

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
 ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.І. МЕЧНИКОВА  
 ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ  
 Кафедра загальної психології і психологічного консультування

**Кваліфікаційна робота**  
**на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»**  
**Особливості зниження тривоги і страху на дитячому стоматологічному**  
**прийомі**  
**Features of reducing anxiety and fear at a children's dental appointment**

Виконала здобувачка заочної форми  
 навчання

спеціальність 053 Психологія  
 освітня програма Психологія  
 Ульяновцева Катерина Сергіївна

Керівник професор, доктор  
 психологічних наук, Кіреєва З.О.

Рецензент професор, доктор  
 психологічних наук Ю.О.Асєєва

Рекомендовано до захисту:

Протокол засідання кафедри

№ 3 від 1.11.2024р.

Завідувач кафедри

\_\_\_\_\_  
 (підпис)

\_\_\_\_\_  
 (ПШ)

Захищено на засіданні ЕК № \_

протокол № \_ від \_\_\_\_\_ 2024 р.

Оцінка \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Голова ЕК

\_\_\_\_\_

Одеса – 2024

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРИТИЧНІ ОСНОВИ ТРИВОЖНОСТІ У ДІТЕЙ ТА МЕТОДИ ЇЇ ПОДОЛАННЯ .....	6
1.1. Поняття тривожності: визначення, психологічні підходи до розуміння тривожності.....	6
1.2. Біологічні і когнітивні аспекти тривожності.....	11
1.3. Основи терапії тривожності у дітей.....	16
1.4. Роль батьківського втручання у подоланні дитячої тривожності.....	27
ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ .....	32
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЗНИЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ У ДІТЕЙ НА СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ.....	34
2.1. Обґрунтування проведення дослідження.....	34
2.2. Етапи дослідження та методи.....	35
ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ .....	37
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТРИВОЖНОСТІ У ДІТЕЙ НА СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ.....	39
3.1. Оцінка групи дітей, яка приймала участь в дослідженні.....	39
3.2. Психологічні методи і методики спрямовані на зниження тривожності у дітей і адаптації до стоматологічного прийому.....	47
3.3. Рекомендовані стратегії з власного досвіду щодо зниження тривожності у дітей і адаптації до стоматологічного прийому.....	57
ВИСНОВКИ ДО ТРЕТЬОГО РОЗДІЛУ .....	63
ВИСНОВКИ.....	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	67

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Останні десятиліття відзначаються стрімкими змінами в суспільстві, що суттєво впливають на психологічний стан дітей. Військові дії в Україні та їхній вплив на сім'ї й дітей мають довготривалі наслідки для психічного здоров'я. Багато дітей зіштовхнулися з переживаннями втрати рідних, переселенням, руйнуванням звичного середовища. Це створює передумови для розвитку тривожних розладів, які можуть проявлятися в порушенні сну, апатії, фобіях, емоційній нестабільності. Підвищений рівень безробіття, низькі доходи сімей, скорочення доступу до якісної освіти та медичних послуг стають значущими стресовими факторами для дітей. У таких умовах психологічне благополуччя дітей залежить від емоційної стійкості батьків і здатності суспільства забезпечити підтримку для найуразливіших верств населення. Освітня система в Україні перебуває у стані реформування, що супроводжується високими вимогами до дітей. Ситуація ускладнюється перевантаженням навчального процесу, підвищеним акцентом на успішність і тиском з боку батьків. Це сприяє формуванню тривожності, пов'язаної зі шкільними успіхами, соціальною адаптацією та міжособистісними стосунками. Рівень тривожності батьків, зумовлений соціальними та економічними труднощами, безпосередньо впливає на дітей. Діти часто відображають емоційний стан дорослих, що робить їх вразливими до стресу і тривожності. Це підкреслює необхідність роботи не лише з дітьми, але й з їхніми батьками. Отже, нестабільність, викликана військовими конфліктами, економічною кризою та глобальними викликами, такими як пандемія COVID-19, значно посилює рівень тривожності серед дитячого населення.

Відвідування стоматолога характеризується страхом і побоюваннями і це є поширеною проблемою, яка може суттєво вплинути на здоров'я порожнини рота і загальне самопочуття дитини. Ця тривога і страхи

можуть виникати в дитині з різних причин, включаючи минулий досвід, страх перед невідомим, а також вплив сім'ї або засобів масової інформації. Розробка і використання ефективних психологічних методів підходу до дитини на стоматологічному прийомі створює як позитивний досвід, знижує тривожність так і сприяє профілактиці у майбутньому й забезпечує ефективну стоматологічну допомогу. Окрім цього, існує недостатня кількість емпіричних досліджень в українській науці, які стосуються зниження тривожності у дітей під час стоматологічних процедур. Більшість доступних досліджень є зарубіжними, тому необхідно адаптувати існуючі методики до культурних особливостей та системи охорони здоров'я України. Таким чином, тема магістерської роботи є актуальною.

**Мета дослідження** - теоритично - емпіричним шляхом запропонувати методи зниження тривоги і страху на дитячому стоматологічному прийомі.

**Завдання дослідження:**

1. Провести теоретичний аналіз когнітивної, афективної, фізіологічної та поведінкової системи реагування, а також тривожності й страхів у дітей.
2. Емпірично вивчити і порівняти тривогу у дітей і батьків на першому прийомі у стоматолога і на наступних прийомах.
3. Запропонувати техніки і надати стратегії для лікарів щодо зниження тривоги під час прийому у стоматолога

**Об'єкт дослідження:** тривога, як складна когнітивна, афективна, фізіологічна та поведінкова система реагування

**Предмет дослідження:** особливості зниження тривоги і страху на дитячому стоматологічному прийомі

**Методи дослідження:** В дослідженні використовувалися наступні методи і методики:

- *теоретичні* (аналіз, синтез, порівняння, абстрагування, узагальнення, систематизація наукової літератури щодо вивчення зниження тривоги і страху на дитячому стоматологічному прийомі

- *емпіричні*: метод оцінки за повідомленням батьків - анкетування батьків і дітей, формуючий експеримент

- методи психологічної діагностики та методи математичної обробки даних (описова статистика, кореляційний аналіз, критерій Вілкоксона). Розрахунки виконувалися з використанням пакету прикладних комп'ютерних програм універсальної обробки табличних даних Microsoft Excel XP і пакету статистичного аналізу SPSS for Windows v 22.0).

**Репрезентативну вибірку** склали на першому етапі емпіричного дослідження 80 сімей, на другому - 63 сім'ї, в яких діти від 3 до 10 років вже пройшли лікування та знаходяться на диспансеризації.

**Практична значущість дослідження** полягає у розробці науково обґрунтованих рекомендацій і методик, які можуть бути використані у роботі стоматолога з дітьми, що страждають від тривожності. Результати дослідження можуть бути використані як основа для створення тренінгових програм, семінарів для стоматологів щодо поліпшення їх психологічної грамотності у роботі з тривожними батьками і дітьми.

**Структура роботи** складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку використаних джерел (70 найменування, з них – 70 іноземними мовами). Загальний обсяг роботи складає 67 сторінок. Робота містить 3 таблиці і 8 рисунків.

## РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ТРИВОЖНОСТІ І СТРАХІВ У ДІТЕЙ

### 1.1. Поняття тривожності: визначення, особливості, психологічні підходи

Тривожність є комплексним емоційним станом, який характеризується почуттями напруженості, занепокоєння або страху. Вона часто виникає у відповідь на реальну чи уявну загрозу, і є невід'ємною частиною адаптивних механізмів людини. На відміну від страху, який має чітке джерело, тривожність нерідко проявляється без явних причин (Freud, 1926; Beck, 2011).

Тривожність може бути:

- Ситуаційною (фобія) — викликана конкретним об'єктом або подією.
- Генералізованою — постійна, без чіткої причини.

3. Фрейд розглядав тривожність у рамках своєї психоаналітичної теорії, змінюючи своє розуміння цього феномену на різних етапах своєї роботи:

1. Рання концепція: На початку Фрейд вважав тривожність продуктом блокованого лібідо (сексуальної енергії). Він стверджував, що якщо шлях до задоволення переривається, накопичення нереалізованої сексуальної енергії може викликати тривожність.

2. Теорія репресії: Згодом Фрейд змінив свою точку зору, заявивши, що тривожність виникає через репресію несвідомих імпульсів. Вона стає результатом витіснення неприйнятних бажань, які конфліктують із соціальними чи моральними нормами.

3. Сигнальна тривожність: У своїй пізній роботі Фрейд описав тривожність як «сигнал» для «Я» (его) про можливу небезпеку. Це дозволяє психіці активувати захисні механізми, щоб уникнути травматичної ситуації.

Він також виділив автоматичну тривожність, яка виникає як безпосередня реакція на загрозу, і сигнальну тривожність, що попереджає про небезпеку.

Фрейд підкреслював, що тривожність має центральну роль у структурі психіки. Вона пов'язана із захисними механізмами, які допомагають уникати психологічного дискомфорту та конфліктів між різними рівнями психіки: «Я», Над-«Я» і «Воно».

3. Фрейд виділив три види тривоги: реалістичну, невротичну та моральну. Він розглядав тривогу як сигнал, що попереджає «Его» про потенційну загрозу, яка виникає внаслідок інтенсивних внутрішніх імпульсів. У відповідь на це «Его» активує захисні механізми, такі як витіснення, проєкція, заміщення, раціоналізація тощо. Ці механізми діють несвідомо і впливають на сприйняття реальності індивідом. Тривога виникає через уявлення або фантазування про майбутнє та пов'язана з незавершеними ситуаціями чи заблокованою активністю, яка не дозволяє зняти внутрішнє напруження. Вона є емоційним станом гострого внутрішнього дискомфорту та неспокою, що асоціюється у свідомості людини з прогнозом невдач, небезпеки або очікуванням чогось важливого за умов невизначеності.

К. Роджерс (Carl Rogers), один із ключових представників гуманістичної психології, також звертав увагу на феномен тривожності. З його точки зору, тривожність виникає через розрив між «реальним Я» (те, як людина себе сприймає) та «ідеальним Я» (те, якою людина хотіла б бути). Цей внутрішній конфлікт може викликати почуття дискомфорту, невпевненості та тривожності. На думку Роджерса, тривожність часто є результатом того, що людина не отримує достатньо умов безумовного прийняття в своєму середовищі. Якщо індивід відчуває, що його оцінюють лише на основі відповідності певним стандартам, це може створювати високий рівень напруженості. Роджерс підкреслював важливість умов для

розвитку здорової особистості, таких як безумовна позитивна увага, емпатія та автентичність у міжособистісних стосунках.

А.Адлер описував тривожність як наслідок почуття неповноцінності, що виникає в результаті внутрішніх конфліктів або сприйняття власної неспроможності досягти життєвих цілей. За його теорією, тривожність є емоційною реакцією на відчуття нестачі, відчуження або низької самооцінки, що формуються у дитинстві та посилюються в умовах соціального тиску чи конкуренції. Ключовим у підході Адлера є концепція прагнення до досконалості (або “почуття завершення”) і соціального інтересу. Люди з високим рівнем тривожності можуть надмірно зосереджуватися на своїх слабких сторонах і уникати ситуацій, які вони вважають загрозливими. У той же час, розвинутий соціальний інтерес, тобто почуття приналежності та корисності для спільноти, може допомогти знизити рівень тривожності, оскільки сприяє позитивним взаєминам і впевненості у собі. Адлер також зазначав, що розвиток тривожності може бути пов’язаний із переживаннями в дитинстві, такими як надмірна критика або нестача підтримки. Згідно з його теорією, терапія повинна включати роботу з почуттям неповноцінності та сприяти розвитку впевненості через встановлення досяжних цілей і посилення зв’язку з соціумом.

Ч. Спілбергер розрізняє тривогу як тимчасовий стан і тривожність як стійку властивість особистості. Його концепція сформована під впливом психоаналітичної теорії, зокрема через акцент на значущості впливу батьків у дитинстві на формування тривожності, тоді як роль соціальних чинників залишається недооціненою. Відмінності в сприйнятті та оцінці однакових практичних ситуацій у людей із різним рівнем тривожності здебільшого пояснюються досвідом дитинства та характером взаємодії між батьками та дитиною. Риси тривожності та зв’язок між тривожними розладами та депресією. Спілбергер розподіляв тривожність на особистісну (тривожність

як риса) і ситуативну. Опитувальник особистісної тривожності (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) є загальнозживаним інструментом для вимірювання особистісної та ситуативної тривожності (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983). Основними якостями, які оцінюються за шкалою тривожності STAI, є почуття побоювання, напруження, нервозності та занепокоєння. Показники за шкалою тривожності STAI зростають у відповідь на фізичну небезпеку та психологічний стрес і знижуються в результаті тренування й релаксації. За шкалою STAI "Тривожність", відповідно до конструкту тривожності, психоневротичні та депресивні пацієнти, як правило, мають високі бали. Проте, словосполучення "особистісна тривожність" є дещо хибним, оскільки вимірювання, на яке найчастіше посилаються, - опитувальник тривожності Спілбергера (STAI) - демонструє однаково тісний зв'язок з тривожністю та депресією. Тривожність може бути краще описана як негативний афект і, ймовірно, відображає загальний фактор ризику емоційних розладів. Хоча інші шкали самозвіту можуть відрізнити тривожні розлади від депресії, STAI використовується в більшості досліджень, які вивчають тривожні характеристики в неклінічних вибірках. Незважаючи на недостатню специфічність, актуальність досліджень з використанням STAI підкреслюється його чутливістю як маркера ризику розвитку тривожних розладів

К. Хорні, німецько-американський психоаналітик, розглядала тривожність через призму соціальних факторів та міжособистісних відносин. Вона була критична до теорії Фрейда і звертала увагу на те, як зовнішні умови, зокрема відносини в сім'ї, можуть спричиняти тривожність у людини. Основні ідеї Хорні щодо тривожності:

1. Соціальна ізоляція та страх покинутості: Хорні вважала, що тривожність виникає через почуття ізоляції та страху бути покинутим. Якщо дитина не отримує належної підтримки та любові від батьків, це може

привести до тривожності та невпевненості в собі. Батьківська байдужість або авторитарність можуть зробити дитину більш вразливою до тривожних переживань в майбутньому.

2. Реакція на внутрішні конфлікти: Тривожність, за Хорні, є результатом внутрішніх конфліктів, що виникають через необхідність адаптуватися до соціальних норм, при цьому витісняючи або придушуючи власні бажання та емоції. Вона вважала, що людина може бути змушена приховувати свої справжні почуття для того, щоб отримати прийняття або уникнути критики з боку інших.

3. Невпевненість через надмірне підпорядкування: Хорні також зазначала, що люди з високим рівнем тривожності часто намагаються задовольнити навколишніх, нехтуючи власними потребами та бажаннями. Це постійне підпорядкування іншим може призвести до того, що людина не вміє самостійно приймати рішення і часто відчуває тривогу через невизначеність.

4. Теорія “неврозу”: Хорні ввела поняття “неврозу як механізму захисту” — стратегії, які люди використовують для подолання відчуття тривожності. Вона поділяла неврози на три типи: орієнтація до інших (завжди бажання догодити), орієнтація до себе (замкнутість і самокритика), і орієнтація на досягнення (постійна гонка за успіхом, щоб компенсувати внутрішню тривожність).

