

VAIKŲ IR PAAUGLIŲ NERIMO SUTRIKIMAI ŠEIMOS GYDYTOJO PRAKTIKOJE

Kotryna Tarasevičiūtė, Gertrūda Poškutė

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos fakultetas

Raktažodžiai: vaikai, paaugliai, medikamentai, psichoterapija, nerimo sutrikimai, baimė.

Santrauka

Vaikų ir paauglių nerimo sutrikimai yra dažni ir linkę kartotis. Negydomi jie lėtina socioemocinę ir pažintinę raidą. Šeimos gydytojo praktikoje itin svarbu juos anksti atpažinti ir imtis tinkamų veiksmų. Tyrimo tikslas – pateikti šeimos gydytojui dažniausių pediatriinių pacientų nerimo sutrikimų atpažinimo ir gydymo gaires, reikalingas norint ankstyvos intervencijos pagalba išvengti besivystančių pasekmių. Literatūros ieškota elektroninėse duomenų bazėse Medline (Pubmed), Cochrane Library, specializuotoje paieškos sistemoje Google Scholar. Tyrimo rezultatai ir išvados. Norint diagnozuoti nerimo sutrikimą, būtina įvertinti rizikos veiksnius, aplinkybes, situacijas bei šeimos kontekstą, kuriame jis pasireiškia. Svarbu atskirti normalų vaikų baimių vystymąsi ir atpažinti pataloginį nerimą, kuris trikdo kasdienę veiklą ir stabdo normalią raidą. Šeimos gydytojas, įtaręs ar nustatęs nerimo sutrikimą, gali kreiptis į kitus sveikatos priežiūros specialistus arba, vadovaudamasis šeimos gydytojo norma, skirti gydymą. Tiriamos veiksmingos šių patalogijų intervencijos, tokios kaip psichoterapija, psichofarmakoterapija. Kognityvinė elgesio terapija įrodyta kaip veiksminga pataloginio nerimo pasireiškimo korekcijai ir neturinti nepageidaujamo poveikio. Vis dėlto, kartais reikia skirti medikamentinį gydymą. Selektyvūs serotonino reabsorbcijos inhibitoriai (SSRI) priskiriami prie pirmos eilės medikamentų dėl teigiamo naudos ir žalos santykio. Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos yra įspėjusi dėl galimos SSRI gydymo sukeltos suicido rizikos, elgesio pakitimų bei somatinių nusiskundimų. Renkantis medikamentinę gydymo formą, reikėtų įspėti paciento tėvus apie galimą šalutinį poveikį ir gauti sutikimą gydymui.

Įvadas

Nerimo sutrikimai – vieni dažniausių psichiatrinių sutrikimų, pasireiškiančių vaikams ir paaugliams iki 18 metų [1]. Jų paplitimas tarp pediatriinių pacientų varijuoja nuo 15 iki 20 procentų [2, 3]. Labiausiai paplitusios nerimo būklės yra specifinės fobijos, socialinė fobija, generalizuotas nerimo sutrikimas ir atsiskyrimo baimė [2]. Šie bei kiti vaikystėje pasireiškiantys nerimo sutrikimai gali būti ir sunkesnių psichiatrinių ligų psychopatologijos dalis [4]. Vaikų ir paauglių nerimo sutrikimai dažnai susiję su reikšmingu dalyvumo sumažėjimu, psichologinio brendimo sutrikdymu ir suicido rizikos padidėjimu [5]. Dėl nerimo būklių keliamų pojūčių itin dažnai kreipiamasi į gydytojus, dirbančius pirminėje sveikatos priežiūros grandyje [1]. Nustatyta, kad trečdaliui pacientų negydomi nerimo sutrikimai tęsiasi ilgai, persipina su kitais sutrikimais ir įgauna sudėtingesnę formą, trečdaliui vėlesniame amžiuje pereina į depresiją ir piktnaudžiavimą kenksmingomis medžiagomis [6].

