

## Vaikų ir paauglių nerimo sutrikimai. Psichoterapijos kryptys

Beata Diomšina, Dalia Vyčiniene

*Vilniaus universiteto Socialinės pediatrijos ir vaikų psichiatrijos klinika,  
Respublikinės universitetinės ligoninės Vaiko raidos centras*

**Raktažodžiai:** nerimas, nerimo sutrikimai, motinos ir vaiko ryšys, vaikų ir paauglių psichikos sutrikimai.

**Santrauka.** Straipsnio autorės dalijasi klinikinio darbo su pacientais, turinčiais nerimo sutrikimų, patirtimi. Išanalizuotos 54 ligos istorijos. Pateikiami duomenys, kokią dalį visu sutrikimų, gydytų vaikų ir paauglių psichiatrijos skyriuje, sudaro nerimo sutrikimai, kaip jie pasiskirsto pagal TLK-10 diagnostines kategorijas, nerimo sutrikimus skatinantys veiksniai, vaikų ir paauglių, turinčių nerimo sutrikimų, klinikiniai ypatumai bei psichoterapijai taikomi metodai.

### Įvadas

Nerimas yra viena dažniausių žmogaus patiriamų emocijų, kurios lydi žmogų visą gyvenimą. Tačiau nerimo pasireiškimas ir intensyvumas kinta priklausomai nuo žmogaus amžiaus, įgimtų savybių, gyvenimo patyrimo bei aplinkos (1–3).

Kūdikis pirmaisiais gyvenimo mėnesiais neskiria savojo „aš“ nuo išorinio pasaulio. Ryšys su motina yra labai stiprus, beveik simbioziškas. Kai motina pasitraukia iš kūdikio akiračio, jam pirmą kartą atsiranda pojūtis, kad esu „aš“ ir „kiti“. Žinoma, jog kūdikis apie šeštąjį gyvenimo mėnesį pradeda reaguoti į svetimus žmones nerimu (į visus, kas yra ne motina). Kartu prasideda ir atsiskyrimo nuo motinos procesas, vaikas įgyja savąją erdvę. Priklausomybė nuo motinos išlieka, tačiau ne visiškai. Šis procesas skausmingas tiek vaikui, tiek motinai – už savo atskirumą vaikas ir motina patiria netekties pojūtį ir nerimą. Būtent tas nerimas vadinamas atsiskyrimo nerimu, kurio intensyvumas vaiko raidos eigoje mažėja. Trečiais ketvirtais gyvenimo metais vaikas pradeda suvokti, jog tai, kad motinos nėra akiratyje, dar nereiškia, kad jos neteko. Jis jau gali pats motiną surasti (nueiti į virtuvę ar kitą kambarį, kur ji yra).

Atsiskyrimo nerimas atsiranda tarp vaiko ir motinos, bet tėvo vaidmuo yra nemažiau svarbus. Tėvas, taip ryškiai nepatiriantis atsiskyrimo nerimo, gali padėti motinai lengviau išgyventi šį vaiko raidos procesą, palaikyti ją emociškai.

Kodėl gi toks suprantamas fiziologinis nerimas virsta patologiniu arba destruktiniu? Priežasčių vėl reikėtų ieškoti vaiko ir motinos ryšyje. Jeigu motina nesuteikia saugumo, vaikas supančią aplinką suvokia kaip grėsmingą. Jis pasidaro nerimastingas, užsidaręs,

sutrinka jo kontaktai su bendraamžiais – visa tai turi neigiamos įtakos tiek asmenybės raidai, tiek ir socialinei adaptacijai.

Nerimas turi ir teigiamą poveikį vaiko raidai. Jis skatina vaiką ieškoti išeičių ir savarankiškai elgtis tam tikrose situacijose, kurios jam yra naujos ir iš pradžių suvokiamos kaip pavojingos. Įgytas patyrimas stiprina vaiko „aš“. Taip vaikas palaipsniui įgauna pasitikėjimą savimi ir savarankiškumo pojūtį.

