

## ПСИХОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ІГРОВОЇ ТЕРАПІЇ ТА ДИСТРАКЦІЇ ЯК ЗАСОБІВ ЗНИЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ ТА СТРЕСУ В ДИТЯЧІЙ СТОМАТОЛОГІЇ

**Гевкалюк Н. О.**

доктор медичних наук, професор,  
професор закладу вищої освіти кафедри дитячої стоматології  
Тернопільського національного медичного університету  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України  
ORCID ID: 0000-0002-7718-4616

**Яворська О. В.**

здобувач вищої освіти  
Тернопільського національного технічного університету  
імені Івана Пулюя  
ORCID ID: 0009-0004-2683-2531

*Статтю присвячено дослідженню важливої проблеми – вивченню впливу підвищеної тривожності та страху в дітей молодшого віку до стоматологічного обстеження та лікування. Актуальність роботи зумовлена тим, що, незважаючи на науково-технологічні досягнення, використання найсучаснішої стоматологічної апаратури, суттєвою проблемою дитячої стоматології залишається висока поширеність карієсу зубів у 3–6-річних дітей України, яка становить понад 90%. Проведення стоматологічних маніпуляцій під час лікування карієсу зубів у дітей супроводжується больовими відчуттями, що викликає психоемоційне напруження та є стресовою ситуацією, яка супроводжується відчуттям тривожності, страху та є основним фактором розвитку негативного ставлення дитини до відвідування й лікування в стоматолога. Незаперечним є факт, що в комплекс багатограних відносин лікаря і маленького пацієнта входять психологічні та морально-етичні проблеми. Метою дослідження було оцінення ефективності когнітивно-поведінкової ігрової терапії та дистракції в дітей молодшого віку для їх поетапної підготовки до стоматологічного лікування. Емпірична частина дослідження включала стоматологічне обстеження та лікування 57 дітей віком 3–6 років і дозволила виявити, що найбільш значимими предикторами підвищеної тривожності та стоматологічного страху є негативний перший досвід відвідування стоматолога та больові відчуття в ураженому карієсом зубі. Під час первинного огляду проведено психологічну підготовку із застосуванням дистракції з використанням когнітивно-поведінкової ігрової терапії. Основним змістом гри є виконання дитиною ролі лікаря, що не тільки відтворює роботу стоматолога, але й демонструє прояв доброзичливих відносин між пацієнтом і лікарем. Результати аналізу психологічної готовності дітей до співпраці зі стоматологом показують, що ігрова форма психотерапії адаптує дитину до стоматологічного огляду та лікування, встановлює взаєморозуміння й викликає довіру до лікаря та дозволяє проводити стоматологічне лікування, залишаючи приємні спогади і сприяючи створенню позитивного образу стоматолога.*

**Ключові слова:** діти молодшого віку, дитяча стоматологія, взаємовідносини між пацієнтом і лікарем, довіра, стоматологічний страх, тривожність, психотерапія, дистракція, ігрова терапія.

### **Gevkaliuk N. O., Yavorska O. V. Psychological approaches to cognitive-behavioral play therapy and distraction as means to reduce anxiety and stress in pediatric dentistry**

*This article examines a critical issue in pediatric dentistry – addressing elevated anxiety and fear in young children regarding dental examination and treatment. The study's relevance stems from the fact that despite technological advances and state-of-the-art dental equipment, pediatric dentistry continues to face a significant challenge: the high prevalence of dental caries in 3-6-year-old Ukrainian children, exceeding 90%. Dental procedures for caries treatment in children involve painful sensations that trigger psycho-emotional stress and create anxiety-inducing situations accompanied by fear, representing the primary factor in developing negative attitudes toward dental visits and treatment. The patient-dentist relationship in pediatric*

*practice inevitably encompasses complex psychological and ethical dimensions. This study aimed to evaluate the effectiveness of cognitive-behavioral play therapy and distraction techniques in young children for their gradual preparation for dental treatment. The empirical component examined 57 children aged 3–6 years and identified the most significant predictors of heightened anxiety and dental fear: negative initial dental experiences and pain from carious lesions. Initial consultations incorporated psychological preparation using distraction methods combined with cognitive-behavioral play therapy. The therapeutic approach centers on role-reversal, with the child assuming the dentist's role, which not only simulates clinical procedures but also models positive patient-provider interactions. Analysis of children's psychological readiness for clinical cooperation demonstrates that play-based psychotherapy facilitates pediatric adaptation to dental examination and treatment, establishes rapport, builds trust in the practitioner, and enables successful treatment outcomes while creating positive associations and fostering a favorable perception of dental care.*

**Keywords:** young children, pediatric dentistry, patient-physician relationship, trust, dental fear, anxiety, psychotherapy, distraction, play therapy.

**Вступ.** Натепер відомо, що на стан здоров'я дитини та на динаміку адаптаційних процесів впливають медико-соціальні та медико-психологічні фактори [24]. Вплив цих факторів призвів до значного збільшення поширеності карієсу зубів у дітей України, яка, за даними Л.О. Хоменко (2005), становить 96,7% за інтенсивності 5,13 зуба [10]. Особливе занепокоєння викликає той факт, що множинний карієс зубів усе частіше уражає дітей на другому році життя, поширеність його, згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, становить близько 15% незалежно від рівня економічного розвитку країни. Так, у США, за даними Американської академії дитячої стоматології, частота карієсу зубів у дітей віком 1–2 роки становить 5%, у 2–3-річних дітей – 56% [11]. Суттєвою проблемою дитячої стоматології залишається й те, що показник ураженості карієсом збільшується з віком, досягаючи поширеності понад 90% серед 3–6-річних дітей України [7]. Оскільки спостерігається тенденція збільшення поширеності карієсу зубів у дітей в масштабах країни, то на державному рівні розв'язати ситуацію може комплексна програма профілактики за участю стоматологів і фахівців суміжних спеціальностей та зацікавленої громадськості.