Tyrimo tikslas – vaikų ir paauglių nerimo sutrikimų rizikos veiksnių, diagnostikos bei galimų gydymo taktikų aptarimas ir rekomendacijos šeimos gydytojui.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Literatūros šaltinių ieškota elektroninėse duomenų bazėse Medline (Pubmed), Cochrane Library, specializuotoje paieškos sistemoje Google Scholar, naudojantis raktinių žodžių grupėmis ir juos kombinuojant. Remtasi Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos svetainėje pateiktais teisiniais dokumentais.

Tyrimo rezultatai

Rizikos veiksniai. Vaikystės ar paauglystės laikotarpiu diagnozavus nerimo sutrikimus, padidėja įvairių jų formų pasikartojimo tikimybė vėlesniais augimo periodais ir suaugus [7]. Šių sutrikimų rizikos veiksnių atpažinimas bei savalaikė intervencija yra viena veiksmingiausių priemonių užkirsti kelią jų išsivystymui [8]. Nerimo sutrikimų išsivystymo rizika priklauso nuo asmens emocinio ir kognityvinio

vystymosi ypatumų [6]. Vaikams, kurių atsakas į dažniausiai pasitaikančias situacijas ir stresorius yra neadaptyvus, būdinga didesnė nerimo sutrikimo išsivystymo rizika [8]. Atliktuose tyrimuose nustatyta, kad nerimastingi vaikai neutralius ir nepavojingus stimulus yra linkę suvokti kaip grėsmingus, o saugius ir pavojingus – asocijuoti tarpusavyje. Jiems būdingas padidintas jautrumas apdovanojimui už pastangas bei stipresnis susirūpinimas dėl bendraamžių vertinimo [6]. Nemažiau svarbūs ir kiti rizikos veiksniai, tokie kaip: vaiko introversija, polinkis į elgesio slopinimą, negatyvūs patyrimai, žema savivertė ir akademiniai pasiekimai, šeimos narių psichopatologija, nesaugi aplinka [8]. Užsienyje atliktose studijose nustatyta, jog kiekvienai vaiko vystymosi stadijai galima priskirti atskirus tik jai būdingus rizikos veiksnius, kuriais remiantis galima nuspėti nerimo sutrikimų pasireiškimo riziką. Tarp tokių veiksnių minimi mažesnis nei 7 balų naujagimio įvertis Apgar skalėje ar 5 metus po vaiko gimimo besitęsiantis nuolatinis motinos distresas [7]. Paauglystės laikotarpiu moteriškoji lytis yra pažeidžiamesnė nerimo sutrikimų išsivystymo atžvilgiu, kadangi šios lyties atstovės yra siejamos su stipresniu reaguojimu bei didesniu jautrumu kūno formų, kognityvinės ir emocinės sferos pokyčiams. Rizikos veiksniai, tokie kaip žemas šeimos socioekonominis statusas, tėvų atstūmimas, skurdūs streso valdymo įgūdžiai šiuo periodu ypač stipriai veikia ir dažnina nerimo sutrikimus [9].

Nerimo sutrikimų diagnostika. Nerimo sutrikimų diagnostika paremta klinikiniu ištyrimu [10]. Nerimastingi vaikai, patekę pas šeimos gydytoją, gali skųstis pasikartojančiais galvos skausmais ar skrandžio ir žarnyno veiklos sutrikimais, kurių tikroji priežastis yra patologinis nerimas [11]. Somatiniai susirgimai, tokie kaip hipertiroidizmas, gali pamėgdžioti nerimo sutrikimus, todėl pirmiausia reikėtų ekskliuduoti galimas organines patologijas. Svarbu atskirti normalų įvairių baimių vystymąsi nuo patologinio. Dėl to yra apibrėžti normalios vaikų psichologinės raidos aspektai [12]. Normalios raidos atveju, kūdikystėje, tarp 8-12 mėnesio, atsiranda atsargumas ir drovumas, esant nepažįstamų žmonių. Tarp 10-18 mėnesio vaikai patiria reikšmingą nerimą, susijusį su atsiskyrimu nuo artimųjų. Šios baimės turėtų sumažėti, jiems sulaukus 2-3 metų [10]. Intervencija reikalinga, jeigu dėl nerimo vaikas vengia svarbių socialinių patirčių ir tai lėtina jo socioemocinę bei pažintinę raidą [13]. Ikimokykliniam ir mokykliniam amžiui būdingos specifinės baimės, tokios kaip: meteoritų, pasaulio pabaigos, kraujo, mirties, tamsos, vabzdžių, ligos, bakterijų, mokyklos, viešo pasirodymo. Jos gali būti priskiriamos patologinių baimių kategorijai tuo atveju, jeigu kelia ryškų distresą [10]. Irlumas ir pykčio protrūkiai gali būti interpretuojami kaip prieštaravimo ar nepaklusnumo simptomai, tačiau tokiu būdu vaikas iki 12

