністю, тісною прихильністю до декого з близьких.

Найбільш чутливими для виникнення афективних розладів є періоди зміни або ускладнення системи відносин «людина — людина». У дошкільному віці таким емоційно-стресовим чинником, що провокує виникнення і посилення тривожно-фобічних реакцій, є період первинної адаптації дитини до освітньої установи [21–23]. Тривога у поєднанні з депресією виникає у дітей старшого віку, на відміну від тривоги, що не супроводжується депресією, яка характерна і для молодших дітей, і для підлітків. Стрес підсилює сприйняття симптомів захворювання, призводить

до зниження їх порогу [21]. Серед можливих причин високої коморбідності тривожних і депресивних розладів називають спільність їх генетичної основи і нейробіологічних механізмів, включаючи емоційно-стресові. На думку К. Kendler [24], стресогенні події підвищують вірогідність розвитку тривожних і депресивних симптомів, але множинні стресори, пережиті протягом короткого проміжку часу, явно підсилюють сприйнятливості саме до депресії. У психологічному аспекті було показано, що у формування як депресивних, так і тривожних розладів залучені такі загальні фундаментальні субстрати людських емоцій, як негативний і позитивний афекти.

Дотепер відсутній уніфікований підхід до діагностики та терапії дітей із ТФР. Відсутність терапевтичного стандарту пояснюється відсутністю загальноприйнятих інтерпретаційних моделей етіології тривожних розладів. Немає і терапевтичних алгоритмів, які б ураховували клінічну гетерогенність (варіанти) тривожного розладу і фобій, у тому числі онтогенетичну, гендерну і коморбідну специфіку персистенції психопатології. Установлення закономірностей формування тривожних і фобічних розладів у дітей дасть змогу сформулювати концептуальну модель диференційованого алгоритму надання допомоги таким пацієнтам, сприятиме розробці ефективних програм первинної та вторинної психопрофілактики.

Мета нашої роботи — визначення закономірностей формування тривожно-фобічних розладів у дітей та підлітків на підставі дослідження соціально-психологічних, спадкових, біологічних факторів.

У ході дослідження обстежено 148 пацієнтів із тривожними розладами, у тому числі 42 дітей у віці 7–11 років (20 хлопців і 22 дівчат), 35 дітей у віці 12–14 років (20 хлопців і 15 дівчат), 71 підліток віком 15 років і старше (36 хлопців і 35 дівчат).

У ході дослідження використовувались такі методики: клініко-психопатологічний метод; структуроване соціопсихологічне інтерв'ю, патопсихологічний опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики SCL-90 (Symptoms Check List-90); шкала Ч. Д. Спілбергера для оцінки особистісної та реактивної тривоги; «Багатомірна оцінка дитячої тривожності» (МОДТ); метод кольорових виборів (МКВ); дитячий та підлітковий варіанти опитувальника Р. Б. Кеттелла «Особливості особистості»; патохарактерологічний діагностичний опитувальник для підлітків (ПДО) А. Е. Лічко; оцінка особливостей сімейного виховання за допомогою опитувальників «Аналіз сімейного виховання і причин його порушення» (АСВ); шкала сімейного оточення Р. Х. Мус,

адапована С. Ю. Купріяновим; проективні рисуночні тести («Я і моя сім'я»); тест депресії CDRSR; тест визначення рівня невротичного стану Б. Д. Менделевича.

Сформовано робочу гіпотезу дослідження, згідно з якою тривожні розлади — це психопатологічні гетерогенні стани, у формування і типологічні характеристики яких роблять істотний внесок чинники преморбідної уразливості. Відбір пацієнтів здійснювався на основі кваліфікації тривожного стану на момент обстеження в межах психопатології неспихотичного рівня.