Е. Фромм у своїх роботах, зокрема в «Втеча від свободи», досліджував зв'язок між тривожністю та свободою. Він стверджував, що відчуття свободи, особливо “свободи від” зовнішніх обмежень, може бути дуже неспокійним і викликати тривожність. Ця тривожність виникає через те, що, коли людина позбувається традиційних структур, вона часто стикається з відчуттям ізоляції та невизначеності. Фромм описував цей конфлікт як протиріччя між прагненням до автономії та страхом відчуження, яке приносить свобода. Вчений запропонував, що багато людей, замість того щоб

стикатися з цією тривожністю, шукають притулку в авторитарних системах або повертаються до залежності, таким чином “втікаючи” від справжньої свободи. Фромм підкреслював психологічні та соціальні умови, які дозволяють людям приймати авторитаризм як спосіб уникнення екзистенційної тривожності, що виникає через особисту автономію.

Сьогодні вчені вважають, що тривожність має як біологічний, так і когнітивний аспект, які взаємодіють, впливаючи на відчуття та поведінку людини. Ці дві складові — фізіологічна і когнітивна — взаємодіють між собою, створюючи замкнене коло, в якому тривожні думки викликають фізіологічні симптоми, а фізіологічні реакції підкріплюють негативні думки. Розуміння цих механізмів є важливим для розробки ефективних методів лікування тривожності. З функціональної точки зору, тривога виконує не лише сигналізуючу роль, попереджаючи про можливу небезпеку, але й стимулює пошук і уточнення цієї загрози. Вона спонукає до активного аналізу реальності з метою виявлення джерела небезпеки. Тривога може проявлятися як відчуття невпевненості у власних силах, безпорадності перед зовнішніми чинниками, а також як посилення сприйняття їхньої могутності й загрозовості. У поведінковому аспекті тривога проявляється через загальну дезорганізацію діяльності, що призводить до втрати її цілеспрямованості та зниження продуктивності.

## 1.2. Біологічні і когнітивні аспекти тривожності

Отже, біологічні аспекти тривожності. Тривожність фізіологічно пов’язана з активацією симпатичної нервової системи, що викликає так звану “реакцію боротьби або втечі”. Цей процес ініціюється у відповідь на загрозу, реальну чи уявну, і пов’язаний з виділенням стресових гормонів, таких як адреналін та кортизол. Джозеф Леду (LeDoux, 2000) детально описує, як ці гормони

активують відповідні рецептори, підвищуючи частоту серцевих скорочень, дихання, і мобілізуючи організм для швидкої реакції. Основна мета такої реакції — забезпечити готовність організму до подолання загрози через фізичну активність. Цей фізіологічний механізм, хоч і є адаптивним у випадку реальної небезпеки, може стати проблематичним, коли він запускається в ситуаціях, що не становлять реальної загрози, як це відбувається у людей з тривожними розладами. Постійно підвищений рівень кортизолу та адреналіну може призводити до негативних наслідків, зокрема ослаблення імунної системи, порушення сну і навіть проблем з травленням.

Когнітивні аспекти тривожності. Когнітивний компонент тривожності включає спотворення сприйняття реальності та неадекватну інтерпретацію ситуацій як загрозливих. Згідно з когнітивною теорією, розробленою Аароном Беком (Beck, 2011), пропонується п'ять критеріїв, за якими можна відрізнити аномальні стани страху і тривоги. 1. Дисфункціональне пізнання. Аномальний страх і тривога виникають через хибне припущення, пов'язане з помилковою оцінкою небезпеки ситуації, яка не підтверджується прямим спостереженням (Beck et al., 1985). Активація дисфункціональних переконань (схем) про загрозу і пов'язані з ними помилки когнітивної обробки призводять до вираженого і надмірного страху, який не відповідає об'єктивній реальності ситуації. Наприклад, вигляд розкутого ротвейлера, який кидається на вас з вишкіреними зубами і настовбурченою шерстю на безлюдній сільській дорозі, швидше за все, викличе думку: «Мені загрожує серйозна небезпека бути атакованим; мені краще швидко забратися звідси». Страх, який ми відчуваємо в цій ситуації, є абсолютно нормальним, оскільки він передбачає розумну дедукцію, засновану на точному спостереженні за ситуацією. З іншого боку, тривога, викликана виглядом іграшкового пуделя, якого господар тримає на повідку, є ненормальною: активується режим загрози (наприклад, «я в небезпеці»), хоча безпосереднє спостереження

вказує на те, що це «незагрозлива» ситуація. В останньому випадку ми можемо запідозрити, що людина має специфічну фобію тварин.

2. **Порушення функціонування.** Клінічна тривога безпосередньо перешкоджає ефективному та адаптивному подоланню загрози, а в більш загальному плані - повсякденному соціальному чи професійному функціонуванню людини. Існують випадки, коли активація страху призводить до того, що людина застигає, відчуючи себе паралізованою перед обличчям небезпеки (Beck et al., 1985). Барлоу (2002) зазначає, що жертви зґвалтування часто повідомляють про фізичний параліч у певний момент під час нападу. В інших випадках страх і тривога можуть призвести до контрпродуктивної реакції, яка фактично збільшує ризик заподіяння шкоди або небезпеки. Наприклад, жінка, яка боїться керувати автомобілем після зіткнення ззаду, буде постійно перевіряти дзеркало заднього виду і тому звертатиме менше уваги на рух перед собою, збільшуючи ймовірність того, що вона спричинить саме ту аварію, якої боїться. Також визнано, що клінічний страх і тривога зазвичай заважають людині вести продуктивне і повноцінне життя. Відповідно, в Діагностичному і статистичному посібнику з психічних розладів (DSM-IV-TR; Американська психіатрична асоціація [АПА], 2000) виражений дистрес або «значне втручання в нормальну рутину, професійне (або академічне) функціонування, соціальну діяльність або стосунки» є одним з основних діагностичних критеріїв для більшості тривожних розладів.

3. **Стійкість.** У клінічних станах тривога зберігається набагато довше, ніж можна було б очікувати за нормальних умов. Тривога спонукає до орієнтованої на майбутнє перспективи, яка включає в себе очікування загрози або небезпеки (Barlow, 2002). Як наслідок, людина з клінічною тривожністю може відчувати підвищене почуття суб'єктивного занепокоєння, просто думаючи про потенційну загрозу, що насувається, незалежно від того, чи матеріалізується вона в кінцевому підсумку. Таким чином, нерідко схильні до тривоги люди

відчувають підвищену тривогу щодня протягом багатьох років. 4. Хибні тривоги. При тривожних розладах часто спостерігається виникнення хибних тривог, які Барлоу (2002) визначає як «виражений страх або паніку, що виникає за відсутності будь-яких загрозливих для життя стимулів, усвідомлених або неусвідомлених» (с. 220). Спонтанна або неспровокована панічна атака є одним з найкращих прикладів «хибної тривоги». Наявність панічних атак або сильного страху за відсутності сигналів загрози або дуже мінімальної провокації загрози може свідчити про клінічний стан. 5. Підвищена чутливість до стимулів. Страх – є стимульованою аверсивною реакцією» (Öhman & Wiens, 2004,) на зовнішній або внутрішній сигнал, який сприймається як потенційна загроза. Однак у клінічних станах страх викликається ширшим спектром стимулів або ситуацій з відносно слабкою інтенсивністю загрози, які сприймаються як нешкідливі для людини, яка не боїться (Beck & Greenberg, 1988). Наприклад, більшість людей з острахом ставляться до наближення сіднейського павука-воронки, який має найбільш смертельну для людини отруту у світі. З іншого боку, пацієнт з павукофобією, який відчував сильне занепокоєння, навіть панічні атаки, при вигляді павутини, яку сплів найменший, найневинніший канадський домашній павук. Очевидно, що кількість стимулів, пов'язаних з павуками, які викликають реакцію страху у людей з фобією, набагато більша, ніж стимулів, пов'язаних з павуками, які б викликали страх у людей без фобії. Так само люди з тривожним розладом інтерпретують ширший спектр ситуацій як загрозливі порівняно з людьми без тривожного розладу. Клінічна настанова 1.3 містить п'ять запитань, які допоможуть визначити, чи є відчуття страху або тривоги у людини достатньо перебільшеним і поширеним, щоб вимагати подальшої оцінки, діагностики та можливого лікування. А.Бек пропонує п'ять запитань, які допоможуть визначити, чи є відчуття страху або тривоги у людини

достатньо перебільшеним і поширеним, щоб вимагати подальшої оцінки, діагностики та можливого лікування.

1. Чи ґрунтується страх або тривога на хибному припущенні або помилковому міркуванні про потенційну загрозу або небезпеку у відповідних ситуаціях?
2. Чи дійсно страх або тривога заважає людині справлятися з несприятливими або складними обставинами?
3. Чи присутня тривога протягом тривалого періоду часу?
4. Чи виникають у людини помилкові тривоги або панічні атаки?
5. Чи викликає страх або тривогу досить широке коло ситуацій, пов'язаних з відносно слабким потенціалом загрози?

Отже, люди, які страждають від тривожності, часто схильні до так званих когнітивних викривлень. Ці викривлення впливають на поведінку і призводять до уникання певних ситуацій, що, своєю чергою, посилює тривожність у довгостроковій перспективі. Це включає катастрофізацію (перебільшення можливих негативних наслідків), чорно-біле мислення та недооцінку своїх ресурсів для подолання складних ситуацій. Люди з високим рівнем тривожності схильні перебільшувати ризики та загрози. Вони можуть інтерпретувати нейтральні або навіть позитивні ситуації як небезпечні, що тільки посилює тривожність. Наприклад, спостерігаючи соціальну ситуацію, така людина може думати, що всі навколо її критикують, хоча об'єктивно цього не відбувається.

У когнітивно-поведінковій терапії (КПТ) основною метою є виявлення і корекція таких викривлень через процес когнітивної реструктуризації.

Таким чином, розглянуто погляди вчених (З.Фрейд, А.Адлер, Е.Фромм, К.Хорні, Ч.Спилбергер, А.Бек) на концепт тривожності, зазначено складові тривожності (фізіологічна і когнітивна). Видзначено роль КПТ у вивченні і лікуванні тривожності. Зазначено, що люди з високим рівнем тривожності часто виявляють схильність до когнітивних викривлень, які впливають на

їхню поведінку та сприяють уникненню певних ситуацій. Це уникнення, своєю чергою, підсилює тривожність у довгостроковій перспективі. Серед поширених когнітивних викривлень можна виділити катастрофізацію (перебільшення ймовірності та серйозності негативних наслідків), чорно-біле мислення та недооцінку власних ресурсів для подолання труднощів. Люди з тривожністю часто переоцінюють ризики та загрози, сприймаючи нейтральні або навіть позитивні ситуації як небезпечні, що додатково підсилює їхній стан

### **1.3. Основи терапії тривожності у дітей**

Психологія емоцій багата на різноманітні та протилежні погляди на природу та функції людських емоцій. Усі теоретики емоцій, які визнають існування базових емоцій, вважають страх однією з них (Öhman & Wiens, 2004). Як частина нашої емоційної природи, страх виникає як здорова адаптивна реакція на сприйняту загрозу або небезпеку для фізичної безпеки. Він попереджає людей про неминучу загрозу і необхідність захисних дій (Beck & Greenberg, 1988; Craske, 2003). Проте страх може бути дезадаптивним, коли він виникає в незагрозливій або нейтральній ситуації, яка неправильно інтерпретується як така, що представляє потенційну небезпеку або загрозу. Таким чином, два питання є фундаментальними для будь-якої теорії тривоги: як відрізнити страх від тривоги і як визначити, що є нормальною реакцією, а що - аномальною. Бек, Емері та Грінберг (1985) визначили страх як когнітивний процес, пов'язаний з «оцінкою того, що в даній ситуації існує реальна або потенційна небезпека». Тривога - це емоційна реакція, викликана страхом. Таким чином, страх «є оцінкою небезпеки; тривога - це неприємний емоційний стан, що виникає, коли стимулюється страх» (Beck et al., 1985, p. 9). І Барлоу, і Бек вважають страх дискретним, фундаментальним конструктом, тоді як тривога є більш

загальною суб'єктивною реакцією. Бек та ін. (1985) підкреслюють когнітивну природу страху, а Барлоу (2002) зосереджується на більш автоматичних нейробіологічних і поведінкових особливостях цього конструкту. Отже, приймаємо в дослідження наступні визначення:

Страх - це примітивний автоматичний нейрофізіологічний стан, пов'язаний з когнітивною оцінкою неминучої загрози або небезпеки для безпеки людини.

Тривога - це складна когнітивна, афективна, фізіологічна та поведінкова система реагування (тобто режим загрози), яка активується, коли очікувані події або обставини викликають сильну неприязнь, оскільки сприймаються як непередбачувані, неконтрольовані події, що потенційно можуть загрожувати життєво важливим інтересам людини.

Дитинство і підлітковий вік є основною фазою ризику розвитку симптомів і синдромів тривоги, які можуть варіюватися від транзиторних легких симптомів до повноцінних тривожних розладів. Одна з поширених і усталених концепцій полягає в тому, що тривога стає дезадаптивною, коли вона заважає функціонуванню, наприклад, коли пов'язана з поведінкою уникнення, що найімовірніше відбувається, коли тривога стає надмірно частою, важкою і стійкою. Однак диференціація між нормальною та патологічною тривожністю може бути особливо складною у дітей, оскільки діти проявляють багато страхів і тривог як частину типового розвитку. В таблиці 1.1 надано нормативна тривожність і страхи в дитячому віці

**Таблиця 1.1.**

**Нормативна тривожність і страхи в дитячому віці**

вік	Періоди страху та тривоги, зумовлені розвитком	Психопатологічні релевантні симптоми	Тривожний розлад за DSM-IV
-----	--	--------------------------------------	----------------------------

Р а н н є дитинство 0-6 міс	Страх втрати, наприклад, фізичного контакту з особами, які здійснюють догляд		
6-8 місяців	Сором'язливість/тривога перед незнайомими людьми		
вік 12-18 місяців девіантна поведінк	Тривога розлуки	Порушення сну, нічні панічні атаки, опозиційна д е в і а н т н а поведінк	Т р и в о ж н и й р о з л а д п р и р о з л у ц і , п а н і ч н і а т а к и
2-3 роки	Страх грому та блискавки, вогню, води, темряви, нічних кошмарів	Плач, чіпляння, замкненість, замерзання, втеча Пошук безпеки та фізичного к о н т а к т у , у н и к н е н н я я с к р а в и х п о д р а з н и к і в (наприклад, у в і м к н е н н я світла), равог nocturnus, енурез	С п е ц и ф і ч н і ф о б і ї (екологічний п і д т и п ) , п а н і ч н и й р о з л а д

4-5 років	Страх смерті або мертвих людей		Генералізований тривожний розлад, панічні атаки
5-7 років	Страх певних об'єктів (тварин, монстрів, привидів) Страх стихійних лих, страх травматичних подій (наприклад, отримати опіки, потрапити під машину або вантажівку) Шкільна тривожність, тривожність щодо успішності	Замкнутість, боязкість, надзвичайна сором'язливість перед незнайомими людьми та однолітками, почуття сорому	Специфічні фобії Страх перед мікробами або серйозними захворюваннями - Обсесивно-компульсивний розлад Соціальний тривожний розлад

Кетрін Т. Репі та Філіп С. Кендалл, зосередилися на когнітивно-поведінкових аспектах дитячої тривожності, вивчаючи, як мислення дітей і їхні стратегії подолання впливають на рівень тривожності. Ці теорії підкреслюють роль батьківського втручання, когнітивних спотворень і зовнішніх факторів у формуванні того, як діти переживають і управляють тривожністю.