Нині, незважаючи на фундаментальні наукові розробки, сучасні досягнення в галузі стоматології та її можливості, проблема карієсу зубів у дітей усе ще залишається актуальною та має велике медико-соціальне та медико-психологічне значення. Жодні науково-технологічні та методологічні досягнення, найсучасніша, високоточна апаратура не можуть замінити гуманне, відповідальне,

високоетичне ставлення в спілкуванні лікаря та пацієнта. Є незаперечним той факт, що в комплекс багатограних відносин лікаря та пацієнта входять психологічні та морально-етичні проблеми.

Фактор психосоціального благополуччя визначає якість життя, пов'язану зі здоров'ям порожнини рота пацієнтів. Показник якості життя стоматологічних пацієнтів зазвичай базується на 4 вимірах, як-от: функція порожнини рота, біль в орофациальній ділянці, зовнішній вигляд порожнини рота та психосоціальний вплив. Профіль впливу на здоров'я порожнини рота найбільше використовується як інструмент оцінювання стану порожнини рота для дорослих, проте він також використовується поза прямими показаннями для дітей [26].

Вивчення зв'язку соціально-економічних і психосоціальних змінних на здоров'я порожнини рота продемонструвало, що змінні психосоціальних характеристик мали важливі незалежні зв'язки зі здоров'ям порожнини рота [14]. Дослідження психосоціального впливу разом із такими вимірами, як функція порожнини рота, біль в орофациальній ділянці, показали, що стоматологічна тривога демонструє найсильніший вплив на вимір психосоціального впливу [30]. Y. Song зі співавторами [29] було запропоновано концептуальну модель, яка висуває гіпотезу про взаємозв'язки між психосоціальними факторами, змінними взаємин між стоматологом і пацієнтом та якістю життя, пов'язаною зі здоров'ям порожнини рота. Авторами було встановлено, що психосоціальні фактори та змінні взаємин між стоматологом і пацієнтом були пов'язані з впливом

на здоров'я порожнини рота як прямим, так і непрямим шляхами, та якістю життя стоматологічних пацієнтів.

Кожна людина в повсякденному житті тією чи іншою мірою відчуває стан стресу як природну реакцію на загрози чи щось невідоме. Стресовим фактором для дітей та їхніх батьків може бути візит до стоматолога через тривожність і страх – дентофобію перед нерозумінням процесу, боязню болісних процедур, можливого дискомфорту або попереднього негативного досвіду. Особливо чутливі до стресу діти раннього віку, в яких яскраво виражене емоційне сприйняття поведінки дорослих, що прямим чином впливає на поведінку дитини на стоматологічному прийомі. Дентофобія, зумовлена болючістю лікування, часто зберігається в людини протягом усього життя, тому, згідно з даними ВООЗ, близько 75% населення Землі боїться лікування в стоматолога [4]. Страх перед стоматологічними процедурами є настільки стійким, що навіть дає підстави говорити про його спадковість – до 30% дітей відчувають страх уже під час першого відвідування стоматолога. Зважаючи, що діти раннього віку перебувають в емоційній залежності від батьків, а їх емоційно-афектна сфера тільки формується, під час роботи з дітьми дитячому стоматологу слід проводити психоемоційну корекцію батьків і поступово, крок за кроком прививати дитині позитивне відношення до стоматології.

Ресурсом, орієнтованим на пацієнта під час медичних візитів, може бути теорія філософської концепції комунікативної дії Юргена Габермаса, спрямована на інтегративне розуміння, за якого люди через комунікацію, діалог координують свої дії, досягаючи консенсусу [32]. У будь-якій клінічній зустрічі для досягнення бажаного результату між лікарем і пацієнтом необхідні ефективні стосунки, які відіграють центральну роль у результатах лікування пацієнта [27].

Ключовим елементом у стоматологічній клінічній практиці вважаються взаємовідносини між лікарем-стоматологом і пацієнтом, основні детермінанти якого включають «комунікацію», «довіру» та «страх/тривогу перед стоматологом» [15]. Негативні фактори, пов'язані зі станом стоматологічного здоров'я,

стресом і низькою самооцінкою здоров'я, знижують довіру до лікарів і негативне їх сприйняття [22]. Для правильної мотивації дітей щодо догляду за порожниною рота та відвідуванням стоматолога батьки не повинні підривати авторитет і довіру до лікарів, неусвідомлено використовуючи їх образ для покарання чи залякування. Аби сформувати правильний образ лікаря-стоматолога, сприяти налагодженню довірливих стосунків і уникнути стресової ситуації та психоемоційного напруження в дитини, слід звертатись з метою профілактичного огляду в ранньому дитячому віці (1,5–2 роки), не затягуючи перший візит до стоматолога до моменту «гострого болю» зубів і пов'язаних із цим неприємних лікувальних процедур. Проведення стоматологічного лікування маленьким пацієнтам може створювати труднощі за певних обставин, особливо коли діти відчувають тривогу щодо стоматологічних процедур [20].

Опитування стоматологів, які надають медичну допомогу Medicaid у Нью-Йорку, під назвою «Наскільки стоматологи готові лікувати маленьких дітей?», проведене в 2010 році, визначило перешкоди для надання стоматологічної допомоги дітям раннього віку. Так, 53% респондентів-стоматологів не брали на лікування дітей такого віку у своїй практиці, можливо, через додаткові труднощі, пов'язані з прийомом маленьких пацієнтів і недостатньою інформованістю щодо психотерапевтичних методик подолання тривожності та стоматологічного страху [19].