Клінічні особливості емоційного стану дітей із тривожними розладами характеризуються такими психологічними феноменами, як розгубленість, образа, розчарування, що служать фундаментом невротичного реагування у динаміці захворювання. Варіанти унікаючої поведінки у дітей у подальшому впливають із симптомокомплексів ТФР, типології емоційних переживань травматичної події і продовження психотравмуючого невирішеного конфлікту. Психопатологічна симптоматика тривожних розладів у дітей гетерогенна і має вікові відмінності. Виділено чотири кластери синдромокомплексів: емоційний, соматичний, когнітивний та поведінковий, які залежно від віку пацієнта мають різну констеляцію: для дітей це соматичний і когнітивний, для підлітків — емоційний і поведінковий. Страхи зареєстровано у всіх обстежених: множинні фобії — у дітей, ізольовані — у підлітків. Можна припустити, що у підлітків діагностика тривожного розладу на більш ранньому етапі онтогенезу не проводилась, що вказує на певні діагностичні труднощі цього невротичного спектра, особливо у дітей молодшого шкільного віку. ТФР достовірно частіше превалюють у дітей 7–11 років ($p < 0,001$), у міру дорослішання простежено закономірність їх зниження (44,5 і 28,9% відповідно). Зворотна закономірність простежується щодо формування тривожно-депресивного розладу (6,9; 55,6 і 71,1% відповідно).

Визначено гендерні особливості тривожних розладів у дітей: тривожно-фобічний достовірно частіше реєстрований у хлопців, а тривожно-депресивний — у дівчат. Рівень тяжкості тривожного розладу за шкалою загального клінічного ураження (CGI) показує, що у дітей превалюють показники рівня «Помітні», а у підлітків — «Тяжкі», що свідчить про пізню діагностику захворювання і його резистентність до терапії. Наявність високої чи надмірно високої тривожності реєструється у 73,4% підлітків із ТФР (у 53,8% хлопців та 80,9% дівчат ($p < 0,01$)).

Високий рівень загальної тривожності більш властивий пацієнтам у віці 12–14 років, вона сполучена із критичністю, напруженням від

пригнічення емоційності та схильністю до конфліктних протистоянь, посиленням вимогливості, опозиційності.

Превалуючі типи акцентуації — тривожний, психастенічний, сенситивний, збудливий. Невротичне реагування притаманне більшості підлітків із тривожними розладами, що важливо при виборі тактики медико-психологічного супроводу та програм психопрофілактики. Підтримують фактор тривожного розладу у дітей і підлітків симптоми депресивного розладу, які мають якісні й кількісні відмінності залежно від віку: у дітей — зниження успішності в школі, порушення сну й апетиту, надмірна втомлювальність, низька самооцінка, надмірна плаксивість; у підлітків — труднощі з отриманням задоволення, соціальна самоізоляція, надмірне почуття провини, суїцидальні думки. Без достовірної різниці (в усіх пацієнтів) зареєстровано таку групу симптомів, як надмірна втомлюваність, скарги на стан здоров'я (соматичні). У структурі психічної коморбідності у дітей із тривожними розладами превалювали: obsесивні дії (оніофагія, трихотиломанія), синдром гіперактивності з дефіцитом уваги, енурез, тикозні гіперкінези, у підлітків — obsесивні думки, obsесивно-компульсивний, депресивний розлади, панічні атаки, розлад поведінки.

Наявність високої чи надмірно високої тривожності реєструється у 73,4% підлітків із ТФР (у 53,8% хлопців та у 80,9% дівчат ($\phi = 2,65$; $R\phi < 0,01$)). Вікові особливості стосуються тривоги у ситуації самовираження, що більш притаманна пацієнтам старшого віку. У дівчат відзначається більш високий рівень ситуативної й особистісної тривожності.

Високий рівень загальної тривожності хворих сполучений із критичністю, напруженням від пригнічення емоційності та схильністю до конфліктних протистоянь, посиленням вимогливості, опозиційності. Показник тривожності у стосунках з однокласниками виявляє більш тісний зв'язок із емоційною стриманістю. У ситуаціях самовираження показник тривожності має прямий зв'язок зі схильністю до соматизації ($r = -0,24$, $p < 0,05$), що відображає погіршення соматичного статусу, вітального обтяження й соматизації поряд із посиленнями труднощами самовираження. Показник зниження психічної активності, пов'язаної з тривогою, має прямий кореляційний зв'язок із інтегральним показником стресу в тесті Люшера. Рівень особистісної тривожності має прямий зв'язок із рівнем агресії, протестних, опозиційних інтенцій у хворих. Визначено інформативні ознаки, що складають структуру фобічних утворень та забезпечують надійну психопатологічну диференціацію: домінуючий тип визначає клінічну

картину (12,4%), акцесорний (комбінований) бере участь у формуванні складних синдромокомплексів (68,6%), ізольований (моносимптомний) (19,0%) передбачає фобії у вигляді моносимптому без зв'язку із домінуючими проявами. У дітей 7–11 років із тривожними розладами превалює комбінований тип фобічних утворень (93,1% випадків), а у підлітків — домінуючий (39,2%) та ізольований (60,8%) типи.