Be psichologinio yra ir biofiziologinis nerimo genezės aiškinimas, kurio požiūriu, gebėjimas reaguoti nerimu yra įgimta savybė, kuri būdinga kiekvienam gyvam organizmui. Nerimo genezėje dalyvauja gabaerginiai neuronai, kurie skirtingai veikia įvairias centrinės nervų sistemos sritis: aktyvina noradrenerginis bei slopina dopaminerginius ir serotoninerginius receptorius. Nerimo išsivystymą skatina šių neurotransmiterių disfunkcija (4).

Dauguma autorių, kaip nurodo J.Rabe-Jablonska (4), prisilaiko holistinio požiūrio, vienijančio tiek psichologinę, tiek biologinę koncepcijas. Paties nerimo sąvoka nėra vienareikšmiška ir autorių apibrėžiama skirtingai. Richard Dan mano, jog nerimas yra subjektyviai nemaloni psichinė būseną, kai žmogus jaučia vidinę įtampą, negali susikaupti, patiria nemalonius organizmo pokyčius, raumenų įsitempimą. Remiantis Z.Freudu, nerimas – tai subjektyviai nemaloni būseną, lemiamą organizmo sujaudinimo, kuris atsiranda dėl stipraus afekto išgyvenimo (pvz., seksualinio sujaudinimo, agresijos, neapykantos). Catell R.B. teigimu, mokslininkai, tyrinėjantys nerimą, skiria apie aštuonis šimtus įvairių nerimo pasireiškimo požymių (5). Jeigu nerimas išgyvenamas labai stipriai ir sutrikdo pagrindines žmogaus organizmo funkcijas,

manoma, kad tai jau yra nerimo sutrikimas. Taigi nerimo sutrikimus galima suskirstyti į dvi kategorijas. Vienu atveju, žmogus išgyvena nerimą labai stipriai (pvz., fobijos, panika). Kitu atveju nerimas nėra toks ryškus, tačiau manoma, kad būtent jis yra simptomų priežastis (obsesinis kompulsinis, disociacinis konversinis bei somatoforminiai sutrikimai).

Visų nerimo sutrikimų bendras bruožas yra tas, kad nerimas išgyvenamas kaip kažkas svetimo, t.y. egodistoniškas.

TLK-10 vaikų ir paauglių nerimo sutrikimams skiria šias diagnostines kategorijas:

- F40 Fobiniai nerimo sutrikimai.
- F41 Kiti nerimo sutrikimai.
- F42 Obsesinis kompulsinis sutrikimas.
- F43 Reakcijos į stiprų stresą bei adaptacijos sutrikimai.
- F44 Disociaciniai konversiniai sutrikimai.
- F45 Somatoforminiai sutrikimai.
- F93.0 Atsiskyrimo nerimo sutrikimas vaikystėje.
- F93.1 Fobinio nerimo sutrikimas vaikystėje.
- F93.2 Socialinio nerimo sutrikimas vaikystėje.

*Vaikų ir paauglių nerimo sutrikimų epidemiologija.* Vaikų ir paauglių nerimo sutrikimai yra vieni iš dažnesnių, tarp visų psichikos sutrikimų jie yra 2–4 vietoje (Jalenques I., Courdet A.I., 1993).

Įvairūs epidemiologiniai vaikų ir paauglių nerimo sutrikimų tyrimai rodo, kad jų pasireiškimo dažnumas yra 7,3–11 proc. populiacijos (6–10).

Anderson J.C. teigimu, 7,3 proc. vienuolikmečių populiacijos turi minėtųjų sutrikimų (6). Costello E.J. tyrimai rodo, kad tarp 7–11 metų vaikų 8,9 proc. turi nerimo sutrikimų (7). Panašų nerimo sutrikimų dažnumą (8,7 proc.) nurodo Kashani J.H. (9), tyręs 14–16 metų paauglių populiaciją. Mc Gee R. nerimo sutrikimus diagnozavo 11 proc. penkiolikmečių (10).