metų gali bandyti išvengti subjektyvių neigiamų impulsų [11, 12]. Normaliam psichologiniam vystymuisi būdingos baimės paprastai mažėja vaikui augant, tačiau paauglystėje dėl socialinio identiteto pokyčių susiduriama su kitomis šiam laikotarpiui būdingomis problemomis – padidėjusiu jautrumu neigiamam vertinimui, bendraamžių atstūmimu ir socialiniu nerimu [10]. Dėl šios priežasties reikia išlikti itin budriems, kad būtų išvengta sociofobijos išsivystymo [13]. Akademinų rezultatų nuosmukis gali byloti apie nerimo sutrikimo vystymąsi – dėl nerimo būklių vaikai ir paaugliai pradeda praleisti pamokas, nepaisant kognityvinių galimybių, jiems gali nesisėkti mokytis. Tai sutrikdo tolimesnį vaiko ir paauglio socioekonominį vystymąsi, sukelia finansinių sunkumų ateityje [11].

Pagalba esant nerimo sutrikimui. Lietuvos medicinos normoje MN 14:2019 „Šeimos gydytojas“ fobinių ir kitų nerimo sutrikimų įtarimas, diferencijavimas, diagnozavimas ir gydymas, prirėkus pasitelkiant kitus asmens sveikatos priežiūros specialistus, priskiriami šeimos gydytojo kompetencijai [14]. Šeimos gydytojui svarbu pabrėžti ankstyvos intervencijos svarbą ir nukreipti šeimą tinkamam gydymui. Nerimo spektro sutrikimų korekcijai taikomos medikamentinės ir nemedikamentinės priemonės. Remiantis dešimties metų studijomis, vaikams ir paaugliams pritaikyta kognityvinė elgesio terapija yra efektyvi nerimo sutrikimų gydymo nemedikamentinė priemonė [15]. Šios terapijos vaikams nuo 4 iki 7 metų užsiėmimus gali būti rekomenduojama lankyti kartu su tėvais [16]. Egzistuoja veiksmingos tyrimais įrodytos kognityvinės elgesio terapijos technikos, tokios kaip: psichoedukacija, relaksacijos technikos, mąstymo ir reakcijos į stresogeninį veiksnių korekcija, tiesioginio susidūrimo su nerimą keliančiu objektu pratimai [15].

Medikamentinis gydymas. Paskaičiuota, kad psichoterapiu gydymu nerimo sutrikimų remisija pasiekama apie 60 proc. atvejų [17]. Pacientai labai skirtingai reaguoja į įvairias intervencijas ir kol kas nėra sukurta bendro modelio atsakui į gydymą nuspėti, todėl reikalingas pastovus gydymo efektyvumo konkrečiu atveju stebėjimas [15]. Sunkesnių nerimo būklių atvejais tenka skirti medikamentus arba kombinuoti juos su nemedikamentiniu gydymu. Apie psichofarmakoterapiją galima svarstyti, kai simptomai atitinka diagnostinius trukmės ir intensyvumo kriterijus, nurodytus TLK-10-AM klasifikacijoje. Remiantis pastarųjų metų studijomis, selektyvieji serotonino reabsorbcijos inhibitoriai (SSRI) priskiriami pirmo pasirinkimo antidepresantų grupei (pvz., Sertraline), gydant pediatriinių pacientų atsiskyrimo, generalizuotą, socialinio nerimo sutrikimus [15, 18-21]. Skiriant reikia žinoti ir dažniausią galimą nepageidaujamą poveikį, tokį kaip galvos ir pilvo skausmai, nemiga bei ankstyvo nutraukimo rizika [15]. Norint išvengti ankstyvo medikamentinio gydymo nu-