Установлено, що фобії у дітей маніфестують безпосередньо за дією психотравмуючої ситуації. У подальшому формування ТФР пов'язане з психологічним орієнтуванням хворої дитини у минулому і майбутньому. ТФР у дітей коморбідні з когнітивними розладами (порушеннями уваги та пам'яті), а у підлітків — з емоційними (депресія) і поведінковими (унікаюча поведінка) порушеннями. Аналіз клінічних варіантів тривожного розладу у дітей залежно від гендерної приналежності свідчить, що ТФР достовірно частіше реєструвався у хлопців (69,0 і 54,1% відповідно, $p < 0,01$), а тривожно-депресивний — у дівчат (45,9 і 31,0% відповідно, $p < 0,001$). Як відомо, поширеність тривожних розладів пов'язують зі збільшенням кількості різноманітних соціальних стресогенних подій, що провокують розвиток і прогресування тривоги. Як найбільш значущі у формуванні тривожного розладу у дітей 7–11 років виділено: фізичний булінг (умисні поштовхи, удари, побої) у хлопців (61,1%) і психологічний (вербальний) (насильство, пов'язане з дією на психіку, що завдає психологічної травми шляхом словесних образ та погроз, переслідувань, залякувань, якими навмисне заподіюється емоційна невпевненість) як у хлопців, так і у дівчат (83,3 і 81,8%, відповідно). Вербальний булінг включає образливе ім'я, з яким постійно звертаються до жертви, обзивання, дражніння, поширення образливих чуток. Така ж закономірність із тенденцією до наростання зберігається й у хлопців 12–14 років (93,2%), тоді як у дівчат-підлітків цей показник достовірно нижче (73,9%, $p < 0,05$), незважаючи на збереження його високої питомої ваги. Цей показник достовірно рідше реєструється у підлітків 15–17 років (36,4 і 22,2% відповідно, $p < 0,05$) з його превалюванням у хлопців. Хронічні конфлікти у сім'ї превалювали у дітей незалежно від їх віку і статі. Конфлікти з учителями достовірно частіше зареєстровано у хлопців 12–14 років порівняно з дівчатами аналогічного віку (36,4 и 22,2% відповідно, $p < 0,05$) і у підлітків 15 років і старше (45,5 і 14,8% відповідно, $p < 0,001$). Серед інших психогенних чинників виділено переїзд в інше місце проживання як у хлопців, так і у дівчат 7–11 років (16,7 і 18,2% відповідно) і у хлопців 12–14 років (15,4%).

Серед специфічних психотравмуючих факторів визначено фізичний дефект у хлопців у вигляді вираженої гінекомастії: знуцання з боку однолітків зареєстровано у хлопців-підлітків 12–14 років (38,5%) і підлітків 15 років (27,3%). Найвність енурезу превалювала у дітей 7–11 років незалежно від віку (22,2 і 18,2% відповідно) і тільки у хлопців 12–14 років (8,7%). Сексуальну травму виявлено лише серед дівчат 15 років і старше (3,7%). Фактор проживання з прабатьками був значущим у формуванні тривожних розладів у дітей 7–11 років і хлопців 12–14 років. Смерть матері зареєстровано у 5,5% хлопців 7–11 років і у 7,7% — 12–14 років. «Токсичний сором» через бідність та низьку матеріальну забезпеченість сім'ї відчували 47,8% дівчат 12–14 років і 29,6% — 15 років і старше. Установлено, що 26,1% дівчат 12–14 років і 18,5% — 15 років випробували ізоляцію (жертва умисно ізолюється, виганяється або ігнорується окремими учнями або всім класом).