Взагалі, дитяча тривожність має складну природу і може сильно впливати на розвиток дітей. Існує кілька аспектів, які важливо враховувати при вивченні цього явища, зокрема когнітивні стратегії подолання та роль батьків.

1. Когнітивні стратегії подолання тривожності: Діти, як і дорослі, використовують різні способи справлятися з тривожними ситуаціями. Когнітивно-поведінкова теорія підкреслює, що діти з тривожними розладами схильні до негативного мислення, зокрема до катастрофічного прогнозування, коли вони очікують найбільш негативні варіанти подій. Ці діти можуть мати схильність до перебільшення ймовірності небезпеки або ж не здатні адекватно оцінювати рівень загрози, що тільки посилює тривогу. Наприклад, діти можуть боятися соціальних ситуацій, вважаючи, що інші їх осуджують, навіть якщо цього не відбувається.

2. Стратегії подолання: Для дітей з високим рівнем тривожності типові стратегії уникнення. Вони можуть уникати соціальних ситуацій, шкіл, або навіть певних осіб, щоб уникнути переживань. Проте ці стратегії можуть підтримувати тривожність, оскільки дитина не вчиться справлятися з неприємними емоціями або ситуаціями. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) спрямована на зміну цих думок і поведінки, навчаючи дітей змінювати негативне мислення та адаптувати здорові стратегії подолання.

3. Роль батьківського втручання: Батьки відіграють важливу роль у розвитку дитячої тривожності. Вони можуть або посилювати, або зменшувати рівень тривожності дитини через свої реакції на її страхи. Деякі батьки, які надмірно захищають свою дитину або постійно вирішують її проблеми, можуть створювати умови для розвитку тривожності. У таких випадках дитина не вчиться ефективно справлятися з труднощами. З іншого боку, батьки, які підтримують автономію дитини, дають їй можливість

самостійно вирішувати проблеми, можуть допомогти зменшити рівень тривожності.

4. Зовнішні фактори: Діти часто реагують на зовнішні фактори, такі як стрес у школі, сімейні конфлікти або проблеми з однолітками. Ці стресові події можуть викликати або посилити тривожність. Наприклад, соціальні фобії можуть бути тісно пов'язані з досвідом булінгу або відчуттям відчуження серед однолітків.

Страх є базовою емоцією, що виникає у відповідь на сприйняття реальної або уявної загрози, спрямованої на фізичне чи психологічне благополуччя індивіда. Він виконує захисну функцію, мобілізуючи організм для реагування на потенційну небезпеку. Для людини як біологічної істоти страх є не лише доцільним, але й корисним механізмом. Однак у соціальному контексті страх часто стає перешкодою для досягнення поставлених цілей. Як і будь-яка інша емоція, страх може виникати в результаті когнітивної оцінки ситуації як потенційно небезпечної. Дж. Боулбі виділяє чотири основні природні сигнали небезпеки: біль, самотність, раптову зміну стимуляції та швидке наближення об'єкта. Хоча ці фактори не завжди є вродженими чи внутрішніми активаторами страху, існує біологічна схильність реагувати на них страхом. Незважаючи на обмежену кількість, природні сигнали небезпеки слугують базою для формування численних похідних і культурно обумовлених активаторів страху. С. Томкінс називає це явище когнітивно сконструйованим. Дійсно, когнітивні процеси становлять найпоширеніший клас активаторів страху. Наприклад, страх може бути спровокований спогадами про певний об'єкт, уявним образом або очікуванням (антиципацією) певної ситуації. Часто ці когнітивні процеси відображають не реальну загрозу, а вигадану, через що людина може боятися ситуацій, які фактично не становлять небезпеки, або навіть багатьох аспектів свого життя.

Крім того, спогад про пережитий страх чи його очікування може сам по собі стати активатором нового страху.

В психології існує декілька теорій щодо феномену страху. Теорія Джеймса-Ланге (James-Lange theory of emotion), розроблена незалежно американським психологом Вільямом Джеймсом та датським фізіологом Карлом Ланге у 1880-х роках, є однією з перших спроб пояснити природу емоцій через фізіологічні процеси. Основні ідеї теорії:

1. Емоції як результат фізіологічної реакції: Згідно з теорією, емоції виникають у результаті фізіологічних змін у тілі. Іншими словами, спочатку організм реагує фізіологічно на стимул, а вже потім виникає емоційне усвідомлення. Наприклад, ми відчуваємо страх, тому що тремтимо; ми сумуємо, тому що плачемо.

2. Прямий зв'язок між тілесними реакціями та емоціями. Теорія стверджує, що кожна емоція має унікальний набір фізіологічних проявів, таких як зміни серцебиття, дихання, напруження м'язів.

3. Відсутність емоцій без фізіологічних змін. Джеймс і Ланге вважали, що якби фізіологічні реакції не виникали, то емоційні переживання були б неможливі.

Теорія Кеннона-Барда (Cannon-Bard theory of emotion), розроблена у 1920-х роках Волтером Кенноном і його колегами, є однією з провідних моделей емоцій у психології. Ця теорія виникла як критика теорії Джеймса-Ланге, яка стверджувала, що емоції є наслідком фізіологічних змін у тілі.

Основні положення теорії Кеннона-Барда:

1. Одночасний характер емоцій та фізіологічних реакцій. Згідно з Кенноном і Бардом, емоції виникають одночасно з фізіологічними реакціями на стимул, а не внаслідок цих реакцій. Наприклад, при зустрічі з небезпекою людина одночасно відчуває страх і переживає фізіологічні зміни (прискорене серцебиття, розширення зіниць).

2. Кеннон підкреслював ключову роль таламуса (центральної частини мозку), який обробляє сенсорну інформацію і посилає сигнали в кору головного мозку для усвідомлення емоцій, а також в автономну нервову систему для активації фізіологічних змін.

3. На відміну від теорії Джеймса-Ланге, Кеннон і Бард стверджували, що емоційні переживання можливі навіть при відсутності явних фізіологічних реакцій.

4. Емоції виникають швидше, ніж фізіологічні зміни можуть впливати на тіло. Наприклад, страх перед небезпекою може виникати ще до того, як серце починає битись частіше.

Страхи поділяються на категорії залежно від їх походження, природи та характеру впливу на людину. Ось основні види страхів, виділені в психології:

- Біологічні (інстинктивні) страхи. Виникають як частина інстинкту самозбереження. Часто передаються еволюційно та спрямовані на захист від фізичних загроз. (Наприклад: страх висоти, глибини, темряви, диких тварин, болю.)
- Соціальні страхи. Пов'язані з взаємодією у суспільстві та очікуванням оцінки з боку інших людей. (Наприклад: страх публічних виступів, осуду, втрати соціального статусу, самотності.)
- Екзистенційні страхи. Виникають на рівні усвідомлення глибоких життєвих питань. (Наприклад: страх смерті, безглуздості життя, втрати контролю, небуття.)
- Дитячі страхи. Специфічні для дітей і пов'язані з їхніми етапами розвитку. (Наприклад: страх темряви, розлуки з батьками, уявних істот (монстрів).)
- Фобії. Інтенсивні й ірраціональні страхи, спрямовані на конкретні об'єкти, ситуації чи дії. (Наприклад: арахнофобія (страх

павуків), клаустрофобія (страх замкнутого простору), агорафобія (страх відкритих просторів).

- Панічні страхи. Виникають раптово й супроводжуються інтенсивною фізіологічною реакцією. (Наприклад: страх під час панічної атаки, пов'язаний із відчуттям втрати контролю).

Тривожність і страх часто сприймаються як схожі стани і дійсно вони пов'язані з активацією лімбічної системи, особливо мигдалеподібного тіла (amygdala). Тривожність і страх можуть посилюватися під впливом стресових подій та генетичної схильності. Проте існують відмінності між тривожністю та страхом. Психологи й нейробіологи розмежовують їх за походженням, природою та контекстом прояву (див. тал.1.2).

*Таблиця 1.2*

Відмінності між тривожністю та страхом

Страх	Тривожність
<b>Причина виникнення</b>	
Виникає у відповідь на конкретну, реальну або передбачувану загрозу (наприклад, зустріч із дикою твариною чи фізична небезпека).	Пов'язана з невизначеною, розмитою загрозою або очікуванням потенційної небезпеки. Наприклад, страх перед публічним виступом може бути конкретним страхом, але загальна тривожність щодо майбутнього іспиту пов'язана з невизначеністю
<b>Часовий аспект</b>	
Зазвичай пов'язаний із теперішнім або найближчим майбутнім (наприклад, страх перед тим, що зараз щось трапиться).	Має триваліший характер і спрямована на невизначене майбутнє

Часто супроводжується інтенсивною активацією симпатичної нервової системи («бий або тікай»), такою як прискорене серцебиття чи потовиділення	Може бути менш інтенсивною, але тривалою, з такими симптомами, як напруження м'язів, безсоння, нездатність розслабитися.
Психологічна основа	
Найчастіше адаптивний і мобілізує організм для реагування на загрозу.	Може бути менш адаптивною та часто супроводжується ірраціональними побоюваннями чи невизначеністю
Когнітивна інтерпретація	
Виникає через усвідомлення конкретної небезпеки	Може бути наслідком невизначеності або перебільшеної оцінки можливих негативних наслідків.

Стоматологічний страх і тривожність є основною проблемою, з якою стикаються лікарі-стоматологи в усьому світі, особливо коли йдеться про лікування дітей. Термін "стоматологічний страх" означає неприємні емоції, що виникають у відповідь на певні подразники, пов'язані із стоматологічним лікуванням. Стоматологічна тривога - це підвищений стан занепокоєння, що характеризується страхом потенційного дистресу, пов'язаного зі стоматологічним лікуванням. У стоматологічній клінічній практиці розрізнення між страхом перед стоматологічним лікуванням і стоматологічною тривогою може бути складним завданням для лікарів. Обидва симптоми можуть впливати на стоматологічне лікування. Тому термін "стоматологічний страх і тривога" (ССТ) зазвичай використовується для загального опису інтенсивних негативних емоцій, пов'язаних зі

стоматологічними процедурами. ССТ є поширеним явищем серед людей і часто сягає своїм корінням у ранній дитячий стоматологічний досвід. Поширеність ССТ у дітей раннього віку варіює в широких межах - від 4 % до 98 %. Таку значну варіабельність можна пояснити різними факторами, включаючи культурні впливи, сімейні обставини, індивідуальні особливості, такі як темперамент, стать, вік, попередній стоматологічний досвід та наявність зубного болю в анамнезі.

Термін, що використовується для позначення найбільш екстремальної або підвищеної негативної емоційної реакції, - це стоматологічна фобія, яка характеризується стійкою тривогою по відношенню або до чітко виражених ситуацій/об'єктів (наприклад, свердління, ін'єкції), або до стоматологічної ситуації в цілому. Існує багато факторів, які сприяють виникненню підвищеної емоційної реакції у пацієнтів, які звертаються за стоматологічним лікуванням. Щодо страхів під час стоматологічного прийому, то у дітей виникають наступні:

- ✓ Страх сорому. Багато дітей з очевидними стоматологічними проблемами, такими як карієс або деформація зубів, соромляться їх. Цей страх особливо сильний у дітей, яких дражнили з цього приводу.
- ✓ Страх перед голками та уколами. Навіть дорослі мають цей страх. Дітей може лякати інформація про те, що голки завдають болю. Професійні стоматологи навчені використовувати найбільш безболісні методи.
- ✓ Страх анестезії. Багатьом пацієнтам неприємна сама думка про те, що вони сплять і не усвідомлюють того, що відбувається. Деяким пацієнтам не подобається носити маску. Найкраще проінформувати пацієнта і розповісти йому, чого він може очікувати.

✓ Страх болю. Важко не очікувати болю після того, як наслухаєшся болісних історій від дітей і дорослих, які пройшли подібне стоматологічне лікування. Більшість стоматологів прагнуть, щоб маленькі пацієнти відчували себе максимально впевнено і комфортно.

✓ Паніка або страх втратити контроль. Опинившись у пастці, можна відчувати себе безпорадним. Тривога і паніка можуть виникнути, коли людина перебуває в стоматологічному кріслі, поки хтось проводить лікування. Важливо заспокоїти всіх, щоб батьки та пацієнт спілкувалися під час лікування.

Таким чином, однією з найбільших перешкод у лікуванні дітей є подолання страху та тривоги перед стоматологічним прийомом. Деякі фактори, які сприяють підвищенню стоматологічного страху, це страх болю, присутність незнайомих людей, зміна оточення

#### **1.4. Роль батьківського втручання у подоланні дитячої тривожності.**

Роль батьківського втручання у подоланні дитячої тривожності є критичною. Батьки відіграють центральну роль у формуванні емоційного стану дитини, впливаючи як на виникнення тривожності, так і на її зниження. Їхній вплив може бути як позитивним, так і негативним, залежно від моделі виховання, особистого рівня тривожності та поведінкових реакцій на емоції дитини.

Вчені вважають, що батьки можуть посилювати тривожність у дітей використовуючи:

1. Надмірний контроль та гіперопіку: Надмірно захищаючи дитину, батьки можуть створювати у неї враження, що світ є небезпечним і що вона не здатна самостійно справлятися з труднощами. Наприклад, якщо батьки

постійно уникають ситуацій, які викликають у дитини тривогу (наприклад, соціальних заходів або нових викликів), дитина позбавляється можливості навчитися ефективно справлятися з такими ситуаціями.

2. Передачу власної тривожності: тривожні батьки часто несвідомо передають свої страхи дітям через висловлювання, поведінку або навіть міміку. Наприклад, якщо батьки постійно переживають через невдачі, дитина може почати переймати цю модель реагування.

3. Непослідовність у вихованні: постійні зміни у правилах або моделі реагування на поведінку дитини можуть створювати у неї відчуття невизначеності, що сприяє тривожності.

4. Критика або надмірні очікування: постійна критика або тиск на досягнення певних результатів можуть формувати у дитини страх невдач і тривожність перед будь-якими випробуваннями.

Батьки можуть допомогти подолати тривожність за допомогою:

1. Підтримки самостійності: батьки можуть допомогти дитині відчутти впевненість у власних силах, дозволяючи їй вирішувати проблеми самостійно, але залишаючись поруч для підтримки. Наприклад, замість того, щоб вирішувати за дитину конфлікт із однокласником, вони можуть навчити її, як вести діалог.

2. Створення безпечного середовища: дитині важливо знати, що батьки її приймають і підтримують незалежно від обставин. Емоційно теплі стосунки вдома знижують рівень тривожності, даючи відчуття безпеки.

3. Моделювання позитивних поведінкових стратегій: батьки, які самі демонструють ефективні способи справлятися зі стресом, слугують для дитини прикладом. Наприклад, якщо батьки справляються зі складною ситуацією, використовуючи позитивні стратегії, дитина вчиться цього через спостереження.

4. Розмови про емоції: обговорення емоцій і способів їхнього регулювання допомагає дитині краще розуміти власний емоційний стан і справлятися з ним.