### Tyrimo medžiaga ir metodai

Išanalizuotos 54 Vaiko raidos centro vaikų psichiatrijos skyriuje 2000 01–2001 06 gydytų pacientų, turinčių nerimo sutrikimų, ligos istorijos.

**Lentelė. Pacientų pasiskirstymas pagal amžių ir lytį**

Amžius (metais)	Mergaitės	Berniukai
6–10	9	7
11–17	21	17
Iš viso	30	24

Analizės metu bandyta išsiaiškinti, kokią dalį visų sutrikimų sudaro nerimo sutrikimai, kaip jie pasiskirsto pagal TLK-10 diagnostines kategorijas, taip pat nerimo sutrikimus skatinančius veiksnius (remiantis anamnezės duomenimis), vaikų ir paauglių, turinčių nerimo sutrikimų, klinikinius ypatumus bei taikomus psichoterapijos metodus.

### Tyrimo rezultatai ir jų aptarimas

Tarp visų stacionare gydytų pacientų 19 proc. buvo pacientų, turinčių nerimo sutrikimų.

Nerimo sutrikimai pagal lytį pasiskirsto taip: 57 proc. mergaičių (30 pacientų), 43 proc. berniukų (24 pacientai).

Pagal dažnumą ši diagnostinė kategorija buvo antroje vietoje po elgesio sutrikimų (1 pav.).

1. Elgesio sutrikimai.
2. Nerimo sutrikimai.
3. Mišrus elgesio ir emocijų sutrikimai.
4. Nuotaikos sutrikimai.
5. Emociniai sutrikimai, prasidedantys vaikystėje (ne nerimo sutrikimai).
6. Protinis atsilikimas.
7. Specifiniai kalbos ir kalbėjimo raidos sutrikimai.
8. Šizoafektiniai sutrikimai.
9. Elgesio sutrikimai, susiję su fiziologiniais veiksniais.
10. Socialinės raidos sutrikimai.
11. Asmenybės sutrikimai.
12. Tikai.
13. Kiti emociniai sutrikimai.

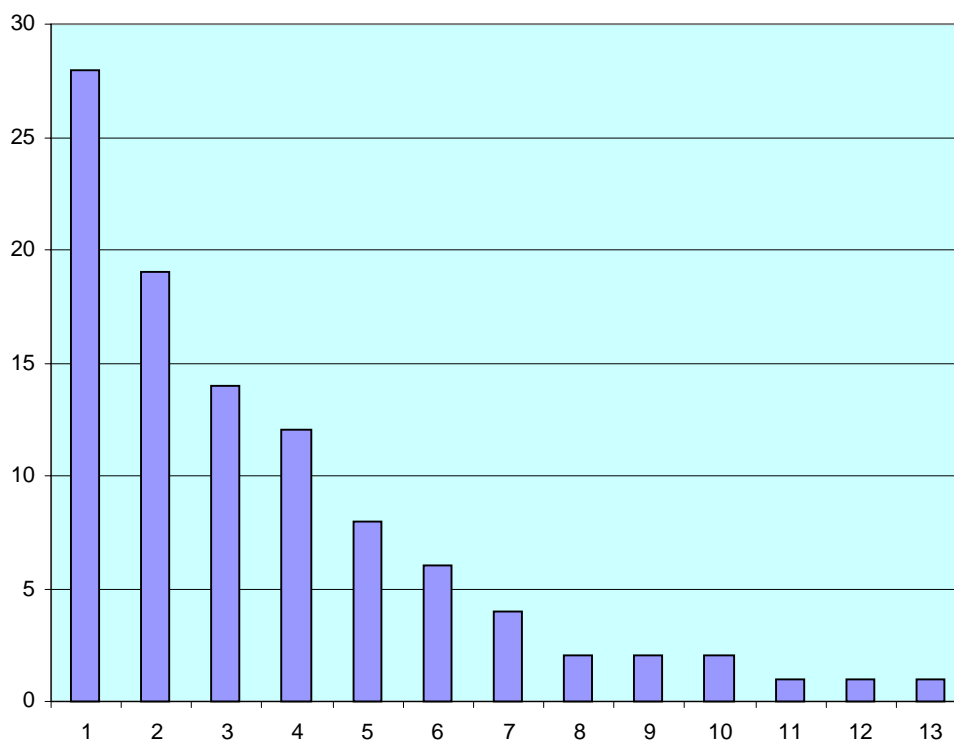
Dažniausi yra adaptacijos sutrikimai (F43.2), 16 pacientų (2 pav.).