Отже, у дітей із тривожними розладами часто виникають порушення поведінки, високий суїцидальний ризик як результат переживань шкільного цькування (тривалий дистрес з урахуванням специфіки дитячого віку). Дослідженнями встановлено, що до психогенних чинників, які найчастіше беруть участь у формуванні тривожного розладу у дітей, належать: хронічні конфлікти в родині, депресія у матері, конфлікти з вітчимою у дівчат.

Депресію у матері зареєстровано у 11,1% хлопців та 36,4% дівчат віком 7–11 років; у 15,4% хлопців і 26,1% дівчат у ранньому пубертаті; у 27,3% хлопців і 11,1% дівчат у власне пубертаті. Конфлікти з учителями були у 46,2% хлопців і 39,1% дівчат віком 12–14 років і у підлітків 15 років та старше (45,5 і 14,8% відповідно). Конфлікти з вітчимою відбувалися тільки у дівчат молодшого і старшого підліткового віку (30,4 і 18,5% відповідно).

Чинник «неприйняття себе» достовірно частіше виявлявся серед дівчат раннього віку (43,5%) порівняно з підлітками 15 років (18,3%, $p < 0,001$), «сварка з коханим» превалювала у дівчат раннього пубертату (21,1%) та власне пубертату (26,5%), а «токсичний сором, що бідні» відзначено у 39,5% дівчат раннього пубертату та у 20,6% — власне пубертату. Вплив стресорного фактору «вигнанець у сім'ї» відзначено у 5,5% хлопців 7–11 років із тривожним розладом, у 7,7% хлопців і 9,1% дівчат віком 12–14 років і в 11,1% дівчат 15 років.

Сіблінговий розлад як результат народження молодшого сіблінга (ревності після народження сібса) з деякою регресією емоційного реагування та інфантильністю поведінки зареєстровано у дітей 7–11 років (5,5%) і у дівчат 12–14 років (8,7%). Тяжку хворобу матері перенесли 18,2% дівчат 7–11 років та 13,0% — 12–14 років.

«Відторгнення» дитини власною матір'ю зареєстровано у 5,5% хлопців і 9,1% дівчат 7–11 років та 4,3% хлопців 12–14 років. Слід зазначити, що стресори у дітей із тривожними розладами траплялися частіше не в ізольованій формі, а в поєднаній, причому в однієї дитини їх було від трьох до п'яти й більше (у 89,3% обстежених). Хронічні стреси превалювали над гострими (89,3 і 10,7%, $p < 0,001$). Векторність і спрямованість психотравмуючого фактору, відповідного чиннику «у сьогодні» становили 56,3%, «у майбутньому» — 39,8% і лише 3,9% — «у минулому».

Відомо, що біологічні фактори предикції беруть участь у походженні захворювань невротичного регістру і в різній комбінації або кожен окремо роблять індивіда вразливим до психоемоційних стресів, ускладнюють психологічний і біологічний захист, перебіг психічних розладів. У контексті біологічної уразливості дітей на різних етапах онтогенезу проблема стає найбільш актуальною, оскільки будь-яке дизонтогенетичне порушення впливає на адаптивність дитини у соціумі і знижує фрустраційний поріг до стресів.

Аналіз соціально-демографічних чинників ризику показав достовірне ($p < 0,001$) превалювання дівчат у когорті обстежуваних дітей із тривожними розладами. Більшість із них проживали в мегаполісі (81,6%) і лише 18,4% — у сільській місцевості ($p < 0,001$).