5. Співпраця з терапевтом: батьківська участь у когнітивно-поведінковій терапії є одним із ключових чинників успіху. Терапевти зазвичай залучають батьків, щоб навчити їх конструктивно реагувати на тривожність дитини та підтримувати її зусилля в подоланні страхів. Так, дослідження підтверджують важливість батьківського втручання у терапії дитячої тривожності. Наприклад, у роботах Р. Рапі та С. Спенса (2004) йдеться про те, що залучення батьків у когнітивно-поведінкову терапію значно підвищує її ефективність. Також було встановлено, що навчання батьків конструктивним стратегіям подолання тривоги зменшує симптоми тривожності у дітей.

Розглянемо основні методи зниження тривожності у батьків на стоматологічному прийомі:

1. Підготовка до візиту: батьки повинні заздалегідь ознайомитися з процедурою, щоб не бути невпевненими або здивованими. Це включає обговорення процесу з лікарем або медсестрою, перегляд інструкцій і роз'яснень, а також з'ясування, чого саме очікувати під час візиту. Підготовлені батьки відчують менше стресу і можуть підтримати дитину без зайвої тривожності (Becker et al., 2015).

2. Релаксаційні техніки. Використання методів релаксації, таких як глибоке дихання, медитація, або прогресивне м'язове розслаблення, допомагає батькам знизити рівень тривожності. Під час візиту батьки можуть виконувати ці техніки, що дозволяє зберігати спокій і не передавати дитині свою тривогу (Cohen et al., 2011).

3. Позитивне мислення та раціоналізація страхів: батькам корисно працювати над зміною своїх негативних переконань і уявлень про

стоматологічні візити. Наприклад, вони можуть замінити думки типу “це буде боляче” на “це важлива процедура для здоров’я моєї дитини” або “лікар допоможе їй не відчувати болю”. Це знижує їхню власну тривожність і дає змогу бути впевненими в процесі (Langer et al., 2016).

4. Інформаційна підтримка і соціальна підтримка: обговорення своїх переживань із іншими батьками або спеціалістами може допомогти знизити тривожність. Батьки, які можуть ділитися досвідом і отримувати позитивні приклади, часто почуваються впевненішими. Важливо також звертатися за підтримкою до лікарів, які можуть надавати чітку інформацію і допомагати розвіяти сумніви (Harrison & Lutz, 2011).

5. Моделювання поведінки: батьки можуть зберігати спокій, демонструючи правильну поведінку в умовах стресу. Це важливо, оскільки діти часто переймають емоційний стан батьків. Коли батьки залишаються спокійними та впевненими, дитина має більше шансів почуватися так само (Grembowski et al., 2011).

Лікар може відігравати ключову роль у зниженні тривожності у батьків, які приводять своїх дітей на прийом, особливо в контексті стоматологічних чи медичних процедур. Ось кілька важливих порад для лікарів, як вони можуть знизити рівень тривожності у батьків:

1. Підтримка відкритого спілкування: Лікарі повинні активно взаємодіяти з батьками, пояснюючи кожен етап процедури та даючи зрозуміти, що їхні турботи та питання є важливими. Інформування батьків про те, що відбувається, дає їм відчуття контролю і безпеки, що може значно знизити їхню тривожність (Cohen et al., 2011). • П р а к т и ч н а п о р а д а : Використовуйте просту, доступну мову для пояснення процедур і можливих ускладнень, не знижуючи при цьому важливості і серйозності лікування.

2. Позитивна комунікація та підтримка: Лікарі повинні використовувати позитивний тон та заохочувати батьків, а не фокусуватися на

можливих негативних аспектах лікування. Наприклад, фрази типу “Це буде швидко і безболісно” або “Ваша дитина дуже смілива” можуть допомогти батькам заспокоїтися і відчути підтримку (Harrison & Lutz, 2011). Практична порада: Приділяйте увагу не лише дитині, але й батькам — надавайте їм позитивну підтримку, підкріплену реальними прикладами з досвіду.

3. Активне залучення батьків до процесу: Батьки повинні мати можливість бути залученими в процес лікування, якщо це можливо і безпечно. Це може включати присутність батька чи матері в кабінеті, пояснення кожного кроку процедур і заохочення до спокійної участі у взаємодії з дитиною (Cohen et al., 2011). Це дозволяє батькам відчувати контроль і знижує їхній стрес. Практична порада: Якщо дозволяє ситуація, запитуйте у батьків, чи хочуть вони залишитися поруч з дитиною, або дати їм можливість спостерігати за процедурою через вікно чи з іншого місця.

4. Моделювання спокою та впевненості: Лікар має демонструвати спокійну і впевнену поведінку. Батьки часто відчувають більший стрес, коли лікар або медсестра виглядають невпевненими чи тривожними. Якщо лікар демонструє спокій та професіоналізм, це може заспокоїти батьків і допомогти їм впоратися з власними страхами (Becker et al., 2015). Практична порада: Лікарі можуть використовувати методи релаксації, такі як глибоке дихання або прогресивне розслаблення, під час спілкування з батьками, щоб демонструвати спокій.

5. Визначення та зниження потенційних тригерів для тривожності: Лікар повинен активно слухати, що саме викликає тривогу у батьків, та надавати інформацію або пояснення, які допоможуть розвіяти ці страхи. Наприклад, якщо батьки турбуються про біль під час лікування, лікар може пояснити, які методи анестезії будуть використовуватись, щоб мінімізувати дискомфорт (Cohen et al., 2011). Практична порада: Спільно з батьками

обговорювати конкретні переживання, можливі болісні моменти та методи знеболення, що застосовуватимуться, щоб забезпечити комфорт для дитини.

6. Залучення до процедури маленьких «ритуалів» для заспокоєння:

Для дітей важливо створити безпечне середовище, і це включає певні «ритуали» перед процедурою, наприклад, використання улюбленої іграшки або предмета. Лікарі можуть поради батькам запровадити ці елементи ще до прийому, щоб зменшити стрес як у дитини, так і у батьків (Grembowski et al., 2011). Практична порада: Задовго до прийому дайте батькам рекомендації про використання таких об'єктів, як улюблені іграшки чи ковдри для комфортного почуття.

Таким чином, визначено роль батьківського втручання у подоланні дитячої тривожності, розглянуто основні методи зниження тривожності у батьків на стоматологічному прийомі. Зазначено роль лікаря у зниженні тривожності у батьків, які приводять своїх дітей на прийом, особливо в контексті стоматологічних чи медичних процедур. Надано поради для лікарів, як вони можуть знизити рівень тривожності у батьків.

## **ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ**

1. Розглянуто погляди вчених (З.Фрейд, А.Адлер, Е.Фромм, К. Хорні, Ч.Спилбергер, А.Бек) на концепт тривожності, зазначено складові тривожності (фізіологічна і когнітивна). Тривожність є багатограним феноменом, який залежить від біологічних, когнітивних та соціальних чинників.
2. Надано визначення тривоги і страху. Тривога - це складна когнітивна, афективна, фізіологічна та поведінкова система реагування (тобто режим загрози), яка активується, коли очікувані події або обставини викликають сильну неприязнь, оскільки сприймаються як непередбачувані, неконтрольовані події, що потенційно можуть загрожувати життєво важливим інтересам людини. Страх - це примітивний автоматичний

нейрофізіологічний стан, пов'язаний з когнітивною оцінкою неминучої загрози або небезпеки для безпеки людини. Розглянуто відмінності між тривогою та страхом

3. Відзначено роль КПТ у вивченні і лікуванні тривожності. Зазначено, що люди з високим рівнем тривожності часто виявляють схильність до когнітивних викривлень, які впливають на їхню поведінку та сприяють уникненню певних ситуацій. Це уникнення, своєю чергою, підсилює тривожність у довгостроковій перспективі. Серед поширених когнітивних викривлень можна виділити катастрофізацію (перебільшення ймовірності та серйозності негативних наслідків), чорно-біле мислення та недооцінку власних ресурсів для подолання труднощів. Люди з тривожністю часто переоцінюють ризики та загрози, сприймаючи нейтральні або навіть позитивні ситуації як небезпечні, що додатково підсилює їхній стан
4. Дитинство і підлітковий вік є основною фазою ризику розвитку симптомів і синдромів тривоги, які можуть варіюватися від транзиторних легких симптомів до повноцінних тривожних розладів. Надано приклади нормативної тривожності і страхів в дитячому віці
5. Зазначено, що однією з найбільших перешкод у лікуванні дітей є подолання страху та тривоги перед стоматологічним прийомом. Деякі фактори, які сприяють підвищенню стоматологічного страху, це страх болю, присутність незнайомих людей, зміна оточення.
6. Визначено роль батьківського втручання у подоланні дитячої тривожності, розглянуто основні методи зниження тривожності у батьків на стоматологічному прийомі. Зазначено роль лікаря у зниженні тривожності у батьків, які приводять своїх дітей на прийом, особливо в контексті стоматологічних чи медичних процедур. Надано поради для лікарів, як вони можуть знизити рівень тривожності у батьків.

## **РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЗНИЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ У ДІТЕЙ НА СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ**

### **2.1. Обґрунтування проведення дослідження**

Зниження тривожності у дітей під час стоматологічного прийому є важливою темою як з медичної, так і з психологічної точки зору. Багато дітей відчують страх або тривожність перед візитом до стоматолога, що може негативно впливати на якість проведених процедур, ефективність лікування, а також формувати довготривалий негативний досвід, пов'язаний зі стоматологічною допомогою. Високий рівень тривожності може призводити до уникнення візитів до лікаря в майбутньому, погіршуючи стоматологічне здоров'я дітей та створюючи труднощі для фахівців у роботі з пацієнтами.

Однією з основних причин актуальності дослідження є вплив дитячої тривожності на фізіологічні та емоційні реакції під час стоматологічного прийому. Відомо, що підвищений рівень тривожності викликає активність симпатичної нервової системи, що спричиняє тахікардію, підвищення кров'яного тиску та інші соматичні симптоми. Це може ускладнити процес лікування та потребує застосування додаткових ресурсів для заспокоєння дитини. Тому важливо розробити і впровадити ефективні методи зниження тривожності, які допоможуть дітям почуватися спокійніше під час прийому.

Ще однією вагомою підставою для проведення дослідження є недостатня обізнаність батьків та медичного персоналу щодо ефективних методів зменшення тривожності у дітей. Поширені методи, такі як використання заспокійливих препаратів або фізичні обмеження, можуть бути не лише неефективними, але й травмуючими для дитини. Водночас ігрові та когнітивно-поведінкові методики, наприклад техніка "Tell-Show-Do", казкотерапія чи використання позитивного підкріплення, можуть значно

покращити досвід дитини та знизити рівень стресу, пов'язаного зі стоматологічними процедурами.

Проведення цього дослідження також обґрунтовується необхідністю формування позитивного ставлення до стоматологічного лікування з раннього віку. Це сприятиме збереженню стоматологічного здоров'я дітей на високому рівні, зменшенню частоти відмов від лікування, а також розвитку довірливих стосунків між лікарем і пацієнтом. Зниження тривожності у дітей може зменшити навантаження на стоматологів, дозволяючи їм ефективніше використовувати свій час та ресурси.

Окрім цього, існує недостатня кількість емпіричних досліджень в українському контексті, які стосуються зниження тривожності у дітей під час стоматологічних процедур. Більшість доступних досліджень є зарубіжними, тому необхідно адаптувати існуючі методики до культурних особливостей та системи охорони здоров'я України. Проведення дослідження на локальному рівні дозволить виявити найбільш ефективні підходи, що враховують національні особливості та специфіку взаємодії з пацієнтами в українських умовах.

Таким чином, дослідження, спрямоване на зниження тривожності у дітей під час стоматологічного прийому, є актуальним та необхідним для забезпечення ефективної стоматологічної допомоги, покращення психологічного комфорту дітей та підвищення рівня обізнаності серед батьків і медичних працівників щодо методів роботи з дитячими страхами.

## **2.2.Етапи дослідження та методи**

Дослідження відбувалося у декілька етапів. На першому етапі дослідження були визначені основні дослідницькі питання, що стосуються тривожності і адаптації дітей до стоматологічного лікування та вивчалися

медичні документи. Основним завданням було сформулювати гіпотезу про те, що певні психологічні та адаптаційні методи можуть позитивно впливати на зниження тривожності у дітей під час стоматологічних процедур. Особливу увагу було звернено на вплив різних методів адаптації та підтримки, які можуть забезпечити комфортний досвід відвідування стоматолога для дитини. На другому етапі було створено анкету для батьків, які супроводжували дітей під час лікування. Отже, в роботі використовувався метод оцінки за повідомленням батьків.

Анкета включала наступні питання:

1. Вік дитини на момент звернення
2. Чи мала дитина проблеми з зубами на момент звернення?
3. Оцініть готовність дитини до комунікації з лікарем на момент звернення від 1 до 10
4. Як Ви(мати/батько) психологічно відчували себе на першому візиті?
5. Який психоемоційний стан був у дитини після першого візиту?
6. Скільки візитів (часу) було необхідно, щоб дитина адаптувалася до лікування зубів?(чи після консультації чи після лікування уві сні, якщо таке лікування було проведено первинно за показанням)
7. Що посприяло встановленню контакту з лікарем і адаптації?
8. Який вік дитини зараз?
9. Як ви можете оцінити психоемоційний стан Вашої дитини зараз при відвідуванні стоматолога?
10. Як Ви можете оцінити свій психоемоційний стан при відвідуванні стоматолога Вашою дитиною?

Анкета пройшла експертну оцінку спеціалістами у галузях стоматології та дитячої психології з метою забезпечення валідності. Анкетування було основним методом збору даних. Анкета включала як закриті запитання з оцінюванням на шкалі (наприклад, оцінка готовності до комунікації від 1 до

10), так і відкриті запитання про емоційний стан дитини та чинники, які сприяли адаптації. Це дозволило отримати як кількісні, так і якісні дані, що є важливими для детального аналізу проблеми.

Третій етап дослідження передбачав збір даних серед батьків, діти яких вже пройшли адаптаційний період і успішно пролікували зуби. Вибірка складалася з батьків, чиї діти знаходяться на диспансеризації після проходження стоматологічного лікування. Дані збиралися за допомогою анкетування, яке дозволило оцінити рівень тривожності до, під час та після адаптації.

Після збору даних було проведено їх аналіз. Основна увага приділялася таким параметрам, як рівень готовності дитини до комунікації на момент першого візиту, стан дитини та батьків під час першого та наступних візитів, а також кількість візитів, необхідних для повної адаптації. Для цього було застосовано кількісний та якісний аналіз даних. Кількісний аналіз був застосований для виявлення взаємозв'язків між різними змінними, такими як вік дитини, рівень тривожності, кількість візитів та психоемоційний стан батьків. Для цього використовувались методи кореляційного аналізу, що дозволили оцінити вплив різних факторів на успішність адаптації до стоматологічного лікування.

Таким чином, в роботі використані наступні методи теоретичні (аналіз, порівняння, абстрагування, генералізація, систематизація наукової літератури щодо вивчення тривожності); емпіричні: анкетування (самостійно розроблена анкета), аналіз медичних документів.

## **ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ**

1. Доведено, що дослідження є обгрунованим і своєчасним оскільки існує велика кількість дітей, що відчувають страх або тривожність перед візитом до стоматолога. Ця «стоматологічна тривога» може негативно

впливати на якість проведених процедур, ефективність лікування, а також формувати довготривалий негативний досвід.