Сучасні дослідження надають вичерпну інформацію про глобальну поширеність стоматологічного страху і тривоги та пов'язаних із ними факторів у ранньому дитинстві [31]. Діти, які не мають досвіду відвідування стоматолога або мають досвід відвідування з приводу лікування карієсу зубів, мають підвищений ризик стоматологічного страху та тривоги (dental fear and anxiety (DFA)). Непокоїть те, що приблизно третина дітей раннього віку в усьому світі стикається з DFA, тому клініцистам необхідно це враховувати у своєму підході для прийняття обґрунтованих рішень щодо надання стоматологічної допомоги дітям раннього віку. О.М. Felemban та співавтори [18] щодо лікування здорових,

готових до співпраці дітей віком 6–12 років, які потребували букальної інфільтраційної анестезії, показали, що незалежно від типу використаної distraкції молодші учасники дослідження мали вищі показники за шкалою оцінки болю Wong-Baker FACES під час введення місцевої анестезії.

Стоматологічна тривога та стоматологічна фобія може включати емоційні, поведінкові, фізіологічні та когнітивні компоненти, які можуть відрізнятися залежно від особистості, зазвичай виникаючи в дитинстві; при цьому уникнення стоматологічної допомоги може призвести до проблем зі здоров'ям ротової порожнини і зниженням якості життя [28]. Стоматологічна тривога та стоматологічний страх часто зустрічаються в дітей [25], і це потребує управління цими станами в усіх стоматологічних пацієнтів. Тривожність визначається як емоційна реакція на постійний стрес, пов'язаний зі стоматологічним лікуванням та процедурами [12], успішне управління якими досягне для клініцистів [28].

Натепер запропоновано численні підходи до зниження стоматологічної тривожності, зокрема використання аудіовізуальних засобів, активна відволікаюча увага (планшети, смартфони, окуляри віртуальної реальності), які демонструють ефективність у зниженні тривожності дітей [17]. Стоматологічна тривожність є однією з основних проблем, з якими стоматологи можуть зіткнутися під час лікування дітей, тому клініцисти схильні застосовувати різні методи управління поведінкою для зниження стоматологічної тривожності в маленьких пацієнтів.

**Метою дослідження** є оцінення ефективності когнітивно-поведінкової ігрової терапії та distraкції в тривожних дітей молодшого віку для їх поетапної підготовки до стоматологічного лікування.

**Методи та методики дослідження.** Для проведення дослідження було використано бібліосемантичний метод для з'ясування стану проблеми на основі вивчення джерел літератури та електронних ресурсів; емпіричний метод – на основі власного практичного досвіду; методи аналізу та узагальнення інформації. Було обстежено 57 дітей віком 3–6 років, які звертались у стоматологічне

відділення Університетської лікарні м. Тернополя з метою лікування карієсу зубів. Із числа обстежених 24,6% (n=14) дітей мали попередній досвід лікування в стоматолога. На проведення обстеження та лікування батьки дітей підписали інформовану згоду. Крім того, зважаючи на рекомендації Центру професійної етики Великої Британії та Ради міжнародних організацій медичних наук щодо біомедичних досліджень за участю людей, на додаток до згоди батьків погоджували з дітьми проведення обстеження та лікування відповідно до етичних та правових аспектів [13].

**Результати та дискусії.** Для того щоб забезпечити якісне стоматологічне лікування дитини та налагодити психологічний контакт із нею, спеціаліст повинен урахувати низку факторів: вікову групу, тип емоційного розвитку, рівень тривожності та темперамент маленького пацієнта [8]. Психоемоційний стрес – неприємні емоції, відчуття страху, психологічна травма – створює додаткові труднощі в стоматологічному лікуванні дітей. На успіх лікування може розраховувати той дитячий стоматолог, який знає та враховує індивідуальні та особистісні особливості дитини. Мистецтво спілкування, засноване на розумінні, довірі, співчутті, а також психологічний вплив лікаря-стоматолога на дитину – це фундамент дитячої стоматології, ключ до встановлення співпраці з маленьким пацієнтом і запорука успішного лікування.

У клінічній стоматологічній практиці лікування дітей – це не тільки дотримання комплексу певних алгоритмів лікування, але й вміння та навички спілкування дитячого стоматолога з маленьким пацієнтом, які приходять із набутим досвідом і знаннями вікової психології дитини. Це забезпечує максимально ефективно проведення лікувально-діагностичних стоматологічних маніпуляцій, які практично всі є досить болючими, а в дитячому віці внаслідок особливостей психофізіології поріг сприйняття болю значно нижчий, ніж у дорослих. Водночас болісне лікування в дитини є основним фактором розвитку негативного ставлення до відвідування стоматологічного кабінету та лікування в стоматолога. Такий візит для маленьких пацієнтів є стресовою ситуацією, що супроводжується

відчуттям тривожності, страху, зумовлених болючістю лікування, які досить часто зберігаються в людини протягом усього життя. Так, згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, близько 75% населення земної кулі бояться лікування в стоматолога [4]. Хоча взаємовідношення між генотипом і фенотипом є мінливими, за якими важко визначити роль і місце генотипу, оскільки безпосередньому спостереженню доступний лише фенотип, проте припускають, що страх перед лікуванням у стоматолога є стійким і дає підстави говорити про його спадковість: уже під час першого відвідування стоматолога до 30% дітей відчувають страх. Для того щоб цей страх із віком не перетворився на дентофобію, яка не дозволяє повноцінно стежити за здоров'ям порожнини рота та зубів, важливим є подолання страху та набуття позитивного досвіду відвідування стоматолога [9].

Аналіз літератури з психології, психофізіології, медицини свідчить про те, що єдиною парадигмою, яка дозволяє досліджувати індивідуальність, є проблема співвідношення біологічного та соціального в людині [5]. Для формування індивідуально-специфічних характеристик психіки дитини важливим є підхід саме з позиції «біологічне – соціальне». У цій формулі під біологічним мається на увазі найширший спектр характеристик різного рівня – спадкові конституціональні признаки, стан здоров'я, функціональні, морфологічні, біохімічні, фізіологічні особливості різних систем організму людини [23]. Однак не можна виключати й ролі середовищної мінливості у формуванні фенотипічної різноманітності психологічних і психофізіологічних особливостей дитини як проміжних між генетикою та психологією – психогенетикою. Саме психогенетика надає характеристики генетичного та середовищного різноманіття як детермінант різних фенотипічних характеристик, оскільки будь-який признак є результатом складної взаємодії генотипу та середовища [21].