В умовах неповної сім'ї виховувалося 55,3% дітей, що достовірно частіше, ніж в умовах повної сім'ї (47,7%) при $p = 0,0048$. Вивчення соціального стану матерів показало, що службовці превалювали у когорті матерів порівняно з батьками (58,3 і 29,1% відповідно, $p < 0,005$). Серед професій фахівців простих робітників частіше зареєстровано серед батьків пацієнтів (13,6 і 8,7% відповідно, $p < 0,005$). Підприємцями працювала однакова кількість як матерів, так і батьків. Привертає увагу кількість непрацюючих батьків порівняно з матерями на момент обстеження дітей із тривожними розладами (49,5 і 25,2% відповідно, $p < 0,005$). Недостатній матеріальний рівень сім'ї мали 68,9% дітей, що достовірно частіше, ніж забезпечення сім'ї (31,3%, $p < 0,004$). Щодо показника «кількість дітей у сім'ї» достовірно частіше превалювала одна дитина (66,1%), одна сім'я з п'яти мала двох дітей ($p = 0,032$) і лише 8,7% — трьох дітей і більше. Понад третину дітей (32,7%) мали такі умови проживання, як комунальна або орендована квартира, гуртожиток. В ізольованих квартирах виховувалося 61,6% дітей із тривожними розладами. Достовірно частіше серед шкідливих звичок в одного з батьків було зареєстровано чинники куріння (79,6 і 10,7% відповідно, $p < 0,001$) та алкоголізму (17,5 і 2,9% відповідно, $p < 0,001$).

Серед інших чинників предикції тривожних розладів у дітей виділено фактор типології виховання. Так, гіперопіка достовірно превалювала над гіпоопікою (67,0 і 25,2% відповідно, $p < 0,001$). Слід звернути увагу на високу питому вагу хронічних психогеній як у сім'ї, так і в школі, з однолітками. Причому хронічні психогенії у школі достовірно превалювали над конфліктами в родині (60,2 і 44,6% відповідно, $p < 0,05$) і над конфліктами з однолітками (60,2 і 49,5% відповідно, $p < 0,05$). Порухення режиму сну/неспанья зареєстровано у більшості обстежених (84,5%). Адиктивну поведінку у близьких родичів реєстровано у третини пацієнтів (34,0%). Хронічні захворювання в одного з батьків або родичів другої лінії споріднення зафіксовано у 62,1% випадків.

Зміна місця мешкання дітей із тривожними розладами відбувалася в 15,5% випадків. Серед інших чинників предикції виділено наявність проблем при навчанні, що реєструються у більш ніж половини обстежених дітей (62,1%), додаткові (позашкільні) навантаження (85,4%). Важливою ознакою формування тривожних розладів на етапах дорослішання було порушення адаптації в дитячому дошкільному закладі (69,9%).

Установлено достовірне превалювання розвитку тривожних розладів незалежно від віку дитини у повних родинях порівняно з тими, хто проживає у неповних сім'ях, що вказує на високий рівень конфліктності.

Отже, нами систематизовано і ранжовано соціально-демографічні, психосоціальні фактори ризику розвитку тривожних розладів у дітей.

Серед біологічних факторів ризику виділено: обтяженість перинатального (загроза переривання в першій половині вагітності — 44,7%) та натального (асфіксія під час пологів — 52,4%) періодів, психопатологія на першому році життя дитини (гіперзбудливість — 43,7%, гіпозбудливість — 33,3%). Часті застудні захворювання в анамнезі зареєстровано у 73,7% дітей із тривожними розладами. Установлено коморбідність із соматичною патологією: серцево-судинною — у 12,6% дітей, захворюваннями шлунково-кишкового тракту (у вигляді дискінезії жовчного міхура) — у 86,4%. Фактор імунологічного порушення у зв'язку із персистуючою вірусною інфекцією спостерігається у 53,4% пацієнтів. Питома вага лікворної гіпертензії становить 88,3%. Спадкову обтяженість психічними і психосоматичними захворюваннями встановлено у половини хворих (44,6 і 50,5% відповідно).

Як відомо, предметом численних сучасних досліджень є роль сім'ї як профілактичного та реабілітаційного середовища розвитку порушень психічного здоров'я дітей. Слід констатувати, що під психологічним здоров'ям сім'ї ми розуміємо

стан душевного благополуччя, яке характеризується відсутністю хворобливих психічних проявів і забезпечує регуляцію поведінки, діяльності, адекватних умов навколишнього середовища.

Проблеми сімейних стосунків завжди привертати увагу фахівців, адже сім'я — один із найважливіших виховних факторів, значення якого для особистості дитини важко переоцінити. Сьогодні сім'я переживає серйозні труднощі, що значною мірою зумовлено кризовими явищами, притаманними українському суспільству в цілому.

Із метою оцінки соціального клімату в сім'ї, тобто правил поведінки, які склалися та впливають на стосунки у ній, була застосована шкала сімейного оточення, адаптована С. Ю. Купріяновим.