traukimo, svarbu edukuoti šeimą apie šiuos nepageidaujamus reiškinius, gydymo trukmę ir gauti jų sutikimą. Minimali vartojimo trukmė turėtų būti bent 6-8 savaitės, kad galima būtų įvertinti vaisto efektyvumą [22]. Šeimos gydytojui reikia atidžiai stebėti pediatrinį pacientą dėl galimų suicidinių apraiškų, priešiško (daugiausia agresijos, priešinimosi, neklusnumo ir pykčio), sulėtėjusio augimo ar brendimo. Šiems reiškiniams pasireiškus SSRI vartojimo fone, reikalinga gydymo korekcija [18, 23].

Išvados

1. Šeimos gydytojas, susidūręs su vaiko ar paauglio iki 18 metų reikšmingu distresu, autonominė disfunkcija bei gyvenimo kokybės pablogėjimu dėl patologiinių baimių, turėtų įtarti galimą nerimo sutrikimą.

2. Norėdamas kuo anksčiau ir tiksliau įvertinti nerimo sutrikimą bei imtis intervencijos, klinicistas turi atpažinti rizikos veiksnius, iširti aplinkybes, situacijas ir šeimos kontekstą, kuriame šis sutrikimas pasireiškia.

3. Paskyrus gydymą, šeimos (vaikų) gydytojas privalo stebėti pediatrinį pacientą dėl gydymo efektyvumo bei nepageidaujamo poveikio.

Kai reikia, pasitelkti kitų sveikatos priežiūros specialistų pagalbą.

Literatūra

- Love AS, Love R. Anxiety disorders in primary care settings. *The Nursing Clinics of North America* 2019;54(4):473-93.
<https://doi.org/10.1016/j.cnur.2019.07.002>
- Bhatia MS, Goyal A. Anxiety disorders in children and adolescents: need for early detection. *Journal of Postgraduate Medicine* 2018;64(2):75-6.
https://doi.org/10.4103/jpgm.JPGM_65_18
- Wehry AM, Beesdo-Baum K, Hennelly MM, Connolly SD, Strawn JR. Assessment and treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Current Psychiatry Reports* 2015;17(7):52.
<https://doi.org/10.1007/s11920-015-0591-z>
- Bhatia MS, Goyal A. Anxiety disorders in children and adolescents: need for early detection. *Journal of Postgraduate Medicine* 2018;64(2):75-6.
https://doi.org/10.4103/jpgm.JPGM_65_18
- Fisher PH, Tobkes JL, Kotcher L, Masia-Warner C. Psychosocial and pharmacological treatment for pediatric anxiety disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics* 2006;6(11):1707-19.
<https://doi.org/10.1586/14737175.6.11.1707>
- Salum GA, Desousa DA, do Rosário MC, Pine DS, Manfro GG. Pediatric anxiety disorders: from neuroscience to evidence-based clinical practice. *Revista Brasileira de Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil:1999)* 2013;35 Suppl 1:S03-21.
<https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-S108>
- Essau CA, Lewinsohn PM, Lim JX, Ho MR, Rohde P. Incidence, recurrence and comorbidity of anxiety disorders in four major developmental stages. *Journal of Affective Disorders* 2018;228:248-53.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.014>
- Cabral MD, Patel DR. Risk factors and prevention strategies for anxiety disorders in childhood and adolescence. *Advances in Experimental Medicine and Biology* 2020;1191:543-59.
https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0_27
- Ohannessian CM, Milan S, Vannucci A. Gender differences in anxiety trajectories from middle to late adolescence. *Journal of Youth and Adolescence* 2017;46(4):826-39.
<https://doi.org/10.1007/s10964-016-0619-7>
- Pop-Jordanova N. Different Clinical Expression of Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Assessment and Treatment. *Pril (Makedon Akad Nauk Umet Odd Med Nauki)*. 2019 May 1;40(1):5-40.
<http://doi.org/10.2478/prilozi-2019-000>
- Panganiban M, Yeow M, Zugibe K, Geisler SL. Recognizing, diagnosing, and treating pediatric generalized anxiety disorder. *JAAPA* 2019;32(2):17-21.
<https://doi.org/10.1097/01.JAA.0000552719.98489.75>
- Wehry AM, Beesdo-Baum K, Hennelly MM, Connolly SD, Strawn JR. Assessment and treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Current Psychiatry Reports* 2015;17(7):52.
<https://doi.org/10.1007/s11920-015-0591-z>
- Ströhle A, Gensichen J, Domschke K. The diagnosis and treatment of anxiety disorders. *Deutsches Arzteblatt International* 2018;155(37):611-20.
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0611>
- LR SAM 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-1013 Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo. Aktuali redakcija nuo 2019-05-01 Nr. V-328 Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2019 „Šeimos gydytojas“ patvirtinimo.
- Strawn JR, Lu L, Peris TS, Levine A, Walkup JT. Research review: pediatric anxiety disorders - what have we learnt in the last 10 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines* 2021;62(2):114-39.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.13262>
- Dodd HF, Hudson JL. Parent-child CBT reduces anxiety disorders among children aged 4-7 years. *Evidence-Based Mental Health* 2011;14(1):18.
<https://doi.org/10.1136/ebmh1127>
- Jiang Z, Wang J, Yu X, Li C, Shao Y, Wang Z. Comparative efficacy and safety of traditional Chinese patent medicine for anxiety disorders in children or adolescence: a protocol