Концептуальна основа сучасної дитячої, педагогічної, медичної та соціальної психології спирається на накопичений та осмислений досвід формування функціональних органів індивідуума, що базується на зближенні фізіології активності та психологіч-

ної теорії діяльності [6]. У дітей, особливо в ранньому віці, яскраво виражене емоційне сприйняття поведінки дорослих, що прямим чином впливає на поведінку дитини на стоматологічному прийомі. Зважаючи, що діти раннього віку перебувають в емоційній залежності від батьків, а їх емоційно-афектна сфера тільки формується та залежить від рівня нейротизму навколишнього середовища, під час роботи з маленькими пацієнтами дитячому стоматологу слід проводити психоемоційну корекцію як дітей, так і батьків. Тривожність дітей молодшого віку має комплексний характер і формується під впливом сімейних і індивідуально-психологічних факторів, будучи індикатором емоційного неблагополуччя [1]. Дитина відчуває свою залежність від батьків і безпосередньо людей з її оточення, що визначає особисті відносини з ними, від чого залежать не тільки успіхи чи невдачі дитини, але й сила мотиву.

Нині вивчається проблема мотивів і потреб як центральна для розвитку мотиваційно-потребової сфери дитини та розуміння значення ролевої гри. Переважання базової довіри над недовірою є першим кроком у психосоціальної адаптації. Якщо говорити біологічною термінологією, то середовище має зворотну дію на організм дитини – «акомодацію», яка змінює асимілятивний цикл. У психології виявляється процес, за якого вплив на психіку дитини не завжди завершується пасивним підпорядкуванням, а являє собою модифікацію дії, тому адаптація визначається як рівновага між асиміляцією та акомодацією [16].

Психологічний розвиток дитини передбачає взаємодію між внутрішніми факторами, які створюють певну послідовність фаз розвитку, та зовнішніми факторами. Проблема стоматологічних захворювань та їх лікування тісно пов'язана з функціональною діяльністю регуляторно-адаптаційних систем організму, зокрема ендокринної. У диференціації структур майбутніх органів і тканин організму вирішальну роль стимуляторів і регуляторів відіграє секреція ендокринними залозами гормонів, які, володіючи строгою специфічністю, послідовністю та взаємодією між собою, контролюють розвиток тканин. Крім своєї морфогенної ролі, гормони мають вибір-

ковий вплив на фізіологічні та психічні функції, впливаючи на сомато-психічні кореляції. З активацією симпатичної системи та реакцією пацієнта пов'язані страх і тривога, які пацієнт сприймає як сигнал загрози та небезпеки через незвичне оточення в стоматологічних кабінетах, потенційно болючі або інвазивні процедури та попередній негативний досвід. Психосоматичний характер, зосереджений на небезпечному подразнику, має також біль, що модифікує стан дискомфорту [28].

Необхідною умовою та способом формування психіки дитини є різні типи діяльності. Афективно-мотиваційна та операційно-технічна сторони діяльності в поєднанні представлені у формі гри як дії з реалізації відповідних ситуацій та прояву високого рівня розвитку уяви чи фантазії. Між роллю та характером відповідних їй дій дитини наявний тісний функціональний взаємозв'язок і суперечлива єдність: чим більш узагальнена ігрова дія, тим глибше в грі відображено сенс, завдання та система відносин відтвореної діяльності дорослих. У більш розгорнутих ігрових діях чіткіше виступає її конкретно-предметний зміст. З огляду на поведінку дітей, які виконують свою роль у грі, можна оцінити ретельність і педантичність до виконання тих дій, що втілюють взяті на себе роль. До гри як специфічного виду діяльності дитина найчастіше відноситься з великою старанністю.

На різних етапах розвитку дитини гра має певний характер і проходить ряд послідовних періодів – від ігор функціональних, ігор з уявними об'єктами, пізнавальних до творчих. Важливу роль у творчих іграх відіграють уява та можливості пізнання. Такі конструктивні ігри не тільки приносять задоволення дитині, але й сприяють поступовому функціональному розвитку. У грі розкриваються в усіх їх можливостях психічні функції дитини, включаючись у вищі форми діяльності. Завдання в грі дитина виконує з наполегливістю, натхненням, захопленням і з тріумфом дорожить тим, що нею зроблено. Дитина дуже чутлива до оцінки своєї поведінки дорослими, відчуваючи емоційне задоволення в спогляданні корисності від своєї роботи, яка подобається дорослим.

Сюжети гри можуть бути надзвичайно різноманітні та відображати конкретні умови життя дитини. Зміст гри, який відтворюється дитиною як центральний характерний момент діяльності та відносин між дорослими в їхньому трудовому та суспільному житті, виражає відносини співпраці, взаємної допомоги, турботи та уваги людей один до одного. Особлива чутливість гри до сфери діяльності людей і відносин між ними свідчить про те, що гра не лише черпає свої сюжети з умов життя дітей, але й вона соціальна за своїм внутрішнім змістом.

У клінічній практиці дитячої стоматології використовуються різні форми психотерапії, що працюють на основі інтерпретативно-підтримувального континууму (від лат. *continuum* – безперервний). У стоматології використовуються різні методи дистракції, які показали чудові результати в лікуванні тривожних дітей молодшого шкільного віку. Для розв'язання проблеми подолання тривожності та успішної адаптації до стресу в дітей молодшого віку із широкого спектра когнітивно-поведінкової терапії з метою дистракції – відволікання уваги від тривожних думок і можливого болю під час лікування зубів, а також зниження емоційної напруги за стоматологічного обстеження – застосовували психотерапевтичний підхід, а саме когнітивно-поведінкову ігрову терапію.