2. Розглянуто етапи, методи і методики, що використовувалися в дослідженні.

3. В роботі використані наступні методи теоретичні (аналіз, порівняння, абстрагування, генералізація, систематизація наукової літератури щодо вивчення тривожності); емпіричні – оцінка за повідомленням батьків – анкетування (самостійно розроблена анкета), аналіз медичних документів.

## РОЗДІЛ 3 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТРИВОЖНОСТІ У ДІТЕЙ НА СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ

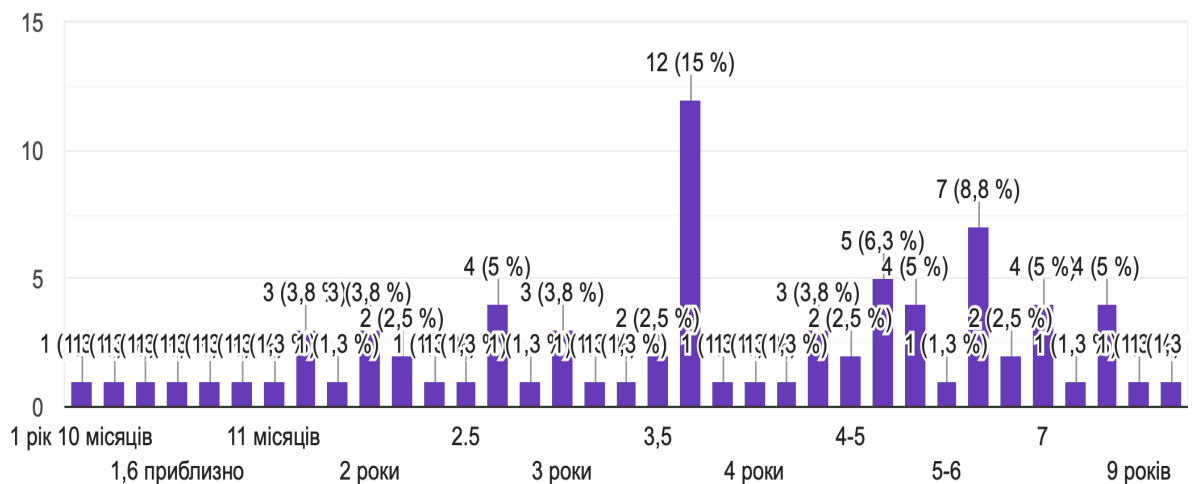
### 3.1. Оцінка групи дітей, яка приймала участь в дослідженні

На першому етапі емпіричного дослідження ми розробили анкету, яку в анонімному форматі заповнили батьки дітей. В анкетуванні приймали участь тільки ті батьки, діти яких вже пройшли адаптацію, санацію та знаходяться на диспансеризації. Отже, згідно анкети,

#### 1. Вік дитини на момент звернення

##### Вік дитини на момент звернення

80 ответов



В опитуванні прийняло участь 80 сімей і за допомогою першого питання ми відсіяли анкети, в яких було вказано вік дитини менше 3 років. Залишилося 63 досліджуваних.

На питання «Чи мала дитина проблеми з зубами на момент звернення?» ми отримали наступні дані, що відображено в рис 3.1.

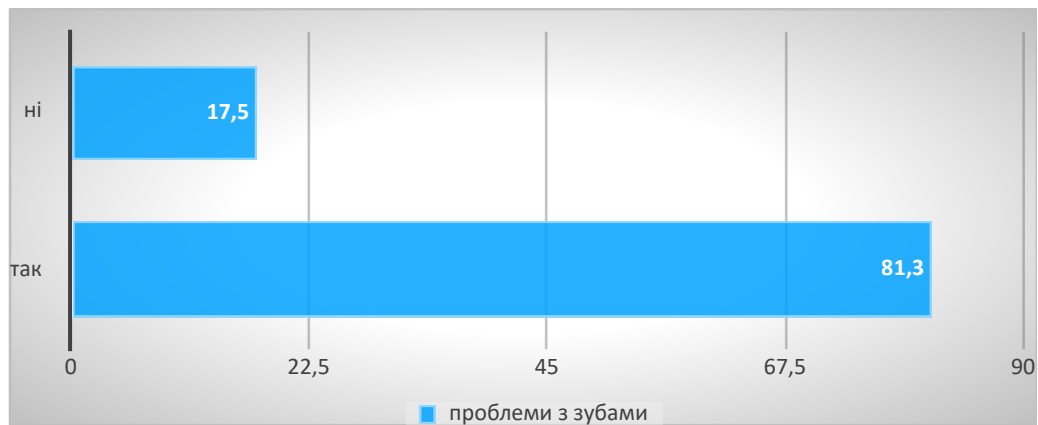


Рис.3.1. Наявність стоматологічних проблем у дитини

Аналізуючи рис.3.1. було виявлено, що більшість дітей мала проблеми з зубами. Це означає, що більшість дітей пройшли не тільки адаптацію до комунікації, а й успішне лікування. Важливо зазначити, що лікування зубів проводилось за всіма стандартами якості і за світовими протоколами(місцева анестезія для знеболення зуба, ізоляція робочої ділянки системою кофердам, видалення всіх некротизованих тканин та постановка фотополімерних реставрацій по інструкції). Видалення зубів за показами проводилось з місцевою анестезією.

На 3 запитання анкети «Чи є супутні неврологічні захворювання у дитини» отримано результати, що відображені у рис.3.2



Рис. 3.2. Наявність супутніх неврологічних проблем

Як бачимо з рис.3.2. відсоток дітей з неврологічними захворюваннями склав 8.8%. Всі ці діти були проліковані в умовах загального знеболення і

після максимально адаптовані до диспансеризації. Отже за цим показником анкети не вилучались з аналізу статистичних даних.

На 4 запитання анкети «Чи мала дитина негативний досвід?» 28,7% опитаних відповіли «Так» й 66,3% відповіли «Ні». Причому батьки вказали на причини: дитина не йшла на контакт з лікарем, дитина не дала нічого зробити та інш. Дивись на рис.3.3.

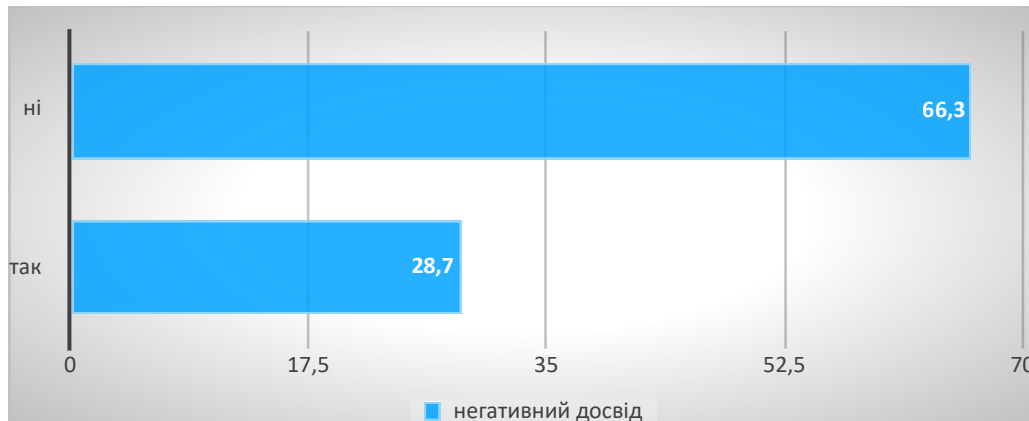


Рис.3.3. Наявність негативного досвіду у дитини

З цієї діаграми видно, що більшість дітей не мала негативний попередній досвід, отже потребувала використання максимальної кількості методів зниження тривожності для адаптації до стоматологічних маніпуляцій.

Відповіді на наступне 5 питань «Оцініть готовність дитини до комунікації з лікарем на момент звернення від 1 до 10» відображено на рис.3.4.

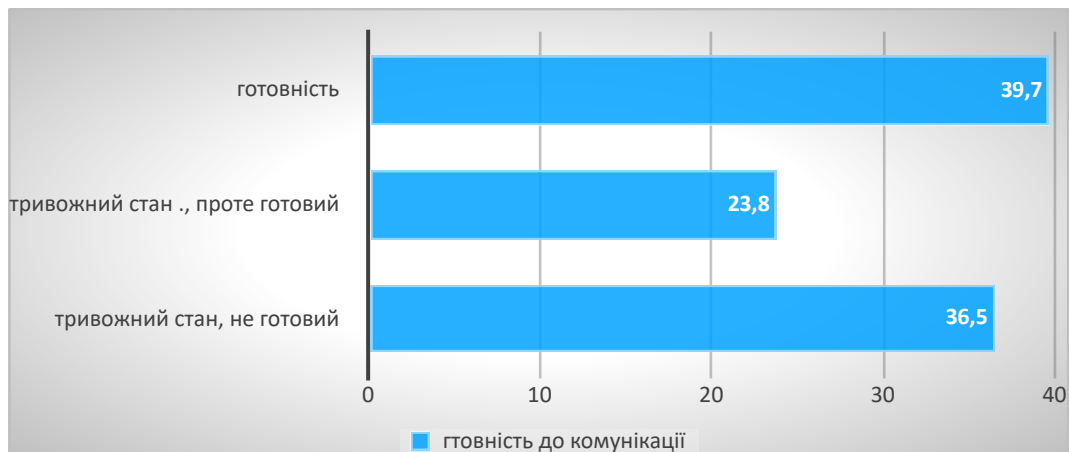


Рис.3.4. Готовність дитини до комунікації з лікарем на момент звернення

Отже, тривожний стан дитини, не готовий до комунікації з лікарем встановлено у 36,5% дітей, у 23,8% у дитини є тривожний стан, проте є готовність до комунікації з лікарем й 39,7% дітей мають спокійний стан і готовність до комунікації з лікарем.

В цьому питанні оцінювалась готовність дітей до комунікації з лікарем, але це не дорівнювало готовності дітей до стоматологічних маніпуляцій.

На 6 запитання анкети «Як Ви(мати/батько) психологічно відчували себе на першому візиті»

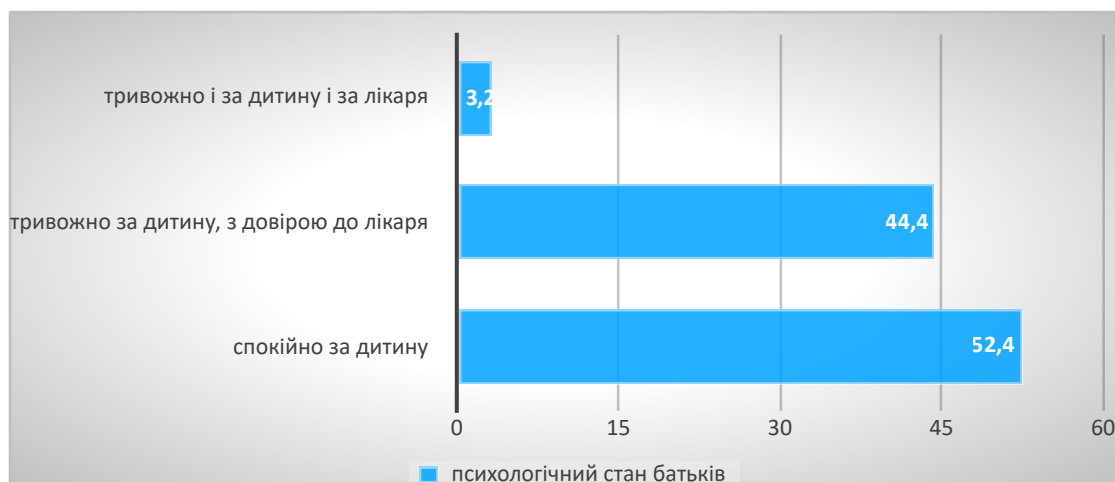


Рис. 3.5. Психологічний стан батьків

Як бачимо спокійно за дитину (здоров'я дитини), з довірою до лікаря відчують 52,4% батьків, тривожність за дитину(здоров'я дитини), з довірою до лікаря мають 44,4% батьків й тривожність за дитину(здоров'я

дитини) й тривожність щодо дій лікаря представлена у 3,2% батьків. Отже, усі батьки мали довіру до лікаря на момент першого звернення, але майже половина з них мала тривожність стосовно своїх дітей.

Таким чином, на першому етапі емпіричного дослідження виявлено, що більшість дітей (81,3%) мала проблеми з зубами. Відсоток дітей з неврологічними захворюваннями склав 8.8%. Більшість дітей (66, 3%) не мала негативний попередній досвід, отже потребувала використання максимальної кількості методів зниження тривожності для адаптації до стоматологічних маніпуляцій. При першому візиті тривожний стан дитини, не готових до комунікації з лікарем встановлено у 36,5% дітей, у 23,8% у дитини виявлено тривожний стан, проте є готовність до комунікації з лікарем й 39,7% дітей мають спокійний стан і готовність до комунікації з лікарем. Щодо батьків, то були спокійними за дитину або за її здоров'я й мали довіру до лікаря 52,4% батьків, тривожність за дитину(здоров'я дитини), проте з довірою до лікаря мають 44,4% батьків й тривожність за дитину(здоров'я дитини) й тривожність щодо дій лікаря представлена у 3,2% батьків. Отже, майже усі батьки мали довіру до лікаря на момент першого звернення, але майже половина з них мала тривожність стосовно своїх дітей.

На другому етапі емпіричного дослідження (після першого візиту до стоматолога) ми вивчали Готовність дитини до комунікації з лікарем після першого візиту. На рис.3.6. відображено порівняння готовності дитини до стоматологічного прийому.

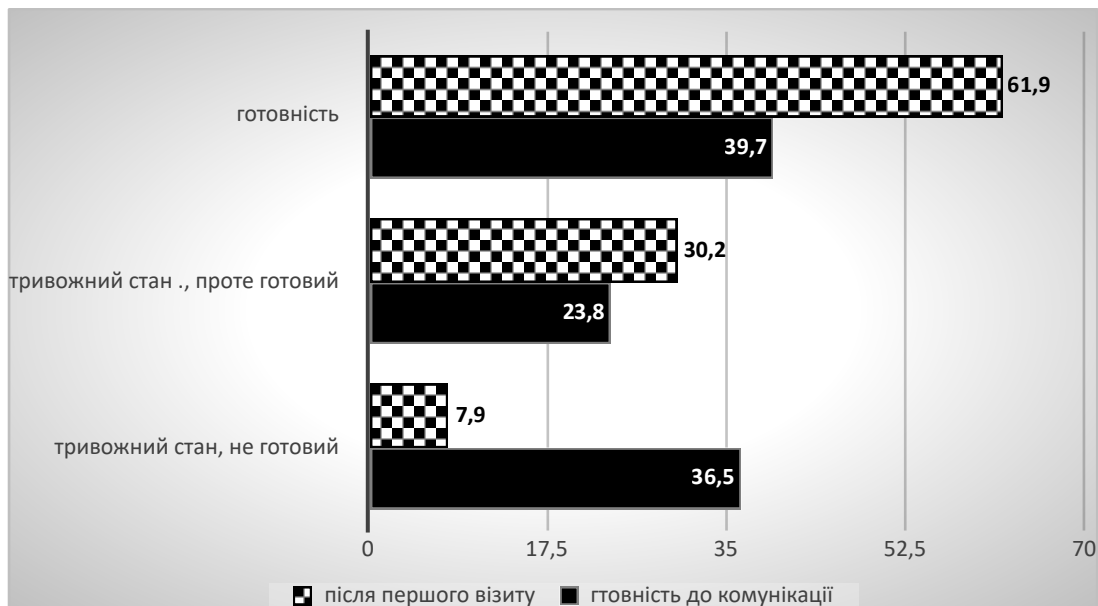


Рис.3.6. Готовність дитини до комунікації з лікарем після першого візиту

Як видно з рис.3.6. після першого візиту змінилася готовність дитини до стоматологічного прийому. Встановлено статистичні розбіжності на рівні  $p < ,000$  за критерієм Вілкоксона ( $z = -5,231$ ).

