

A. С. Скрипник

ЗВ'ЯЗОК ОБ'ЄКТИВНО РЕЄСТРОВАНИХ ТА СУБ'ЄКТИВНО ІДЕНТИФІКОВАНИХ ПРОЯВІВ ТРИВОГИ ІЗ ОБСЕСІЯМИ ТА КОМПУЛЬСІЯМИ У ДІТЕЙ ІЗ ШИЗОФОРМНИМИ, НЕВРОТИЧНИМИ, ЕМОЦІЙНО-ПОВЕДІНКОВИМИ РОЗЛАДАМИ

A. S. Skrypnyk

THE RELATIONSHIP BETWEEN OBJECTIVELY REGISTERED AND SUBJECTIVELY IDENTIFIED MANIFESTATIONS OF ANXIETY WITH OBSESSIONS AND COMPULSIONS IN CHILDREN WITH SCHIZOFORM, NEUROTIC AND EMOTIONAL-BEHAVIORAL DISORDERS

Ключові слова: *обсесії, компульсії, психопатологія, невротичні розлади, дитяча психіатрія*

В цій науковій праці наведено аналіз особливостей об'єктивно проявлених та суб'єктивно ідентифікованих анкіозних проявів, а також їх кореляційних зв'язків із характеристиками обсесивних та компульсивних проявів у дітей із шизоформними, невротичними, емоційно-поведінковими розладами.

Анкіозні переживання вбудовані в структуру широкого кола психічних захворювань. Зокрема, обсесивно-компульсивний розлад та інші нозології, афілійовані з нав'язливістю, завжди супроводжуються тривогою різного ступеня вираженості, що спричиняє тяжкий дистрес хворих осіб та призводить до істотного зниження якості їхнього життя. У дітей та підлітків така ситуація посилюється тим, що інтроспективне сприйняття тривоги хворими цієї вікової категорії може суттєво відрізнятися від зовнішніх її проявів, які помітні батькам/опікунам та іншим особам їх соціального оточення, а також лікарям, що призводить до некоректної оцінки психічного стану таких хворих.

Мета дослідження — встановлення особливостей об'єктивно реєстрованих та суб'єктивно ідентифікованих анкіозних проявів, а також їх кореляційних зв'язків із характеристиками обсесивних та компульсивних проявів у дітей із шизоформними, невротичними, емоційно-поведінковими розладами.

Обстежено 100 дітей, яких було поділено на три групи відповідно до нозологічної належності. До групи 1 (Г1) увійшли 40 дітей із шизоформними розладами. Групу 2 (Г2) становили 30 дітей з наявними розладами невротичного спектра. До групи 3 (Г3) увійшли 30 дітей з емоційно-поведінковими розладами дитячого віку. Для визначення особливостей проявів тривоги застосовано шкалу тривоги Спілбергера — Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) та опитувальник «Рівень тривожності дитини» Лаврентьєвої та Тітаренко; рівень вираженості обсесій та компульсій визначали за дитячою шкалою обсесивно-компульсивних розладів Йеля — Брауна (Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale — CY-BOCS).

Ситуативна тривога виявилася найвищою в групі дітей із емоційно-поведінковими розладами; водночас рівень особистісної тривоги у них був визначений як найнижчий серед обстежених груп. У групі дітей із розладами шизоформного кола рівні вираженості особистісної та ситуативної тривоги не відрізнялися та відповідали середньому рівню. В групі дітей із розладами невротичного кола особистісна тривога превалювала над ситуативною та становила базис для розвитку обсесивно-компульсивного розладу; однак як ситуативна, так і особистісна тривога у дітей цієї групи відповідала високому рівню вираженості. Через здатність дітей із розладами невротичного спектра відстрочувати реалізацію компульсій до моменту, коли вони залишаться наодинці (з метою не засмучувати осіб найближчого оточення і не викликати їх занепокоєння), батьки оцінюють рівень тривоги власних дітей нижче, ніж родичі дітей з інших груп. Через неспроможність дітей із розладами шизоформного спектра до відстрочування реалізації компульсій (через їх подібність за механізмом виникнення до насильницьких дій, які майже неможливо контролювати) неадекватні дії дитини батьки помічають та пояснюють реалізацією високого рівня їх тривожності. Внаслідок фіксованості дітей із емоційно-поведінковими розладами на травматичних подіях і пов'язаних з ними афективно насичених нав'язливостях, діти із цієї групи не схильні приховувати їх через бажання отримати співчуття, розраду, а тому батьки останніх рівень тривожності дітей оцінюють як високий. Тяжкість обсесивно-компульсивної симптоматики в групах дітей із розладами шизоформного та невротичного кола виявилася однаково високою, тоді як у групі дітей із емоційно-поведінковими розладами обсесії та компульсії були істотно менш інтенсивними.