Оскільки перший стоматологічний досвід завжди має вирішальне значення для формування ставлення дитини до відвідування стоматолога та стоматологічного лікування, нами було використано методи коректного управління поведінкою дитини, уникаючи будь-якого психічного травмування. Було виявлено, що найбільш значимими предикторами підвищеної тривожності та стоматологічного страху в обстежених дітей є негативний перший досвід відвідування стоматолога (24,6%, n=14) та больові відчуття в ураженому карієсом зубі (36,8%, n=21).

Перед лікарським втручанням у маленького пацієнта передусім відбуваються такі зміни:

– психоемоційне напруження, яке є основною причиною зниження порогу відчуття болю;

– підвищення захисної реакції організму на тактильне та больове подразнення;

– можливість розвитку неадекватної реакції на лікарське втручання.

Під час психологічної підготовки дитини намагались заприятелювати з нею, без приховування розповісти причину відвідування стоматолога, щоб дитина не була неприємно вражена, оскільки діти погано реагують на неочікувану ситуацію. У своєму спілкуванні ми не замовчували про можливі неприємні відчуття під час проведення медичних маніпуляцій та не вдавались до запевнень, що «лікар тільки подивиться», або «нічого робити не будемо», які могли би завдати дитині неприємних відчуттів і підірвати довіру до лікаря [2].

Під час лікування боязких дітей насамперед проводили психокорекційні заходи (бесіду, психологічну підтримку), уникаючи будь-якого психічного травмування, максимально обмежували відчуття страху. У збиранні анамнезу захворювання не було акцентовано увагу на болі, а обстеження було якомога коротшим і безболісним, оскільки реакція дитини часто може бути неадекватною через підвищену лабільність дитячої психіки, вразливість, замкнутість тощо [3]. Як показує досвід дитячих стоматологів, традиційні для

дорослих пацієнтів діагностичні прийоми, які супроводжуються болючістю, у дитячій стоматологічній практиці є неприйнятними та неприпустимими.

У дитини молодшого віку для розвитку її особистості вкрай необхідною є прихильність до дорослої людини як авторитетного образу, поведінка якого служить прикладом. Таким прикладом можуть служити не тільки батьки, але й дорослі з оточення, тому для створення приємного образу стоматолога розповідали дитині, що стоматологи – це чарівники, які вміють робити зуби красивими, білими та здоровими.

Оскільки дитина дошкільного віку має потребу в соціальному функціюванні, вираженні впевненості у своїх здібностях, прагненні зайняти значиму соціальну позицію, ми надавали їй можливість виконати нову форму самостійної діяльності у вигляді когнітивно-поведінкової гри. Під час первинного обстеження дитини на стоматологічному прийомі пропонуємо дітям гру в «стоматолога», яка з використанням набору юного дантиста на прикладі обстеження «пацієнта» – ляльки чи іграшкового ведмедика – має на меті показати різноманіття дій лікаря-стоматолога, уточнити та закріпити в дітей правила поведінки



Рис. 1. Проведення когнітивно-поведінкової гри в «стоматолога»



Рис. 2. Дитина в ролі лікаря-стоматолога відтворює та моделює його дії

на стоматологічному прийомі, продемонструвати ввічливе та співчутливе відношення до маленького пацієнта (рис. 1, 2).

У своїй практичній діяльності використовували гру як особливу форму освоєння реальної соціальної діяльності шляхом її відтворення, коли дитина бере на себе роль лікаря-стоматолога та моделює його дії. Ролева гра, основним змістом якої є виконання дитиною ролі лікаря, стає не тільки відтворенням роботи стоматолога, але і проявом доброзичливих відносин між маленьким пацієнтом і лікарем.

Результати аналізу психологічної готовності дітей до співпраці зі стоматологом показують, що ігрова форма психотерапії під час першого відвідування стоматологічного кабінету маленьким пацієнтом дозволяла встановлювати взаєморозуміння та довіру до лікаря, що дозволяло без перешкод проводити стоматологічне лікування. Проведення психотерапії під час першого візиту дитини до стоматолога адаптує дитину до стоматологічного огляду та лікування, викликає довіру, залишає приємні спогади та сприяє створенню позитивного образу лікаря-стоматолога.

Саме від особистості лікаря та його сприятливої комунікації, доброзичливої психоемоційної атмосфери, гуманності, милосердя, доброти, толерантності, терпіння й поваги до маленького пацієнта створюється сприятливе середовище для лікування та реалізуються принцип співробітництва з дитиною. Від цих факторів залежить не тільки фізичне, але й емоційне та духовне здоров'я дітей, сприяючи приємному мікроклімату для проведення стоматологічного обстеження та лікування.

Проведення попередньої психологічної підготовки дітей молодшого віку методом дистракції з допомогою ігрової терапії дозволило нам успішно провести стоматологічне обстеження та лікування. Наш практичний

досвід ведення та стоматологічного лікування дітей, які не співпрацюють, мають тривогу і страх болю, узгоджуються з повідомленням М. Dahlan та співавторів [17] про те, що це є складним завданням як для медичних працівників, так і для батьків і самих дітей. Для управління поведінкою, дистресом, тривогою та зубним болем необхідно використовувати психосоматичні втручання, які допоможуть в їх подоланні.

Таким чином, основне завдання дитячого стоматолога, зокрема під час першого візиту – поступово, крок за кроком прививати дитині позитивне відношення до проведення необхідних стоматологічних маніпуляцій. Виявлення та ефективна психотерапевтична корекція тривожності в дітей молодшого віку та управління їх поведінкою є найважливішим фактором для успішного стоматологічного лікування тривожних дітей.