Установлено, що у 50,5% сімей показник єдності був знижений, тобто члени родини недостатньо уваги приділяли своїм дітям, опікувалися ними. У 19,4% сімей цей показник був на середньому рівні, це означає, що члени сім'ї піклуються, допомагають одне одному, у них виражене почуття належності до сім'ї. Лише 1,9% родин мають підвищений показник єдності.

У 70,9% сімей визначено знижений рівень експресивності, у них не прийнято відкрито діяти та виражати свої почуття. У 76,7% сімей середній рівень експресивності, у 8,0% — підвищений. У сім'ях із високим рівнем конфліктності росли 52,4% дітей, їхні батьки відкрито виражали своє незадоволення одне одним, конфліктували. У 19,4% сім'ях батьки агресивно ставляться до інших членів родини, у тому числі й дітей. Знижений показник незалежності визначався у 28,1% дітей із тривожними розладами. Батьки не заохочують дітей до самоствердження, незалежності, до самостійності в обмірковуванні проблем і прийнятті рішень. У 41,7% сім'ях установлений низький рівень орієнтації на досягнення, члени родини недостатньо уваги приділяють досягненням дітей, змаганням у різних видах діяльності (навчанні, роботі тощо). Низький рівень інтелектуально-культурної орієнтації визначено у 53,4% сімей, у 25,2% — середній і лише у 4,8% — високий.

Отже, у більшості сучасних сімей активність їх членів у соціальній, інтелектуальній, культурній та політичній сферах діяльності недостатній. Орієнтація родини на активний відпочинок також слабка. У 98,0% сімей мало уваги приділяють спортивним заняттям. У морально-етичному аспекті сім'ї також недостатньо розвинені. Таким чином, для більшості родин не є важливими порядок і організованість (структурування сімейної діяльності, фінансове планування, ясність і визначеність сімейних правил і обов'язків). Отже, соціальний клімат у сім'ях дітей із тривожними розладами (показники відносин, особистісного зростання, показники, що

управляють сімейною системою, і показники, що відображають порушення сімейних ролей) вимагає ранньої діагностики її психологічного здоров'я та включення у програму сімейної психотерапії.

Проективні рисуночні тести відображають склад сім'ї, рід занять, хто з її членів перебуває в ізоляції, які переважають зв'язки (підтримують або створюють напругу), родинну близькість у відносинах, взаємодію. У нашому дослідженні рівень психологічного здоров'я сім'ї не відповідав нормі в 100,0% випадків. Соціально-рольова неадекватність батьків спостерігалася у 63,1% випадків, низький рівень адаптивності батьків у соціумі (зниження ролі батька, чоловіка, батько покинув сім'ю) — у 45,6%, низький освітній рівень одного або обох батьків — у 22,9%, низький рівень забезпечення сім'ї — у 43,7%, відсутність роботи і прогнозування майбутнього в одного або обох батьків — у 58,4%, тривожність матері — у 56,3%.

У формуванні тривожного розладу у дітей важливу роль відіграє чинник сімейного виховання. У сім'ях дітей із тривожними розладами порівняно з підлітками достовірно частіше траплявся гіперпротективний (ригідний) тип виховання (55,2 і 29,7% відповідно, $p < 0,001$). Симбіотичний (6,9%) і ригідно-раціоналістичний (13,9%) варіанти спостерігалися частіше у сім'ях дітей із тривожними розладами, ніж у родинних підлітків. Конфліктний тип сімейних відносин зареєстровано в однаковій частині сімей дітей і підлітків із тривожними розладами (24,1 і 25,7% відповідно). Гармонійного варіанта виховання не було.

У формуванні ТФР у дітей значущими були фактори конфліктів у сім'ї і неповної родини, а у формуванні тривожно-депресивного розладу — патологічний варіант сімейних відносин, низький матеріальний рівень.

Коефіцієнтами рангової кореляції між різними психосоціальними факторами і тривожними розладами є чинники проживання у мегаполісі ($R = 0,644$), хронічні конфлікти ($R = 0,912$), тип виховання ($R = 0,800$), низький матеріальний рівень сім'ї ($R = 0,800$), неуспішність у навчанні ($R = 0,786$), наявність порушень адаптації на ранньому етапі онтогенезу ($R = 0,504$).