- for systematic review and network meta-analysis. *Medicine* 2020;99(39):e22274.
<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000022274>
18. Dwyer JB, Bloch MH. Antidepressants for pediatric patients. *Current Psychiatry* 2019;18(9):26-42F.
 19. Strawn JR, Mills JA, Sauley BA, Welge JA. The impact of antidepressant dose and class on treatment response in pediatric anxiety disorders: a meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2018;57(4):235-244.e2.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.01.015>
 20. Southammakosane C, Schmitz K. Pediatric psychopharmacology for treatment of adhd, depression, and anxiety. *Pediatrics* 2015;136(2):351-9.
<https://doi.org/10.1542/peds.2014-1581>
 21. Strawn JR, Dobson ET, Giles LL. Primary pediatric care psychopharmacology: focus on medications for ADHD, depression, and anxiety. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care* 2017;47(1):3-14.
<https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2016.11.008>
 22. Antonuccio D. Treating Depressed Children With Antidepressants: More Harm than Benefit? *J Clin Psychol Med Settings* 2008; 15:92-97.
<https://doi.org/10.1007/s10880-008-9108-9>
 23. Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos. Zolofit: Preparato charakteristikų santrauka. Vilnius.
<https://vapris.vvkt.lt/vvkt-web/public/medications/view/11457>

**PEDIATRIC ANXIETY DISORDERS
 IN GENERAL PRACTICE
 K. Tarasevičiūtė, G. Poškutė**

Keywords: children, adolescent, anxiety, fear, medication, psychotherapy.

Summary

Anxiety disorders are common and tend to recur in children and adolescents. If left untreated, they slow down both socio-emotional and cognitive development. Early identification and appropriate act are essential in general practice. To diagnose anxiety disorder, it is necessary to assess the risk factors, circumstances, situations, and family context in which it occurs. It is also important to distinguish between the normal development of children's fears and to recognize the pathological anxiety that disrupts daily activities and impedes the experiences required for normal development. If a general practitioner suspects or diagnoses anxiety disorders, he may turn to other health care professionals or, in accordance with the family doctor's norm, prescribe treatment himself. Effective interventions for these pathologies, such as: psychotherapy, psychopharmacotherapy, are being investigated. Cognitive behavioral therapy has been shown to be effective in preventing the onset of pathological anxiety and treating it without adverse effects. Still, medication is sometimes needed. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) are classified as first-line drugs due to the positive benefit-risk balance. The State Medicines Control Agency under the Ministry of Health of the Republic of Lithuania has warned about the possible risk of suicide, behavioral changes and somatic complaints caused by SSRI treatment. Therefore, when choosing a form of medication, the patient's parents should be warned about possible side effects and consent to treatment should be obtained. This article discusses in detail the risk factors, diagnosis, and possible treatment tactics for anxiety disorders in children and adolescents.

Correspondence to: gertrudapuskute@gmail.com

Gauta 2021-05-05