**Висновки.** На основі наукового підходу – бібліосемантичного методу дослідження проаналізовано стан проблеми тривожності та дистресу й управління ними різними методами психотерапії. Узагальнено емпіричні дані щодо позитивного впливу психологічної підготовки маленького пацієнта до стоматологічного лікування, успішного управління стоматологічною тривогою, емоційною реакцією на стрес, пов'язаних зі стоматологічним втручанням у дітей молодшого віку, які можна досягти потужним мотиватором – гарною комунікацією, активною дистракцією, застосуванням емоційних, поведінкових і когнітивних компонентів ігрової терапії, що забезпечить поетапний підхід до стоматологічного лікування.

**Перспективи подальших досліджень** убачаються у використанні нового підходу до управління поведінкою дітей молодшого віку на стоматологічному прийомі – психотерапевтичного методу анімалотерапії.

#### Список використаних джерел

1. Гавриш Н.В. Дитина в дошкільні роки: психологічні особливості розвитку. Київ : Освіта, 2011. 192 с.
2. Деонтологічні аспекти професійного спілкування дитячого стоматолога. *Мат. доп. Всеукр. наук.-практ. конф / Н.О. Гевкалюк та ін. «Мовна комунікація: наука, культура, медицина», Тернопіль, 9–10 жовтня 2012.* ТДМУ : «Укрмедкнига», 2012. С. 146–147.
3. Гевкалюк Н.О. Комунікативна компетентність як складова професійної підготовки майбутніх лікарів-стоматологів. *Мат. Всеукр. науково-практ. конф. «Лінгводидактика в контексті особистісної парадигми», 3–4 червня 2021 року.* ТНМУ : «Укрмедкнига», 2021. С. 34–36.

4. Психологічна і медикаментозна підготовка пацієнтів у стоматологічній практиці / Р.А. Гумецький та ін. Львів : Вид. дім «Наутилус», 2000. 233 с.
5. Дудник О.А. Стресові чинники як предиктори тривожності в дітей дошкільного віку. *Вісник Міжнародного економіко-гуманітарного університету імені Академіка Степана Дем'янчука. Серія: Педагогіка та психологія*. 2025. № 3. С. 81–87. DOI: <https://doi.org/10.32782/3041-2021/2025-3-11>.
6. Єресько Г.М. Психологічні аспекти тривожності у дітей дошкільного віку. *Наук. записки Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України*. 2009. Т. 31. Ч. 2. С. 45–52.
7. Показники карієсу зубів у дітей в перший період змінного прикусу / Л.Ф. Каськова та ін. *Клінічна стоматологія*. 2018. № 2 (23). С. 70–75. DOI: <https://doi.org/10.11603/2311-9624.2018.2.8814>.
8. Купчишина В.Ч. Теоретичні аспекти дослідження емоційного інтелекту в дітей дошкільного віку. *Габітус*. 2024. Вип. 60. С. 69–75.
9. Рекова Л.П. Профілактика та передопераційна корекція стресових реакцій у хворих з одонтогенними запальними процесами на амбулаторному прийомі : дис. ... к. мед. наук : 14.01.22 «Стоматологія». Київ, 2010. 183 с.
10. Хоменко Л.О., Біденко Н.В. Ранній карієс тимчасових зубів: перспективи вирішення проблеми. *Клінічна стоматологія*. 2011. № 1–2. С. 64–69.
11. American Academy of Pediatric Dentistry. Pediatric restorative dentistry. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Illinois: American Academy of Pediatric Dentistry. 2024. P. 452–465.
12. Armfield J.M., Heaton L.J. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. *Aust Dent J*. 2013. No 58(4). P. 390–407. DOI: <https://doi.org/10.1111/adj.12118>.
13. Baines P. Assent for children's participation in research is incoherent and wrong. *Arch Dis Child*. 2011 No 96(10). P. 960–962. DOI: <https://doi.org/10.1136/adc.2011.211342>.
14. Brennan D.S., Spencer A.J., Roberts-Thomson K.F. Socioeconomic and psychosocial associations with oral health impact and general health. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2019. No 47(1). P. 32–39. DOI: <https://doi.org/10.1111/cdoe.12419>.
15. Choi H., Kim R.J., Park S.Y., Lee J., Song Y. Determinants of Dentist-Patient Relationships: A Scoping Review. *Int Dent J*. 2024. No 74(5). P. 1078–1088. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.identj.2024.02.015>.
16. Compas B.E. Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review. *Psychol Bull*. 2017. No 143(9). P. 939–991.
17. Dahlan M., Alsaywed R., Alamoudi R., Batarfi A. Assessment of Different Distraction Behavioral Methods in Pediatric Dental Clinic: A Systematic Review. *Cureus*. 2023. No 15(7). P. 42366. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.42366>.
18. Felemban O. M., Alshamrani R. M., Aljeddawi D. H., Bagher S. M. Effect of virtual reality distraction on pain and anxiety during infiltration anesthesia in pediatric patients: a randomized clinical trial. *BMC Oral Health*. 2021. No 21(1). P. 321. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01678-x>.
19. Garg S., Rubin T., Jasek J., Weinstein J., Helburn L., Kaye K. How willing are dentists to treat young children?: a survey of dentists affiliated with Medicaid managed care in New York City, 2010. *J Am Dent Assoc*. 2013. No 144(4). P. 416–425. DOI: <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2013.0135>.
20. Gisour E.F., Beigi M., Jahanimoghadam F., Nekouei A. H. Determinants of pediatric dental anxiety after comprehensive dental treatments under general anesthesia. *Sci Rep*. 2025. No 15(1). P. 10006. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-025-94979-y>.
21. Guessous I., Mooser V., Fellay J., Bochud M., Simeoni U. Médecine génomique : les enjeux de l'information en pratique clinique [Genomic medicine : the challenges of information in clinical practice]. *Rev Med Suisse*. 2016. No 12(537). P. 1838–1844. French.
22. Kim A. M., Bae J., Kang S., Kim Y. Y., Lee J. S. Patient factors that affect trust in physicians: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. 2018 No 19(1). P. 187. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0875-6>.
23. Korf B. R. Genomic medicine: educational challenges. *Mol Genet Genomic Med*. 2013 No 1(3). P. 119–122. DOI: <https://doi.org/10.1002/mgg3.38>.
24. Leichsenring F., Luyten P., Hilsenroth M. J., Abbas A., Barber J. P. Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: a systematic review using updated criteria. *Lancet Psychiatry*. 2015. No 7. P. 648–660. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00155-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00155-8).
25. Lin C. S., Wu S. Y., Yi C. A. Association between Anxiety and Pain in Dental Treatment: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Dent Res*. 2017. No 96(2). P. 153–162. DOI: <https://doi.org/10.1177/0022034516678168>.
26. Omara M., Stamm T., Bekes K. Four-dimensional oral health-related quality of life impact in children: A systematic review. *J Oral Rehabil*. 2021. No 48(3). P. 293–304. DOI: <https://doi.org/10.1111/joor.13066>.