Визначено ризик біологічних факторів предикції у розвитку тривожних розладів: інфантилізм ($R = 0,934$), часті застуди в анамнезі ($R = 0,934$), спадкова обтяженість психічними і психосоматичними захворюваннями ($R = 0,866$), церебральна органічна недостатність у поєднанні з лікворною гіпертензією ($R = 0,756$), загроза переривання в першій половині вагітності ($R = 0,602$).

Таким чином, у ході дослідження отримано результати, що свідчать про взаємозв'язок ряду соціальних, психологічних, біологічних чинників

формування тривожних розладів у дітей і підлітків. Вони можуть служити підґрунтям для розробки нових схем лікування та профілактики ТФР, суїцидальної поведінки, підвищення якості життя, оптимізації соціального функціонування та збереження інтелектуального потенціалу дітей.

Список літератури

1. *Манойленко Т. С.* Захворювання системи кровообігу як медична, соціальна та соціополітична проблема / Т. С. Манойленко.— К.: Дніпр, 2014.— 279 с.
2. *Марута Н. А.* Особенности тревожных расстройств при неврологических расстройствах и возможности их терапии / Н. А. Марута, Е. Е. Семикина // Современные тенденции в неврологии: настоящее и будущее: материалы XII Междунар. конф.— Судак, 2010.
3. Депрессия у подростков (клинико-возрастной, нейроркогнитивный, генетический аспекты) / Э. А. Михайлова, Т. Н. Матковская, Г. Ю. Проскура [и др.] // Укр. вісн. психоневрології.— 2015.— Т. 23, вип. 2 (83).— С. 75–78.
4. *Allgulander C.* Generalized Anxiety Disorder: Review of Recent Finding / C. Allgulander // J. Exp. Clin. Med.— 2012.— № 4.— Р. 88–91.
5. *Михайлов Б. В.* Анализ социально-психологических факторов, влияющих на формирование и развитие депрессивных реакций аффективного и невротического регистров у студентов ВУЗов / Б. В. Михайлов, И. Д. Вашките // Укр. вісн. психоневрології.— 2013.— Т. 21, вип. 3.— С. 65–69.
6. *Ковалев Ю. В.* Особенности тревоги при неврозах / Ю. В. Ковалев, В. В. Васильев, С. Г. Пакриев // Мед. психология в России.— 2014.— № 3 (26).— URL: <http://mprj.ru>.
7. *Allgulander C.* Morbid anxiety as a risk factor in patients with somatic diseases: a review of recent findings / C. Allgulander // Mind Brain J. Psychiatry.— 2010.— № 1.— Р. 11–19.
8. Пат. 2432116 С1 МПК А61В 5/16. Способ дифференциальной экспресс-диагностики тревожно-депрессивных и органических психических расстройств / А. Е. Бобров, Д. М. Царенко; заявитель и патентообладатель Московский научно-исследовательский ин-т психиатрии Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию.— № 2010120740/14; заявл. 24.05.2010; опубл. 27.10.2011.— Бюл. № 30.— С. 3.
9. *Никитина И. В.* Социальная тревожность: содержание понятия и основные направления изучения / И. В. Никитина, А. Б. Холмогорова // Социальная и клиническая психиатрия.— 2011.— Т. 21, вип. 1.— С. 60–67.
10. *Астапов В. М.* Тревожность у детей / В. М. Астапов.— М.: PerSe, 2008.— 160 с.
11. *Hofman S.* CBT for Adult Anxiety Disorders:

- A Meta-Analysis of Randomized Placebo-Controlled Studies / S. Hofman, J. Smits // *J. of Clinical Psychiatry*.— 2008.— № 69.— P. 621–632.
12. Weisberg R. B. Overview of generalized anxiety disorder: epidemiology, presentation and course / R. B. Weisberg // *J. Clin. Psychiatry*.— 2009.— № 70.— P. 4–9.
 13. Мей Р. Проблема тривоги / Р. Мей.— М.: ЭКСМО-пресс, 2001.— 432 с.
 14. Тревожные расстройства у детей и подростков // Тревожные расстройства в общей врачебной практике: руководство для врачей; под ред. Л. С. Чутко.— СПб.: Елсби-СПб., 2010.— С. 54–74.
 15. Левада О. А. Пациент с депрессией и симптомами тревоги: вопросы дифференциальной диагностики и терапии / О. А. Левада // *Нейронews*.— 2010.— № 2 (21).— С. 34–37.
 16. Kendall P. C. Clinical characteristics of anxiety disorder in youth / P. C. Kendall // *J. Anxiety Disord.*— 2010.— № 24.— P. 360–365.
 17. Головина А. Г. Социальные факторы и патоморфоз фобических нарушений в подростковом возрасте / А. Г. Головина // *Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*.— 2011.— № 9.— С. 4–9.
 18. Ollendick T. H. Comorbidity in youth with specific phobias: Impact of comorbidity on treatment outcome and the impact of treatment on comorbid disorders / T. H. Ollendick, L.-G. Öst, L. Reuterskiöld // *Behav. Res. Ther.*— 2010.— № 48 (9).— P. 827–831.
 19. Ollendick T. H. Specific Phobia in Youth: Phenomenology and Psychological Characteristics / T. H. Ollendick, N. Raishevich, T. E. Davis // *Behav. Ther.*— 2010.— № 41 (1).— P. 133–141.
 20. Прихожан А. М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика / А. М. Прихожан.— М.: МПСИ; Воронеж: НПО «МОДЭК», 2000.— 195 с.
 21. Головина А. Г. Социальные факторы и патоморфоз фобических нарушений в подростковом возрасте / А. Г. Головина // *Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*.— 2011.— Т. 11, № 9.— С. 9–14.
 22. Марута Н. О. Суїцидальна поведінка у хворих на тривожні розлади (клініко-психопатологічна характеристика та принципи профілактики) / Н. О. Марута, Ю. В. Ніканорова // *Укр. вісн. психоневрології*.— 2014.— Т. 22, вип. 2 (79).— С. 10–15.
 23. Михайлова Е. А. Депрессия у детей и подростков / Е. А. Михайлова, Т. Ю. Проскурина.— Харьков: Стиль-Издат, 2016.— 626 с.
 24. Kendler K. S. Major depression and generalized anxiety disorder: same genes (partly) different environments-revisited / K. S. Kendler // *Br. J. Psychiat.*— 1996.— № 30.— P. 68–75.
 25. Прихожан А. М. Роль детско-родительских отношений в становлении тревожности как личностного образования / А. М. Прихожан // *Психологические исследования*.— 2008.— № 2 (2).— URL: <http://psystudy.ru>

СОЦИОДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ, БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРЕДИКЦИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

Е. А. МИХАЙЛОВА

Изучены и углублены современные представления о формировании, развитии и типологии тревожно-фобических расстройств у детей. Выделены основные клинические и психологические корреляты тревожно-фобического и тревожно-депрессивного расстройств у детей в возрастном и гендерном аспектах. Определены главные социодемографические, биологические, наследственные предикторы формирования тревожных расстройств у детей и подростков. Названы социально-средовые факторы, которые необходимо учитывать при медико-психологическом сопровождении и терапевтическом вмешательстве у пациентов.

Ключевые слова: дети, подростки, тревожные расстройства, фобии, депрессия, социодемографические, психологические, биологические факторы предикции.

SOCIODEMOGRAPHIC PSYCHOLOGICAL BIOLOGICAL PREDICTORS OF ANXIETY-FOBIC DISORDER IN CHILDREN

Е. А. МЫКХАЙЛОВА

The modern ideas on formation, development and typology of anxiety-phobic disorders in children were studied and expanded. The main clinical and psychological correlates of anxiety-phobic and anxiety-depressive disorders in children were distinguished in age- and gender-dependent aspects. Main sociodemographic, biological, hereditary predictors of forming anxiety disorders in children and adolescents were determined. Socio-environmental factors that should be taken into account at medical and psychological support and therapeutic intervention in patients were described.

Key words: children, adolescents, anxiety disorders, phobias, depression, sociodemographic psychological biological predictors.

Надійшла 07.03.2018