Далі ми порівняли емоційний стан батьків після першого візиту до лікаря(рис.3.7.)

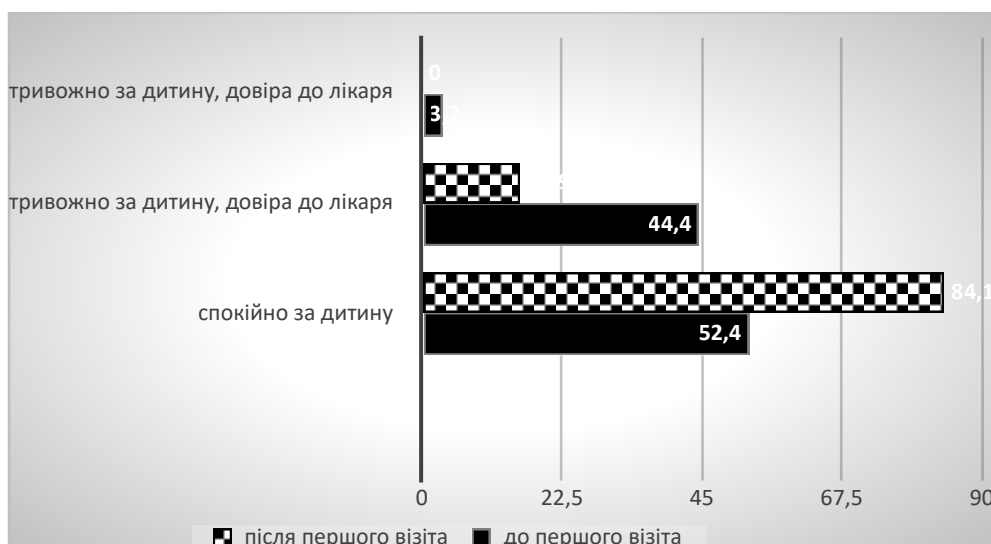


Рис.3.7. Порівняння емоційного стану батьків

Як видно з рис.3.7. після першого візиту змінився емоційний стан батьків до стоматологічного прийому. Встановлено статистичні розбіжності на рівні  $p < ,000$  за критерієм Вілкоксона ( $z = -4,315$ ).

Далі ми провели кореляційний аналіз, результати якого відображено в кореляційній матриці таблиця 3.1.

**Таблиця 3.1.**

**Кореляційна матриця**

Змінні	1	2	3	4	5	6
1.Наявність негативного досвіду	1	-,528**	-,261*	-,469**	,123	-,246
2.Готовність дитини до комунікації з лікарем на момент звернення	-,528**	1	-,326**	,354**	,454**	-,464**
3.Психічний стан батьків на момент звернення(тривожність)	-,261*	-,326**	1	-,322**	-,234	,382**
4.Готовність дитини до комунікації з лікарем після першого візиту	-,469**	,354**	-,322**	1	,431**	-,211
5.Готовність дитини до комунікації з лікарем після проведеного	,123	,454**	-,234	,431**	1	-,435**
6. Психічний стан батьків після проведеного лікування дитини	-,246	-,464**	,382**	-,211	-,435**	1

Примітка: Змінні 1- наявність негативного досвіду, 2 – готовність дитини до комунікації з лікарем, 3- психологічний стан батьків, 4- готовність дитини після першого візиту, 5- Оцінка психологічного стану дітей, які вже знаходяться на диспансерному контролі після вирішення всіх проблем з

зубами, 6 -Оцінка психологічного стану батьків, діти яких вже знаходяться на диспансерному контролі після вирішення всіх проблем з зубами.

\*\* Корреляція значима на рівні 0,01. \* Корреляція значима на рівні 0,05

Отже, змінна Наявність негативного досвіду корелює негативно з змінними Готовність дитини до комунікації з лікарем на момент звернення ( $p < 0,01$ ), Готовність дитини до комунікації з лікарем після першого візиту ( $p < 0,01$ ) і з змінною Психологічний стан батьків на момент звернення ( $p < 0,05$ ) і навпаки.

Змінна Готовність дитини до комунікації з лікарем на момент звернення корелює позитивно з змінними: Готовність дитини до комунікації з лікарем після проведеного лікування ( $p < 0,01$ ), Готовність дитини до комунікації з лікарем після першого візиту ( $p < 0,01$ ) і негативно з змінними Готовність дитини до комунікації з лікарем після першого візиту ( $p < 0,01$ ), Психічний стан батьків на момент звернення ( $p < 0,01$ ) й Психічний стан батьків після проведеного лікування дитині ( $p < 0,01$ ) і навпаки.

Змінна Психічний стан батьків на момент звернення позитивно корелює з Психічний стан батьків після проведеного лікування дитині ( $p < 0,01$ ) і негативно з Наявність негативного досвіду ( $p < 0,05$ ), Готовність дитини до комунікації з лікарем на момент звернення ( $p < 0,01$ ), Готовність дитини до комунікації з лікарем після першого візиту ( $p < 0,01$ ).

Таким чином, нами отримані суперечливі результати, це пов'язано на нашу думку з тим, що більшість - 66,3% дітей не мала негативний попередній досвід відвідування стоматолога. Проте встановлено, що на готовність дітей до першого візиту впливає психічний стан батьків: чим вище тривожність батьків на момент звернення тим нижче готовність дитини до комунікації з лікарем на момент звернення і тим нижче готовність дитини до комунікації з лікарем після першого візиту. У батьків після першого візиту, навіть вдалого, тривожність може зростати.

### **3.2. Психологічні методи і методики спрямовані на зниження тривожності у дітей і адаптації до стоматологічного прийому.**

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним із найефективніших методів лікування тривожності у дітей. Її ключова мета — змінити негативні автоматичні думки, що підсилюють тривогу, і сформувати здорові когнітивні та поведінкові навички для подолання страхів. КПТ базується на переконанні, що тривожність виникає внаслідок спотвореного сприйняття ситуації та неефективної поведінки у відповідь на стресові фактори. У роботі з дітьми терапевт адаптує методи до вікових особливостей, враховуючи рівень розвитку, здатність до рефлексії та співпраці.

Основи КПТ у роботі з дітьми:

1. Когнітивний компонент: Цей компонент орієнтований на виявлення та зміну автоматичних негативних думок, які виникають у тривожних ситуаціях. Наприклад, у ситуації контрольної роботи дитина може подумати: “Я нічого не знаю, і всі дізнаються, що я невдаха”. Терапевт допомагає їй проаналізувати цю думку і замінити її більш раціональною: “Я підготувався і знаю більшість тем. Якщо я не знаю щось, це нормально — я можу цьому навчитися”.

- Використовуються техніки, такі як ведення щоденника думок, де дитина записує свої емоції, ситуації та думки, щоб розпізнавати патерни мислення.

2. Поведінковий компонент: Основна увага приділяється практиці та поступовому експонуванню тривожним стимулам.

- Експозиція (*graded exposure*) є основним методом, де дитина поступово стикається із ситуаціями, які викликають страх. Наприклад, якщо дитина боїться виступів перед класом, процес починається з коротких виступів перед членами сім'ї, поступово збільшуючи аудиторію.

- Успішна експозиція знижує рівень тривожності через звикання і формування впевненості у власних силах.
3. Формування нових навичок подолання:
    - У рамках КПТ дітей навчають технікам релаксації (глибоке дихання, візуалізація) та методам вирішення проблем.
    - Дітей також вчать розрізняти фізичні ознаки тривоги (швидке серцебиття, пітливість, тремтіння) і застосовувати техніки заспокоєння.
  4. Навчання соціальних навичок:
    - У дітей із соціальною тривожністю розвивають впевненість у спілкуванні. Це може включати рольові ігри, де діти вчаться, як відповідати на критику, заводити друзів або висловлювати свої думки у класі.
  5. Робота з батьками:
    - Батьків залучають до процесу терапії для створення підтримуючого середовища вдома. Вони навчаються:
      - Не уникати тривожних ситуацій разом із дитиною.
      - Підтримувати її самостійні спроби долати тривогу.
      - Демонструвати спокій і впевненість у власних діях як приклад.

#### Етапи терапевтичного процесу

1. Початкова оцінка:
  - Проводиться діагностика тривожності за допомогою інтерв'ю, опитувальників (наприклад, Revised Child Anxiety and Depression Scale) та спостережень.
    - Визначаються основні джерела тривоги і негативні думки.
2. Формулювання проблеми:
  - Терапевт разом із дитиною визначає, які думки, емоції та поведінка спричиняють тривожність.
3. Інтервенція:

- Застосовуються когнітивні та поведінкові техніки, поступово нарощується експозиція.

#### 4. Завершення та профілактика рецидивів:

- Наприкінці терапії дитина та батьки отримують інструменти для самостійного використання на випадок, якщо тривога повернеться.

Дослідження підтверджують високу ефективність КПТ у роботі з дітьми, які страждають на генералізований тривожний розлад, соціальну тривогу та фобії. Наприклад, Кетрін Т. Репі та Філіп С. Кендалл у своїх роботах довели, що КПТ знижує рівень тривожності у 70–80% дітей і підлітків.

Позитивне формулювання та позитивна комунікація як методи зниження тривожності це ефективні техніки взаємодії, які можуть значно зменшувати рівень тривожності як у дітей, так і в дорослих. Ці підходи базуються на ідеї, що мова, якою ми спілкуємося, впливає на сприйняття світу, мислення та емоційний стан. Правильне використання слів, конструктивна критика та підкреслення позитиву допомагають створювати спокійне, безпечне середовище, у якому тривожність знижується. Позитивне формулювання означає акцентування уваги на бажаних діях і наслідках замість негативних. Наприклад, замість того, щоб сказати “Не кричи!”, варто сказати “Будь ласка, говори спокійніше”. Цей підхід:

- Зменшує конфронтацію.
- Допомагає уникнути зайвого стресу, пов’язаного з негативними командами.
- Формує позитивні патерни поведінки.

Для дітей із тривожністю позитивне формулювання створює чітке розуміння того, що від них очікується, і водночас підтримує їхню впевненість у власних силах.

Позитивна комунікація включає:

1. Слова підтримки: Вираження любові, турботи, схвалення.
2. Акцент на можливостях: Замість фокусування на проблемах говоріть про те, що може бути зроблено.
3. Конструктивна критика: Замість того, щоб акцентувати увагу на помилках, обговорюйте шляхи їх виправлення.

Техніки, які знижують тривожність:

1. Формування безпечного середовища:
  - Діти, які чують схвалення та доброзичливі слова, відчуваються більш захищеними, що сприяє зменшенню страху.
  - Негативні коментарі чи критика, навпаки, можуть поглиблювати тривожні стани.
2. Зменшення когнітивних спотворень:
  - Позитивні формулювання допомагають уникати фраз, що можуть інтерпретуватися як загроза або негативна оцінка, зменшуючи ризик розвитку когнітивних спотворень, таких як “чорно-біле мислення” чи “катастрофізація”.
3. Зміцнення емоційного зв’язку:
  - Теплі, доброзичливі розмови формують довірливі стосунки між батьками, педагогами чи терапевтами та дитиною. Це особливо важливо для тривожних дітей, які часто відчуваються ізольованими.

Приклади позитивного формулювання:

Негативне формулювання	Позитивне формулювання
“Не бігай у класі!”	“Давай ходити спокійно”
“Не забувай про домашнє завдання!”	“Пам’ятай зробити домашнє завдання”
“Не говори дурниць!”	“Висловлюй свої думки обережно.”

Психологи, які працюють із тривожними дітьми, активно використовують ці методи у терапевтичних практиках, зокрема:

1. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ):
  - Терапевт допомагає дитині переосмислити негативні думки та замінити їх позитивними.
2. Методика “Розмова про страхи”:
  - У процесі обговорення страхів використовуються позитивні меседжі, які допомагають дитині впоратися зі своїми тривогами.
3. Моделювання поведінки:
  - Дорослі демонструють, як позитивно реагувати на стресові ситуації.

Ці техніки ефективні у побуті, навчанні та терапії, допомагаючи дитині почуватися впевненою і здатною справлятися з викликами.

Техніка TELL-SHOW-DO є ефективним інструментом для навчання дітей нових навичок, подолання страхів, формування позитивної поведінки та зниження тривожності. Вона активно використовується у педагогіці, когнітивно-поведінковій терапії, стоматологічній практиці та інших галузях, де необхідно подолати страх або небажання перед новим досвідом.

Основні етапи техніки:

1. Tell (Розповідь). На цьому етапі дитині пояснюється, що від неї очікується і як буде виконуватись дія. Важливо використовувати зрозумілі слова, спокійний тон і позитивні формулювання. Мета — знизити невідомість, яка часто є джерелом тривожності. Приклад: Якщо дитина боїться візиту до стоматолога, їй можна сказати: “Лікар подивиться на твої зубки за допомогою маленького дзеркальця і перевірить, чи вони здорові.”

2. Show (Показ) Цей етап передбачає демонстрацію процесу або дії. Це може бути як наочно, так і через рольову гру. Візуалізація допомагає дитині зрозуміти, що відбуватиметься, знижуючи страх перед невідомим.

Приклад: Стоматолог показує дзеркальце і демонструє, як воно торкається пальця чи іграшкового зуба.

3. До (Дія) На цьому етапі дитина виконує дію самостійно або з допомогою дорослого. Успішне завершення дії підкріплюється похвалою, що підвищує впевненість дитини в собі. Приклад: Дитині пропонують сісти в крісло та дати лікареві оглянути зуби.

Переваги методу:

1. Зниження тривожності

Розбиття процесу на прості етапи дозволяє дитині поступово адаптуватися до нової ситуації, зменшуючи страх перед невідомим.

2. Підвищення впевненості

Виконання дії після пояснення і демонстрації формує у дитини відчуття контролю та успішності.

3. Навчання через дію

Підкріплення теорії практикою сприяє ефективнішому засвоєнню матеріалу.

4. Гнучкість застосування

Метод можна використовувати в широкому спектрі ситуацій: навчанні новим навичкам, поведінковій терапії, подоланні страхів.

У терапії тривожності дітей техніка “Tell-Show-Do” використовується для:

- Навчання стратегій подолання стресу.
- Підготовки до нових або стресових ситуацій (візит до лікаря, виступ перед аудиторією).
- Корекції небажаної поведінки (наприклад, імпульсивності чи уникання).

Приклади успішного використання:

- Стоматологія: Техніка широко використовується для адаптації дітей до стоматологічних процедур, наприклад, навчання чистити зуби або зняття страху перед інструментами.