Tai gana populiaru vaikų psichiatrų taikoma diagnostinė kategorija, kuri apima adaptavimosi mokykloje, elgesio ir emocijų sunkumus, nežymų nuotaikos sutrikimą. Šie simptomai susiję su ryškesniu stresogeniniu veiksmu (patirtas pavojus paciento ar jo artimųjų žmonių gyvybei, sužalojimas, avarijos, užpuolimai, vagystės).

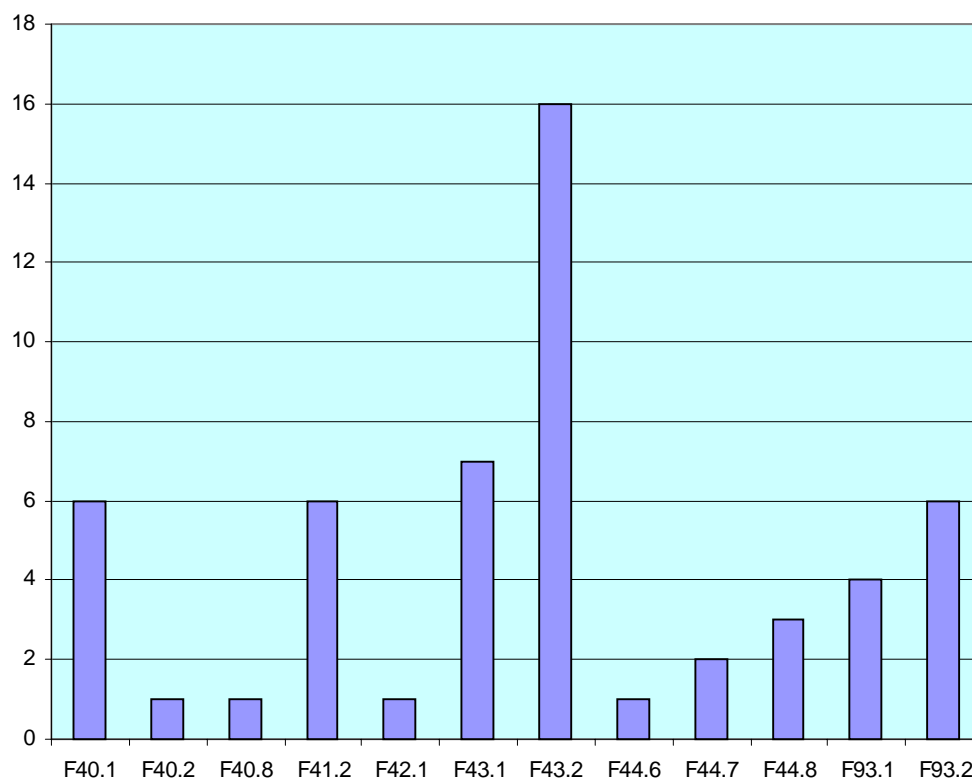
Vieni iš dažniau pasitaikančių nerimo sutrikimų yra potrauminio streso sutrikimas (F43.1) – 7 pacientai, socialinė fobija (F40.1), socialinio nerimo sutrikimas (F93.2), mišrus depresijos ir nerimo sutrikimas – po 6 pacientus.

Visi šie sutrikimai labai paveikia vaikų ir paauglių socialinį adaptavimąsi, todėl tokiems vaikams dažnai reikalinga stacionarinė medicinos pagalba.