27. Razzaghi M. R., Afshar L. A conceptual model of physician-patient relationships: a qualitative study. *J Med Ethics Hist Med*. 2016. No 9. P. 14.
28. Seligman L. D., Hovey J. D., Chacon K., Ollendick T. H. Dental anxiety: An understudied problem in youth. *Clin Psychol Rev*. 2017. No 55. P. 25–40. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.004>.
29. Song Y., Luzzi L., Brennan D. Psychosocial factors, dentist-patient relationships, and oral health-related quality of life: a structural equation modelling. *Health Qual Life Outcomes*. 2023. No 21(1). P. 130. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-023-02214-x>.
30. Su N., van Wijk A., Visscher C. M. Psychosocial oral health-related quality of life impact: A systematic review. *J Oral Rehabil*. 2021. No 48(3). P. 282–292. DOI: <https://doi.org/10.1111/joor.13064>.
31. Sun I. G., Chu C. H., Lo E. C. M., Duangthip D. Global prevalence of early childhood dental fear and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *J Dent*. 2024. No 142. P. 104841. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2024.104841>.
32. Walseth L. T., Schei E. Effecting change through dialogue: Habermas' theory of communicative action as a tool in medical lifestyle interventions. *Med Health Care Philos*. 2011. No 14(1). P. 81–90. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11019-010-9260-5>.

## References

1. Havrysh, N. V. (2011). *Dytyna v doshkilni roky: Psykholohichni osoblyvosti rozvytku* [The child in preschool years: Psychological features of development]. Kyiv: Osvita – Kyiv: Education. 192 s. [in Ukrainian].
2. Gevkaliuk, N. O., Lebid O. I., Duda K. M., & Vydroynik O. Ya. (2012). Deontolohichni aspekty profesiynoho spilkuvannya dytyachoho stomatoloha. *Mat. dop. Vseukr. nauk.-prakt. konf. "Movna komunikatsiya: nauka, kultura, medytsyna"* [Deontological aspects of professional communication of a child dentist]. Ternopil, TDMU: "Ukrmedknyha" – Ternopil, TNMU: "Ukrmedknyha", 2012. S.146–147. [in Ukrainian].
3. Gevkaliuk, N. O. (2021). Komunikatyvna kompetentnist yak skladova profesiynoyi pidhotovky maybutnikh likariv-stomatolohiv. [Communicative competence as a component of professional training of future dentists]. *Mat. Vseukr. nauko-prakt. konf. "Linhvodydaktyka v konteksti osobystisnoyi paradyhmy"*. Ternopil, TNMU: "Ukrmedknyha" – Ternopil, TNMU: "Ukrmedknyha", 2021. S. 34–36. [in Ukrainian].
4. Humetskyi, R. A., Zavadka, O. Ye., Rozhko, M. M., & Sichkoriz, L. M. (2000). Psykholohichna i medykamentozna pidhotovka patsiyentiv u stomatolohichniy praktytsi [Psychological and medical preparation of patients in dental practice]. *Lviv: Vyd. dim "Nautilus" – Lviv: Publ. House "Nautilus"*, 2000. 233 s. [in Ukrainian].
5. Dudnyk, O. A. (2025). Stresovi chynnyky yak predyktory tryvozhnosti v ditey doshkilnoho viku [Stress factors as predictors of anxiety in preschool children]. *Visnyk Mizhnarodnoho ekonomiko-humanitarnoho universytetu imeni Akademika Stepana Demyanchuka. Seriya: Pedagogika ta psykholohiya – Bulletin of the Academician Stepan Demyanchuk International University of Economics and Humanities. Series: Pedagogy and Psychology*, 3, 81–87. [in Ukrainian].
6. Ieresko, H. M. (2009). Psykholohichni aspekty tryvozhnosti u ditei doshkilnoho viku [Psychological aspects of anxiety in preschool children]. *Naukovi zapysky Instytutu psykholohii im. H. S. Kostyuka NAPN Ukrainy – Scientific notes of the Institute of Psychology named after G. S. Kostyuk of the National Academy of Sciences of Ukraine*, 31 (2), 45–52. [in Ukrainian].
7. Kaskova, L. F., Mandzyuk, T. B., Novikova, S. Ch., Khmil, O. V., & Soloshenko, Yu. I. (2018). Pokazyky kariyesu zubiv u ditey v pershyy period zminnoho prykusy [Dental caries rates in children in the first period of alternating occlusion]. *Klinichna stomatolohiya – Clinical dentistry*, 2 (23), 70–75. [in Ukrainian].
8. Kupchyshyna, V. Ch. (2024). Teoretychni aspekty doslidzhennia emotsiinoho intelektu v ditei doshkilnoho viku [Theoretical aspects of researching emotional intelligence in preschool children]. *Habitus – Habitus*, 60, 69–75. [in Ukrainian].
9. Reкова, L. P. (2010). Profilaktyka ta peredoperatsiyna korektsiya stresovykh reaktsiy u khvorykh z odontohennymy zapalnymy protsesamy na ambulatornomu pryvomi [Prevention and preoperative correction of stress reactions in patients with odontogenic inflammatory processes on an outpatient basis]. *Dys. ... k. med. nauk*, 14.01.22 – Stomatolohiya, 2010. Kyiv. 183 s. [in Ukrainian].
10. Khomenko, L. O., & Bidenko, N. V. (2011). Ranniy kariyes tymchasovykh zubiv: perspektyvy vyryshennya problemy [Early caries of primary teeth: prospects for solving the problem]. *Klinichna stomatolohiya – Clinical dentistry*, 1–2, 64–69. [in Ukrainian].
11. American Academy of Pediatric Dentistry. *Pediatric restorative dentistry. The Reference Manual of Pediatric Dentistry* (2024). Chicago, Illinois: American Academy of Pediatric Dentistry, 452–465.