- Освіта: У школах цей метод використовується для навчання соціальних та академічних навичок. Наприклад, пояснення правила гри (Tell), демонстрація гри (Show), активна участь дитини (Do).
- Поведінкова терапія: Використовується для формування адаптивних моделей поведінки у дітей із розладами тривожності.

Ігрові методики подолання тривожності у дітей є ефективним способом допомоги в зниженні рівня тривожності через інтервенції, що сприяють розвитку емоційної стійкості, комунікативних навичок та зниженню рівня стресу. Гра допомагає дитині висловити свої почуття у більш прийнятній формі, що значно зменшує тривожність і покращує самопочуття. Нижче розглянуто основні методики та механізми їх впливу на емоційний стан дитини.

#### Основні ігрові методики подолання тривожності

1. Рольові ігри використовуються для створення ситуацій, що імітують тривожні моменти з життя дитини, і дозволяють безпечно відтворити та прожити ці моменти. Наприклад, дитина може грати роль лікаря або учасника іспиту. Через гру вона набуває впевненості, а страхи втрачають свою силу, стаючи чимось знайомим і менш загрозливим.

Механізм впливу: Імітація тривожних ситуацій допомагає дитині відчувати контроль над ними, замість того щоб бути їх жертвою. Це знижує відчуття безпорадності і формує адекватну реакцію на стрес.

2. Пісочна терапія (Sandplay) використовується для вираження почуттів і емоцій через створення сценок з пісочниці. Дитина створює сцену за допомогою мініатюрних фігурок, що відображають її емоційний стан або переживання. Терапевт може надавати підтримку та допомагати дитині вербалізувати її відчуття, що сприяє усвідомленню внутрішніх конфліктів.

Механізм впливу: Пісочна терапія допомагає у створенні безпечного простору, де дитина може відкрито проявляти свої страхи. Це забезпечує відчуття контролю та сприяє зниженню тривожності.

3. Казкотерапія є ще однією ефективною методикою подолання тривожності, у якій використовуються метафоричні історії, що допомагають дитині усвідомити і перебороти свої страхи. Вигадані персонажі, які стикаються з подібними труднощами, допомагають дитині виявити механізми подолання тривожності, адже подібність із персонажем допомагає унікально змінювати своє сприйняття ситуації. Механізм впливу: Казкотерапія задіює асоціативне мислення, дозволяючи дитині ідентифікувати себе з позитивним образом, який перемагає труднощі. Це допомагає формувати адаптивні способи реагування на стресові ситуації.

4. Ігри на релаксацію та дихальні техніки. Використовуються ігри, в яких дитина має навчитися правильному диханню, наприклад, уявляючи, що видихає з себе хмару, або граючи у “дихальний м’ячик”, що зменшується при вдиханні. Дитина вчиться контролювати свій дихальний ритм, що сприяє зниженню рівня тривожності та заспокоєнню. Механізм впливу: Дихальні вправи активують парасимпатичну нервову систему, що знижує фізіологічні прояви тривожності, зокрема серцебиття і напруженість м’язів.

5. Настільні ігри з елементами співпраці. Настільні ігри, які потребують кооперації, розвивають соціальні навички і сприяють формуванню довіри до оточуючих. Граючи в команді, дитина вчиться підтримувати інших, а також приймати підтримку, що допомагає у зниженні соціальної тривожності. Механізм впливу: Співпраця під час гри сприяє формуванню позитивних соціальних зв’язків, які знижують тривожність через забезпечення підтримки та відчуття приналежності.

6. Креативні ігри та арт-терапія. Використання творчих ігор, таких як малювання, ліплення чи конструювання, дозволяє дитині виражати свої

емоції без необхідності вербалізації, що іноді є складним для молодших дітей. Малювання може бути особливо корисним, оскільки дитина може зобразити те, що не здатна висловити словами. Механізм впливу: Арт-терапія надає дитині можливість безпечно вивільнити свої емоції, знижуючи рівень внутрішньої напруженості та тривоги.

Переваги ігрових методик. Ігрові методики подолання тривожності допомагають дітям адаптуватися до ситуацій, які вони сприймають як загрозові. Гра, будучи природною формою діяльності для дітей, забезпечує безпечне середовище для експериментування з різними сценаріями, формування навичок управління емоціями та побудови довіри до оточуючих. Через гру діти можуть краще зрозуміти свої страхи, знизити напругу та навчитися контролювати свої реакції на стрес.

Трансові стани. Книга Olness, K., & Kohen, D. (1996). *Hypnosis and Hypnotherapy with Children* є однією з ключових праць, яка систематизує знання про гіпноз у роботі з дітьми. Вона фокусується на фізіологічних, психологічних та поведінкових аспектах використання гіпнозу для лікування дітей, зокрема в медичних і стоматологічних умовах. У книзі пояснюються механізми, завдяки яким трансові стани впливають на свідомість і емоції дитини, а також розглядаються практичні аспекти безпечного та етичного використання гіпнотерапії. Основні аспекти книги:

1. Природні трансові стани дітей: Автори стверджують, що діти схильні до природних трансових станів у своєму щоденному житті (наприклад, коли вони занурені в гру або фантазію). Цей природний потенціал використовується у терапії, щоб створити сприятливі умови для саморегуляції та управління страхом.

2. Техніки індукції гіпнозу: У книзі детально описані методи залучення дітей у трансовий стан через ігрові техніки, казки, уявні образи та

візуалізації. Використання знайомих для дитини сценаріїв і символів допомагає досягти більшої співпраці під час лікування.

3. Управління болем і тривожністю: Трансові стани дозволяють дітям фокусувати увагу на приємних образах, знижуючи рівень фізіологічної напруги, страху і больових відчуттів. Автори підкреслюють, що гіпноз можна використовувати як додатковий інструмент при лікуванні хронічних захворювань або підготовці до медичних процедур.

4. Навчання дітей самогіпнозу. Одним із важливих аспектів є навчання дітей методам самогіпнозу. Це дає змогу дитині самостійно впоратися зі стресом чи тривогою у складних ситуаціях.

5. Підхід до батьків і родини. Автори наголошують на необхідності співпраці з батьками для підвищення їхньої обізнаності про трансові стани та можливості гіпнозу. Це допомагає створити підтримувальне середовище для дитини.

6. Етичні аспекти. У книзі чітко прописані рекомендації щодо етичного використання гіпнозу, зокрема забезпечення безпеки дитини та уникнення маніпулятивних технік.

Методи, описані у книзі, використовуються у стоматології, у роботі з тривожністю, фобіями, порушеннями сну, посттравматичними розладами та багатьма іншими психологічними станами.

Важливо розпізнати, що дитина увійшла у трансовий стан самостійно. Зробити це можна за такими ознаками:

- Зосереджений погляд або відсутній погляд: Дитина може тривалий час фокусуватися на одній точці або дивитися “крізь” предмети. Це може свідчити про те, що дитина відійшла від реальності і знаходиться у своїх думках чи уяві.
- Знижена активність реакцій на оточення: Якщо дитина не реагує на зовнішні стимули, такі як голоси інших людей, дотики або звуки, це може

означати, що вона перебуває у стані глибокої концентрації на внутрішньому світі.

- Повільні рухи або їх відсутність: У трансовому стані дитина може перестати рухатися або її рухи стають дуже повільними. Це стосується навіть таких основних рухів, як моргання.
- Монотонність дихання: У трансовому стані дихання дитини стає рівним, повільним та глибоким. Це відбувається через зниження рівня стимуляції та заспокоєння нервової системи.
- Надмірна зосередженість на певній діяльності: Якщо дитина грається певною іграшкою або виконує іншу діяльність і здається, що вона зовсім не помічає оточення, це може свідчити про стан трансу. Наприклад, дитина може довго будувати башту з кубиків, абсолютно ігноруючи навколишній шум або голоси.
- Міміка і вираз обличчя: Іноді дитина може мати мімічні реакції, такі як усмішка чи навіть сльози, у відповідь на уявні події, що відбуваються у її фантазіях. Це свідчить про те, що вона активно проживає певні емоції всередині.
- Відсутність відчуття часу: Дитина у трансовому стані може втратити відчуття часу і не помітити, як швидко минули хвилини або навіть години.

Трансові стани у дітей часто є нормальною частиною їхнього розвитку. Вони допомагають дітям відпрацьовувати отримані враження, структурувати думки та емоції. Такий стан часто спостерігається під час творчої діяльності, гри або читання книжок.

Таким чином, існує методи і техніки, що допомагають знизити тривожність дітей на прийомі у стоматолога.

### **3.3. Рекомендовані стратегії з власного досвіду щодо зниження тривожності у дітей і адаптації до стоматологічного прийому**

Методика зніження тривожності у дітей до стоматологічного прийому можна розподілити на наступні напрями: зніження тривожності батьків, професіоналізм і психологічні навички лікаря, структуризація візитів за індивідуальними потребами дитини та стратегії, які використовуються для керування поведінкою дітей під час стоматологічних візитів. Розглянемо їх.

1. Зніження тривожності у батьків, які супроводжували дитину і підкріплення довіри до лікаря. Лікар повинен активно взаємодіяти з батьками, пояснюючи кожен етап процедури та даючи зрозуміти, що їхні турботи та питання є важливими. Інформування батьків про те, що відбувається, дає їм відчуття контролю і безпеки, що може значно знизити їхню тривожність. Важливо використовувати просту, доступну мову для пояснення процедур і можливих ускладнень, не знижуючи при цьому важливості і серйозності лікування. Важливу роль відіграє позитивна комунікація і залучення батьків до процесу адаптації та лікування. Фрази «ми впораємось», «ваша дитина молодець», «ви добре підготувались до першого візиту», «разом ми впораємось» підтримують батьків, дають розуміння роботи в команді і розділення відповідальності за результат між лікарем і батьками.

Також на першому візиті лікар має навчити позитивній комунікації батьків з дитиною і необхідній підготовці до наступного візиту. Батьки мають нагадати про позитивні моменти, які були на попередньому візиті і сподобались дитині, неспосередньо перед візитом(максимально за день). Не розповідати дитині всій досвід лікування, не описувати маніпуляції чи інструменти, не дивитись з дитиною відео саме про лікування зубів в інтернеті. Батьки грають важливу роль у зніженні страху у дітей. Їхня поведінка і емоційний стан можуть значно вплинути на настрій і реакцію

дитини. Спокійні, позитивні та підтримуючі батьки можуть допомогти дитині відчутти себе більш комфортно під час візиту до стоматолога.

## 2. Професіоналізм і психологічні навички лікаря -стоматолога

Демонстрація лікаря спокою і впевненості підсилює спокій батьків і довіру до лікаря. Підтвердження цього ми бачимо у відповідях батьків на запитання в анкеті.

- «Загальна атмосфера клініки, розмови батьків напередодні, мультик під час сеансу, озвучення дій які робить лікар, подарунок після завершення.»
- «Спокійність лікаря, позитивне ставлення до дитини, посмішка, а потім ще й подарунок)»
- «Настрій, професіоналізм лікаря»
- «Компетентність лікаря , змога знайти спільну мову з дитиною»
- «Індивідуальний підхід, професіоналізм лікаря»
- «Професіоналізм лікаря, вміння увійти у довіру до дитини, налагодити з нею співпрацю і пояснити дитині складні речі простими словами, привітність, іграшки та мультфільми у кабінеті»
- «Спокійна атмосфера, кваліфіковані спеціалісти»
- «Впевненість та спокій, уважність до дитини»
- «Розмови та спокійне ставлення лікаря як до дорослого, розказуючи всі кроки»
- «Спокій і неймовірний талант знаходити контакт з дитиною»
- «Підготовка дитини до того як піти до лікаря. І спокійний і врівноважений стан лікаря під час прийому»
- «Професійний підхід у всіх смислах»
- «Спокій та впевненість лікаря»
- «Професійність та доброта»

- «Впевненість дій лікаря, розмови на рівних, пояснення дій лікаря дитині»
- «Дуже добре та ніжне відношення лікаря до дитини, неспешність, спокійна атмосфера у клініці, дозвіл від доктора на те, що мама може бути в кабінеті, наявність тв з мультиками, посмішка лікаря та її весела розмова у пригодницькому стилі про те, що вона робить з мікробами у роті, та безумовно подарунок за сміливість наприкінці візиту.»
- «Абсолютний спокій з боку лікаря, болісні маніпуляції якимось проходили дуже легко та розслаблено»
- «Особистий підхід лікаря до дитини».

3. Структуризація візитів за індивідуальними потребами кожної дитини і віковими особливостями. Таким чином, щоб кожний план лікування був реалізований від найпростішої маніпуляції до найскладнішої, враховуючи вікові особливості посидючості.

Перший візит - знайомство з клінікою, лікарем, стоматологічним кріслом тощо. Маніпуляції не проводяться. Огляд ротової порожнини проводиться за згодою дитини. Якщо для огляду використовуються інструменти - потрібно попередити про це дитину.

На другому візиті - знайомство з роботою обладнання. Важливо розказувати дитині не принципи роботи, а відчуття, які на неї чекають. За згодою дитини можливо проведення професійної гігієни, яка буде нести як профілактичний так і адаптаційний характер.

На третьому візиті можна починати лікування. Важливо обрати зуб чи область з кількома візитами, де об'єм лікування буде найменшим з загального плану і буде потребувати найменшого часу для проведення лікування.

Перед першим візитом лікування дитині може бути потрібно більше візитів для знайомства і звикання з конкретними інструментами чи маніпуляціями. На це може впливати маленький вік дитини чи наявність

негативного досвіду в анамнезі. Візити плануються індивідуально для кожної дитини та все одно мають бути сплановані як «крокування по сходам», де на кожній «сходинці» засвоюється щось нове і на існуючий досвід на наступній «сходинці» накладається новий.

3. Стратегії, які використовуються для керування поведінкою дітей під час стоматологічних візитів:

“ Методика•Tell-Show-Do”: Перш ніж проводити стоматологічні маніпуляції, лікар пояснює дитині, що буде відбуватись (“Tell”), потім показує інструменти або демонструє дії на моделі (“Show”) і лише потім виконує процедуру (“Do”). Це дозволяє знизити страх перед невідомим. Важливо показати тільки цікаві інструменти і не показувати ті, що можуть налякати(голки, гострі предмети...).

- Позитивне підкріплення: Заохочення дітей за спокійне поведіння або за співпрацю під час візиту допомагає зміцнити бажану поведінку і створити позитивні асоціації з процедурою. Маленький подарунок після візиту від лікаря залишить фінальне позитивне враження і буде мотивувати прийти ще.

- Можна також використовувати рольові ігри, де дитина може «стоматологічно оглянути» ляльку чи плюшевого друга. Це знижує рівень стресу через звичку і адаптацію до середовища.

- Програми когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), спрямовані на зміну негативних думок і переживань дитини. Наприклад, за допомогою техніки когнітивної реструктуризації можна навчити дитину замінювати тривожні думки (наприклад, «Це боляче») на більш позитивні (наприклад, «Лікар допоможе»).

- Позитивне формулювання(позитивна комунікація). Цей метод полягає в тому, щоб замість заперечень і негативних формулювань

використовувати позитивні, стверджувальні висловлювання. Його мета зробити спілкування більш конструктивним, чітким і мотиваційним. Діти звертають увагу на конкретні слова, які описують дію чи об'єкт, а частку «не» можуть просто пропустити. Мозок дитини не може спочатку уявити дію, а потім заперечити її. Замість того щоб говорити, чого не робити, фокус на тому-то треба робити. (Наприклад, замість «не закривай рот» - «тримай рот відкритим», замість «не бійся!» - «все буде добре!», «ми впораємось!»).