Pažymėtina, kad mišrus depresijos ir nerimo sutrikimas TLK-10 skirtingai nuo DSM-IV šią naują



**1 pav. Psichikos sutrikimų turinčių vaikų, gydytų vaikų psichiatrijos skyriuje 2000 01–2001 06, pasiskirstymas pagal diagnostines kategorijas (procentais)**



**2 pav. Pacientų, turinčių nerimo sutrikimų ir gydytų vaikų psichiatrijos skyriuje 2000 01–2001 06, pasiskirstymas pagal diagnostines kategorijas (skaičiais)**

diagnostinę kategoriją skiria tais atvejais, kai kliniškai ryškūs depresijos ir nerimo simptomai, tačiau nė vieno iš jų negalima išskirti kaip dominuojančio. Toks simptomų derinys, daugelio autorių nuomone, yra dažnas tarp paauglių (4). Autorės, remdamosi darbo su paaugliais patirtimi, sutinka su šia nuomone. Manome, kad su tuo sutiks ir kiti vaikų ir paauglių psichiatrai.

Remiantis ligos istoriją anamnezės duomenimis, išskirti nerimo sutrikimus skatinantys **veiksniai**: artimo žmogaus mirtis arba liga, mokyklos pakeitimas, išsiskyrimas su draugais, gyvenamosios vietos pakeitimas, tėvų skyrybos. Taip pat dauguma atvejų išryškėjo komplikuoti santykiai bei didelis šeimos narių nerimo lygis. Tėvai dėl savo vidinių konfliktų nesugebėdavo sukurti saugumo šeimoje, o tai skatino vaikų nerimą.

Kiek pastebėta analizuojant šiuos atvejus, tokių vaikų **klinikiniuose simptomuose** vyrauja žemas savęs vertinimas, labai ryški nesėkmės baimė, padidėjęs jautrumas kritikai ir vertinimui savo atžvilgiu, emocinis labilumas, bloga nuotaika, somatiniai nerimo pasireiškimai. Tarpasmeniniuose santykiuose – tai dažniausiai uždaro būdo vaikai, sunkiai užmezgantys bendravimą su bendraamžiais, dažnai dėl nepasitikėjimo savimi kitų vaikų yra atstumiami. Todėl jų elgesiui būdinga nerimą keliančių situacijų vengimas (mokyklos, kolektyvo, kitos socialinės aplinkos) – visa tai lemia gilų vaiko socialinį dezadaptavimąsi.

### ***Psichoterapijos kryptys***

Analizuojant ligos istorijas pacientų, turinčių nerimo sutrikimų ir gydytų vaikų psichiatrijos skyriuje per minėtąjį laikotarpį, pastebėta, jog psichoterapijos kryptys yra tokios kaip ir kitų vaikų ir paauglių psichinių sutrikimų.

Visais atvejais skyriuje taikomos individuali ir aplinkos terapijos bei šeimos konsultavimas. Tačiau vis tik yra savitumų, būdingų tik nerimo sutrikimų gydymui. Taigi, kokie psichoterapijos metodai taikomi šiems sutrikimams gydyti.

### ***Individuali terapija***

Individuali terapija parenkama medikų komandos pasitarimo metu, remiantis klinikiniais paciento tyrimais, pokalbiu su šeima, stebėjimu, psichologiniu tyrimu. Daugeliu atvejų taikoma kognityvi elgesio terapija.

Vaikams ir paaugliams, turintiems nerimo sutrikimų, veiksmingas sisteminio desensitizavimo metodas, kai vaikas palaipsniui pratinamas prie situacijų, keliančių nerimą. Tą galima daryti įvairiais būdais, pavyzdžiui, pacientas, esantis relaksacijos būsenoje,

pradeda įsivaizduoti baimę keliančią situaciją. Kadan gi atsipalaidavimas ir baimė yra priešingos reakcijos, tai atsipalaidavimas neutralizuoja baimę. Kartais nerimas gali sumažėti sąmoningai kartoiant nerimą keliantį vaizdinį saugioje aplinkoje, arba palaipsniui gąsdinantį vaizdinį keičiant į labiau priimtina, malonų. Vaikams patinka vaizdinių redukcijos būdas, kai grėsmingas žmogus įsivaizduojamas mažas arba jam neįprastoje, net komiškoje situacijoje. Tai taikytina vaikams, turintiems mokyklos fobiją, socialinį nerimą, fobinio nerimo sutrikimą.