12. Armfield, J. M., & Heaton, L. J. (2013). Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. *Aust Dent J.*, 58(4), 390–407. <https://doi.org/10.1111/adj.12118>.
13. Baines, P. (2011). Assent for children's participation in research is incoherent and wrong. *Arch Dis Child.*, 96(10), 960–962. <https://doi.org/10.1136/adc.2011.211342>.
14. Brennan, D. S., Spencer, A. J., & Roberts-Thomson, K. F. (2019). Socioeconomic and psychosocial associations with oral health impact and general health. *Community Dent Oral Epidemiol.*, 47(1), 32–39. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12419>.
15. Choi, H., Kim, R. J., Park, S. Y., Lee, J., & Song, Y. (2024). Determinants of Dentist-Patient Relationships: A Scoping Review. *Int Dent J.* 74(5), 1078–1088. <https://doi.org/10.1016/j.identj.2024.02.015>.
16. Compas, B. E. (2017). Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review. *Psychol Bull.*, 143(9), 939–991.
17. Dahlan, M., Alsaywed, R., Alamoudi, R., & Batarfi, A. (2023). Assessment of Different Distraction Behavioral Methods in Pediatric Dental Clinic: A Systematic Review. *Cureus*, 15(7), 42366. <https://doi.org/10.7759/cureus.42366>.
18. Felemban, O. M., Alshamrani, R. M., Aljeddawi, D. H., & Bagher, S. M. (2021). Effect of virtual reality distraction on pain and anxiety during infiltration anesthesia in pediatric patients: a randomized clinical trial. *BMC Oral Health*, 21(1), 321. <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01678-x>.
19. Garg, S., Rubin, T., Jasek, J., Weinstein, J., Helburn, L., & Kaye, K. (2013). How willing are dentists to treat young children?: a survey of dentists affiliated with Medicaid managed care in New York City 2010. *J Am Dent Assoc.*, 144(4), 416–425. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2013.0135>.
20. Gisour, E. F., Beigi, M., Jahanimoghadam, F., & Nekouei, A. H. (2025). Determinants of pediatric dental anxiety after comprehensive dental treatments under general anesthesia. *Sci Rep.*, 15(1), 10006. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-94979-y>.
21. Guessous, I., Mooser, V., Fellay, J., Bochud, M., & Simeoni, U. (2016). Genomic medicine: the challenges of information in clinical practice. *Rev Med Suisse.*, 12(537), 1838–1844.
22. Kim, A. M., Bae, J., Kang, S., Kim, Y. Y., & Lee, J. S. (2018). Patient factors that affect trust in physicians: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract.*, 19(1), 187. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0875-6>.
23. Korf, B. R. (2013). Genomic medicine: educational challenges. *Mol Genet Genomic Med.*, 1(3), 119–122. <https://doi.org/10.1002/mgg3.38>.
24. Leichsenring, F., Luyten, P., Hilsenroth, M. J., Abbas, A., & Barber, J. P. (2015). Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: a systematic review using updated criteria. *Lancet Psychiatry*, 7, 648–660. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00155-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00155-8).
25. Lin, C. S., Wu, S. Y., & Yi, C. A. (2017). Association between Anxiety and Pain in Dental Treatment: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Dent Res.*, 96(2), 153–162. <https://doi.org/10.1177/0022034516678168>.
26. Omara, M., Stamm, T., & Bekes, K. (2021). Four-dimensional oral health-related quality of life impact in children: A systematic review. *J Oral Rehabil.*, 48(3), 293–304. <https://doi.org/10.1111/joor.13066>.
27. Razzaghi, M. R., & Afshar, L. (2016). A conceptual model of physician-patient relationships: a qualitative study. *J Med Ethics Hist Med.*, 9, 14.
28. Seligman, L. D., Hovey, J. D., Chacon, K., & Ollendick, T. H. (2017). Dental anxiety: An understudied problem in youth. *Clin Psychol Rev.*, 55, 25–40. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.004>.
29. Song, Y., Luzzi, L., & Brennan, D. (2023). Psychosocial factors, dentist-patient relationships, and oral health-related quality of life: a structural equation modelling. *Health Qual Life Outcomes*, 21(1), 130. <https://doi.org/10.1186/s12955-023-02214-x>.
30. Su, N., van Wijk, A., & Visscher, C. M. (2021). Psychosocial oral health-related quality of life impact: A systematic review. *J Oral Rehabil.*, 48(3), 282–292. <https://doi.org/10.1111/joor.13064>.
31. Sun, I. G., Chu, C. H., Lo, E. C. M., & Duangthip, D. (2024). Global prevalence of early childhood dental fear and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *J Dent.*, 142, 104841. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2024.104841>.
32. Walseth, L. T., & Schei, E. (2011). Effecting change through dialogue: Habermas' theory of communicative action as a tool in medical lifestyle interventions. *Med Health Care Philos.*, 14(1), 81–90. <https://doi.org/10.1007/s11019-010-9260-5>.

Стаття надійшла до редакції 20.11.2025

Стаття прийнята 10.12.2025

Статтю опубліковано 23.12.2025