4. Трансові стани. Техніки вводу в трансові стани не використовують. Важливо розпізнати, що дитина увійшла у трансовий стан самостійно і не порушувати його. Це дає можливість дитині комфортніше понести проведення лікування. Вмикання телевізора з улюбленим контентом буде сприяти входу в трансовий стан самостійно. (Наприклад, якщо дитина уповільнила рухи, фокусувалась на чомусь цікавому і не реагує на розповіді лікаря, то доцільніше буде не розмовляти деякий час, якщо в цьому немає потреби. Або, якщо дитина підняла руку в незвичне положення і не виказує дискомфорту при цьому - не треба примусово опускати руку). В трансовому стані лікар матиме більше часу на виконання певної маніпуляції за рахунок втрати відчуття часу у дитини і пролонгації посидючості.

5. Фармакологічні методи у випадках, коли традиційні методи не дають бажаного результату, стоматологи можуть застосовувати седацію або інші фармакологічні методи для того, щоб дитина змогла спокійно пройти процедуру без стресу. Після лікування під седацією і позбавлення проблем з зубами рекомендовано пройти адаптацію для подальшої комунікації, диспансеризації чи можливого лікування в майбутньому.

Таким чином, можна рекомендувати в якості стратегій, які використовуються для керування поведінкою дітей під час стоматологічних візитів позитивне підкріплення, методика Tell-Show-Do, рольові ігри, вмикання телевізора з улюбленим контентом буде сприяти входу в трансовий

стан самостійно і фармакологічні методи у випадках, коли вищезазначені методи не дають бажаного результату.

## ВИСНОВКИ ДО ТРЕТЬОГО РОЗДІЛУ

1. На першому етапі емпіричного дослідження виявлено, що більшість дітей (81,3%) мала проблеми з зубами. Відсоток дітей з неврологічними захворюваннями склав 8,8%. Більшість дітей (66,3%) не мала негативний попередній досвід, отже потребувала використання максимальної кількості методів зниження тривожності для адаптації до стоматологічних маніпуляцій. При першому візиті тривожний стан дітей не готових до комунікації з лікарем встановлено у 36,5%, у 23,8% у дитини виявлено тривожний стан, проте є готовність до комунікації з лікарем й 39,7% дітей мають спокійний стан і готовність до комунікації з лікарем. Щодо батьків, то були спокійними за дитину або за її здоров'я й мали довіру до лікаря 52,4% батьків, тривожність за дитину(здоров'я дитини), проте мали довіру до лікаря 44,4% батьків й тривожність за дитину і її здоров'я й тривожність щодо дій лікаря представлена у 3,2% батьків. Отже, майже усі батьки мали довіру до лікаря на момент першого звернення, але майже половина з них мала тривожність стосовно своїх дітей.
2. На другому етапі емпіричного дослідження порівнювалося готовність дитини до стоматологічного прийому після першого візиту. Встановлено статистичні розбіжності на рівні  $p < ,000$  за критерієм Вілкоксона ( $z = -5,231$ ) на користь збільшення готовності дитини до стоматологічного прийому. Порівнювався емоційний стан батьків після першого візиту до лікаря. Встановлено статистичні розбіжності на рівні  $p < ,000$  за критерієм Вілкоксона ( $z = -4,315$ ) на користь зменшення тривожності і страхів у батьків до стоматологічного прийому.
3. Проведено кореляційний аналіз, в результаті якого отримані суперечливі результати, це пов'язано на нашу думку з тим, що більшість - 66,3% дітей не мала негативний попередній досвід відвідування стоматолога. Проте

встановлено, що на готовність дітей до першого візиту впливає психічний стан батьків: чим вище тривожність батьків на момент звернення тим нижче готовність дитини до комунікації з лікарем на момент звернення і тим нижче готовність дитини до комунікації з лікарем після першого візиту. У батьків після першого візиту, навіть вдалого, тривожність продовжує зростати.

4. Надано психологічні методи і методики спрямовані на зниження тривожності у дітей і адаптації до стоматологічного прийому. Рекомендовані методики і стратегії з власного використання щодо зниження тривожності у дітей і адаптації до стоматологічного прийому. Методики зниження тривожності до стоматологічного прийому розподіляються на наступні напрями: зниження тривожності батьків, професіоналізм і психологічні навички лікаря, структуризація візитів за індивідуальними потребами дитини та стратегії, які використовуються для керування поведінкою дітей під час стоматологічних візитів.

## ВИСНОВКИ

1. Проведено теоретичний аналіз когнітивної, афективної, фізіологічної та поведінкової системи реагування. Зазначено, що тривожність є багатограним феноменом, який залежить від біологічних, когнітивних та соціальних чинників. Надано визначення тривоги і страху. Розглянуто відмінності між тривогою та страхом. Продемонстровано, що дитинство і підлітковий вік є основною фазою ризику розвитку симптомів і синдромів тривоги, які можуть варіюватися від транзиторних легких симптомів до повноцінних тривожних розладів. Надано приклади нормативної тривожності і страхів в дитячому віці. Зазначено, що однією з найбільших перешкод у лікуванні дітей є подолання страху та тривоги перед стоматологічним прийомом. Деякі фактори, які сприяють підвищенню стоматологічного страху, це страх болю, присутність незнайомих людей, зміна оточення. Визначено роль батьківського втручання у подоланні дитячої тривожності, а також тривожності й страхів у дітей.

2. Емпірично вивчено і порівняно тривогу у дітей і батьків на першому прийомі у стоматолога і на подальших прийомах. На першому етапі емпіричного дослідження виявлено, що більшість дітей (81,3%) мала проблеми з зубами. Відсоток дітей з неврологічними захворюваннями склав 8,8%. Більшість дітей (66,3%) не мала негативний попередній досвід, отже потребувала використання максимальної кількості методів зниження тривожності для адаптації до стоматологічних маніпуляцій. При першому візиті тривожний стан дітей не готових до комунікації з лікарем встановлено у 36,5% дітей, у 23,8% у дитини виявлено тривожний стан, проте є готовність до комунікації з лікарем й 39,7% дітей мають спокійний стан і готовність до комунікації з лікарем. Щодо батьків, то були спокійними за дитину або за її здоров'я й мали довіру до лікаря 52,4% батьків, тривожність за дитину(здоров'я дитини), проте мали довіру до лікаря 44,4% батьків й

тривожність за дитину і її здоров'я й тривожність щодо дій лікаря представлена у 3,2% батьків. Отже, майже усі батьки мали довіру до лікаря на момент першого звернення, але майже половина з них мала тривожність стосовно своїх дітей. На другому етапі емпіричного дослідження порівнювалося готовність дитини до стоматологічного прийому після першого візиту. Встановлено статистичні розбіжності на рівні  $p < ,000$  за критерієм Вілкоксона ( $z = -5,231$ ) на користь збільшення готовності дитини до стоматологічного прийому. Порівнювався емоційний стан батьків після першого візиту до лікаря. Встановлено статистичні розбіжності на рівні  $p < ,000$  за критерієм Вілкоксона ( $z = -4,315$ ) на користь зменшення тривожності і страхів у батьків до стоматологічного прийому.

3. Запропонувати техніки і надано стратегії для лікарів щодо зниження тривоги під час прийому у стоматолога.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Adler, A. The Practice and Theory of Individual Psychology.
2. Alloway, T. P., & Alloway, R. G. (2013). Working Memory: The Connected Intelligence. Psychology Press.
3. Bandura, A. (1977). Social Learning Theory. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
4. Barkley, R. A. (2020). Taking Charge of ADHD: The Complete, Authoritative Guide for Parents. Guilford Press.
5. Barlow, D. H. (2000). “Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory.”
6. Bard, P. (1934). On Emotional Expression After Decortication With Some Remarks on Certain Theories of Emotion. *Psychological Review*, 41(5), 309–329.
7. Beck, A. T. (2011). Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice. Guilford Press.
8. Beck, A. T., & Beck, J. S. (2021). Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. Guilford Press.
9. Beck, J. S. (2011). Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond. Guilford Press.
10. Becker, M., et al. (2015). The role of parental anxiety in children’s dental behavior. *European Journal of Paediatric Dentistry*, 16(3), 211-215.
11. Bettelheim, B. (1976). The Uses of Enchantment: The Meaning and Importance of Fairy Tales. Vintage Books.
12. Burns, D. D. (1999). Feeling Good: The New Mood Therapy. Harper.
13. Cannon, W. B. (1927). The James-Lange Theory of Emotion: A Critical Examination and an Alternative Theory. *American Journal of Psychology*, 39(1), 106–124.

14. Casamassimo, P. S., et al. (2013). *Pediatric Dentistry: Infancy through Adolescence*. Elsevier.
15. Chambers, D. W. (2001). Managing dental fear. *Journal of the American Dental Association*, 132(3), 367-372.
16. Client-Centered Therapy(1951).
17. Cohen, L. L., & Blount, R. L. (2011). *Pediatric Pain Management: A Practical Guide*. Springer.
18. Damasio, A. (1994). *Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain*. Putnam Publishing.
19. Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64, 135–168.
20. Eisen, A. R., & Schaefer, C. E. (2005). *Separation Anxiety in Children and Adolescents: An Individualized Approach to Assessment and Treatment*. Guilford Press.
21. Erich Fromm «Escape from Freedom».
22. Essau, C. A., & Petermann, F. (2001). *Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Research, Assessment, and Intervention*. Routledge.
23. Essau, C. A., & Ollendick, T. H. (2013). *The Developmental Psychopathology of Anxiety*. Oxford University Press.
24. Faber, A., & Mazlish, E. (2012). *How to Talk So Kids Will Listen & Listen So Kids Will Talk*. Scribner.
25. Freud, S. (1920). *Beyond the Pleasure Principle*. The Hogarth Press.
26. Gross, J. J. (2014). *Handbook of Emotion Regulation*. Guilford Press.
27. Gray, J. A., & McNaughton, N. (2003). *The Neuropsychology of Anxiety: An Enquiry into the Functions of the Septo-Hippocampal System*. Oxford University Press.

28. Grembowski, D., et al. (2011). Parental involvement in children's dental care: Impact on children's oral health outcomes. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 39(6), 492-501.
29. Harrison, D., & Lutz, W. (2011). Parental influence on children's dental fear and behavior. *Journal of Pediatric Dentistry*, 38(3), 203-208.
30. Heeren, A. (2020). "On the distinction between fear and anxiety in a (post)pandemic world: a commentary on Schimmenti et al."
31. Hoh, R., & de Haan, A. D. (2013). *Childhood Anxiety: A Cognitive- Behavioral Therapy Approach*. Routledge.
32. Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2001). Parent-child interactions and anxiety disorders: An observational study. *Behaviour Research and Therapy*, 39(12), 1411–1427.
33. James, W. (1884). What is an emotion? *Mind*, 9(34), 188–205.
34. Kendall, P. C. (2000). *Cognitive-Behavioral Therapy for Anxious Children: Therapist Manual*. Guilford Press.
35. Kendall, P. C. (2000). *The Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. Guilford Press.
36. Klingberg, G., & Broberg, A. G. (2007). Dental fear and behavior management problems in children. *Pediatric Dentistry*, 29(2), 122-128.
37. Landreth, G. L. (2012). *Play Therapy: The Art of the Relationship*. Routledge.
38. Lange, C. (1885). *The Mechanism of Emotions*. Переклад опублікований у книзі "The Emotions", 1922.
39. Langer, A., et al. (2016). Cognitive Behavioral Strategies for Managing Anxiety in Parents During Pediatric Medical Visits. *Journal of Pediatric Health Care*, 30(6), 563-570.)

40. Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford University Press.
41. LeBlanc, M., & Ritchie, M. (2001). *Child-Centered Play Therapy*. Guilford Press.
42. LeDoux, J. (2000). Emotion Circuits in the Brain. *Annual Review of Neuroscience*, 23(1), 155–184.
43. LeDoux, J. (2000). *The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*. Phoenix.
44. Levine, P. A. (2015). *Trauma Through a Child's Eyes: Awakening the Ordinary Miracle of Healing*. North Atlantic Books.
45. Lindhout, I. E., & Muris, P. (2009). Cognitive-behavioral therapy for anxious children: A meta-analytic review. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(3), 343-350.
46. McKay, D., & Storch, E. A. (2011). *Handbook of Child and Adolescent Anxiety Disorders*. Springer.
47. McLeod, B. D., Wood, J. J., & Weisz, J. R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 155–172.
48. McTigue, D. J., Yanosky, J., & Fields, H. (2013). Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. In Casamassimo et al. *Pediatric Dentistry*. Saunders.
49. Muris, P., & Field, A. P. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders in children and adolescents: A review and meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 11(2), 61-81.
50. *Neurosis and Human Growth* (1950).
51. Norton, C. L., & Norton, B. E. (2011). *Adventure Therapy: Theory, Research, and Practice*. Routledge.
52. Oaklander, V. (1988). *Windows to Our Children: A Gestalt Therapy Approach to Children and Adolescents*. Gestalt Journal Press.

53. Ohman, A. (2000). "Fear and Anxiety: Evolutionary, Cognitive, and Clinical Perspectives." *Emotion Review*, 2(3), 231–236.
54. Ohman, A. "Handbook of Emotions"
55. Ollendick, T. H., & March, J. S. (2004). *Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: A Clinician's Guide to Effective Psychosocial and Pharmacological Interventions*. Oxford University Press.
56. Olness, K., & Kohen, D. (1996). *Hypnosis and Hypnotherapy with Children*. Guilford Press.
57. *Our Inner Conflicts* (1945).
58. Posner, M. I., & Rothbart, M. K. (2007). *Educating the Human Brain*. American Psychological Association.
59. Rachman, S. (1998). *Anxiety*. Psychology Press.
60. Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The development of anxiety disorders in children and adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(2), 137-153.
61. Rapee, R. M., et al. (2004). The role of parental involvement in treating child anxiety. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(2), 113–123.
62. Rapee, R. M., et al. (2008). *Treating Anxious Children and Adolescents: An Evidence-Based Approach*. Harcourt Brace.
63. Rapee, R. M., et al. (2008). *Helping Your Anxious Child: A Step-by-Step Guide for Parents*. New Harbinger Publications.
64. Rossi, E. L. (1976). *Hypnotic Realities: The Induction of Clinical Hypnosis and Forms of Indirect Suggestion*. Irvington Publishers.
65. Silverman, W. K., & Field, A. P. (2011). *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. Cambridge University Press.
66. Spence, S. H. (2016). *The Treatment of Childhood Anxiety Disorders: Developmental Influences and Treatment Innovations*. Oxford University Press.

67. Sylvers, P., Lilienfeld, S. O., LaPrairie, J. L. (2011). "Differences between trait fear and trait anxiety: implications for psychopathology."
68. The Problem of Anxiety (1926), Матеріали Freud Museum London.
69. Thirlwall, K., & Grow, P. (2006). Parental influences on children's anxiety: A review of research. *Journal of Child and Family Studies*, 15(3), 389–406.
70. Wood, J. J., McLeod, B. D., Sigman, M., Hwang, W. C., & Chu, B. C.(2003). Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(1), 134–151.