Vyresniems vaikams ir paaugliams taikomas nerimą keliančių minčių stabdymas bei užrašymo metodai. Minčių stabdymo atveju dėmesys nukreipiamas pasakius "stop", suplojus delnais, garsiai skaičiuojant (tai veiksminga obsesinio kompulsinio sutrikimo atveju). Nerimą keliančių minčių, dienoraščio rašymas leidžia objektyviau įvertinti situaciją ir ieškoti alternatyvaus sprendimo (taikytina visų nerimo sutrikimų atvejais).

Kognityvios terapijos principai padeda vaikams suvokti savo būseną bei jausmus ir juos priimti. Dažnai vaikai jaučiasi bejėgiai ir socialiai menkaverčiai, todėl darbo metu svarbu parodyti jų stipriąsias puses, skatinti pasitikėjimą savimi, mokyti atpažinti ir išreikšti savo jausmus.

Prisiminus anksčiau išvardytas vaikų ir paauglių, turinčių nerimo sutrikimų, asmenybės savybes, nesunku numanyti, jog terapija turėtų būti nukreipta į darbą su neadaptyviais gynybiniais mechanizmais (neigimas, slopinimas, atstūmimas ir kt.). Jaunesnių vaikų gynybiniai mechanizmai atsispindi žaidimo metu, jų piešiniuose. Dirbant su berniuku, turinčiu obsesinį kompulsinį sutrikimą, terapijos pradžioje pastebėtas labai ryškus savęs nuvertinimas ir nepriėmimas – tai atsispindėjo ir šio vaiko piešiniuose. Iš pradžių jis piešė pasaulyje neegzistuojančias sunkias nusakomas būtybes. Kai terapijos eigoje keitėsi savęs vertinimas, jausmų priėmimas ir jų suvokimas, vaikas pradėjo piešti vis realesnį į save panašų žmogų.

### ***Šeimos konsultavimas***

Vaiko savęs priėmimas bei vertinimas glaudžiai susijęs su tuo, kaip jis priimamas šeimoje. Dirbant su šeimomis, pastebėta, kad tėvai dažnai kelia per aukštus reikalavimus vaikams, per dideli lūkesčiai, daug draudimų, kai kurie autoriai tai vadina šantažuojančia tėvų meile. Vaikams būna sunku atitikti jų lūkesčius, tai kelia didelį nerimą ir veikia vaiko savivertę (ypač pastebima obsesinio kompulsinio, disociacinio konversinio sutrikimo atvejais).

Dažnai tėvai patys yra nerimastingi, nepasitikintys,

pernelyg globojantys. Ryšys motina – vaikas yra neadekvatus, simbiotiškas, o tai slopina vaiko aktyvumą, savarankiškumą, gebėjimą atvirai reikšti savo norus ir jausmus. Tai tos motinos, kurios, šnekėdamos apie vaiką, vartoja žodelį “mes”.

Dirbant su šeimomis, svarbu koreguoti santykius. Dažnai susiduriama su pasipriešinimu, kuris kyla dėl pokyčių šeimoje baimės, pvz., motina teigia, kad nori atskirti vaiką, siekia jo savarankiškumo, o jos neverbališkas elgesys rodo visiškai priešingai, todėl, dirbant su tėvais, siekiama padėti jiems išmokyti adekvačiai priimti ir vertinti savo vaiką, jo sugebėjimus bei galimybes.

### *Aplinkos terapija*

Neatsiejama darbo dalis yra aplinkos terapija. Vaikas turi galimybę patikrinti save kitose socialinėse situacijose, įgyja bendravimo su vaikais ir suaugusiais patirties, gauna palaikymą ir stimuliavimą iš aplinkos, todėl didėja pasitikėjimas savimi. Vaikai palaipsniui

sugeba įveikti nerimą, susijusį su mokyklinėmis situacijomis (tai ypač svarbu esant mokyklinei fobijai).

### **Išvados**

1. Vaikų ir paauglių nerimo sutrikimai tarp visų psichikos sutrikimų (gydytų Respublikinės universitetinės ligoninės Vaiko raidos centro Vaikų psichiatrijos skyriuje) yra antroje vietoje.

2. Nerimo sutrikimai šiek tiek dažnesni tarp mergaičių (tai sudarė 57 proc. pacientų, turinčių nerimo sutrikimų ir gydytų Respublikinės universitetinės ligoninės Vaiko raidos centro Vaikų psichiatrijos skyriuje 2000 01–2001 06).

3. Remiantis Respublikinės universitetinės ligoninės Vaiko raidos centro Vaikų psichiatrijos skyriaus patirtimi, visi nerimo sutrikimai pažeidžia vaiko socialinį adaptavimąsi.

4. Nerimo sutrikimų gydymas vaikų psichiatrijos skyriuje turėtų būti kompleksinis, apimantis individualią ir aplinkos terapijas bei šeimos konsultavimą.

## **Anxiety disorders in children and adolescents. Psychotherapeutic interventions**

**Beata Diomšina, Dalia Vyčinienė**

*Department of Social Pediatrics and Child Psychiatry, Vilnius University,  
Child Development Center, Vilnius University Hospital, Lithuania*

**Key words:** anxiety, anxiety disorders, mother child relation, disorders in children and adolescents.

**Summary.** Anxiety disorders are among the most prevalent mental health problems in childhood and adolescence.

In this article authors share their experience working with anxiety disorders in inpatient department. Fifty four case histories were analyzed. Authors present, which part of psychiatric disorders takes the anxiety disorders and how they distribute according to ICD-10 diagnostic categories. Anxiety disorders' risk factors, main clinical symptoms and psychotherapeutic methods are discussed.

Correspondence to B. Diomšina, Department of Social Pediatrics and Child Psychiatry, Vilnius University, Vytauto 15, 2004 Vilnius, Lithuania. E-mail: beata.diomsina@vrc.vu.lt

### **Literatūra**

1. Kepinski A. Lęk.(Anxiety). PXWL. Warszawa 1977:236-8.
2. Lader M. Anxiety, stress and related illness. Essentialia 1989;18(3):1-10.
3. Tinbergen N, Tinbergen EA. Autistic children. New hope for culture. Allen and Unwin, London 1983.
4. Rabe-Jablonska J. Zaburzenia lękowe u dzieci i młodzieży. (Anxiety disorders in children and adolescents). Lodz 1995.
5. Catell RB. Anxiety and motivation: theory and crucial experiments. Academic Press, New York 1966.
6. Aderson JC, Williams S, Mc Gee R, Silva PA. DSM-III disorders in preadolescents children. Arch. Gen. Psychiatry 1987;44:69-76.
7. Costello EJ. Child psychiatric disorders and their correlates: a primary care pediatric sample. J Am Acad Child Adolesc. Psychiatry 1989;28:851-5.
8. Flament G, Whitaker A, Rapoport JL. Obsessive-Compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study. J Am Acad Child Adolesc. Psychiatry 1988;27:764-71.
9. Kashani JH, Orvaschel H. Anxiety disorders in mid-adolescence: community sample. Am J Psychiatry 1988;145:960-4.
10. Mc Gee R, Feehan M, Williams S, Partridge F, Silva PA, Kelly J. DSM-III disorders in large sample of adolescents. J Am Acad Child Adolesc. Psychiatry 1990;21:611-9.

*Straipsnis gautas 2001 12 29, priimtas 2002 04 15  
Received 29 December 2001, accepted 15 April 2002*