Key words: *obsessions, compulsions, psychopathology, neurotic disorders, child psychiatry*

This scientific work provides an analysis of the features of objective and subjective anxiety manifestations, as well as their correlations with the characteristics of obsessions and compulsions in children with schiziform, neurotic, and emotional-behavioral disorders.

Anxiety manifestations are installed into the structure of a wide range of mental illnesses. In particular, obsessive-compulsive disorder and other diseases affiliated with obsessions are always accompanied by varying degrees of anxiety, which cause severe distress to patients and lead to a significant decrease in their quality of life. In children and adolescents, this situation is aggravated by the fact that the introspective perception of anxiety by patients of this age category can be significantly different from its external manifestations, which are visible to parents/guardians and other persons of their social environment, as well as to doctors, which leads to an incorrect assessment of the mental state of such patients.

The aim of the study was to establish the features of objective and subjective anxiety manifestations, as well as their correlations with the characteristics of obsessions and compulsions in children with schiziform, neurotic, emotional-behavioral disorders.

100 children were investigated, and according to nosological affiliation divided into 3 groups. In group 1 (G1) there were 40 children with schiziform disorders. Group 2 (G2) consisted of 30 children with neurotic disorders. In group 1 (G1) there were 40 children with emotional and behavioral disorders. The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and Lavrentieva and Titarenko's "Child's Anxiety Level" questionnaire were used to determine the features of anxiety manifestations. The level of obsessions and compulsions was determined according to the Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale — (CY-BOCS).

State anxiety was highest in children with emotional and behavioral disorders; at the same time, their level of trait anxiety was determined to be the lowest among the examined groups. In children with schiziform disorders, the severity of trait and state anxiety did not differ and corresponded to the average level. In children with neurotic disorders, trait anxiety prevailed over state anxiety and formed the basis for the development of obsessive-compulsive disorder. Because of their ability to postpone the realization of compulsions until the moment when they are left alone, in order not to upset their parents, the latter rate their own children's anxiety level lower than parents of children from other groups. Children with disorders of the schiziform spectrum are incapable of delaying the realization of compulsions, because their mechanism of occurrence is similar to violent actions that are almost impossible to control; parents notice the child's inappropriate actions and explain them as the realization of a high level of anxiety. Children with emotional-behavioral disorders are fixed on traumatic events and related affectively intense obsessions, and do not hide them due to the desire to receive sympathy and comfort, therefore parents of children of this group also rated their level of anxiety as high. The severity of obsessive-compulsive symptoms in children with schiziform and neurotic disorders was equally high, while in children with emotional-behavioral disorders, obsessions and compulsions were significantly less intense.

Протягом останніх десятиліть відзначається стрімке збільшення поширеності анкіозної симптоматики як серед дорослого населення, так і особливо серед дітей та підлітків. Тривожний розлад є найбільш поширеним психічним розладом, а тривога — спостерігається найчастіше та є суб'єктивно найтяжчим для хворих психопатологічним проявом. Часто тривога виникає вперше ще у дитячому віці [1—4].

Анкіозні переживання «вбудовані» в структуру широкого кола психічних захворювань. Зокрема, обесивно-компульсивний розлад та інші нозології, поєднані з нав'язливостями, завжди супроводжуються тривогою різного ступеня вираженості, що спричиняє тяжкий дистрес у хворих осіб та призводить до істотного зниження якості їхнього життя [5; 6]. У дітей та підлітків така ситуація обтяжується тим, що інтроспективне сприйняття тривоги хворими цієї вікової категорії може суттєво відрізнятися від зовнішніх її проявів, які помітні батькам/опікунам та іншим особам їх соціального оточення, а також лікарям, що призводить до неправильної оцінки психічного стану таких хворих.

Оскільки розлади обесивного спектра є різномірними за нозологічною належністю, тривога, що їх супроводжує, має різні прояви та характеристики,

а тому потребує різних методів корекції, особливо у хворих дитячого та підліткового віку. Крім того, розуміння характерних особливостей анкіозної симптоматики при різних психічних захворюваннях, що супроводжуються нав'язливостями, суттєво полегшує процес їх диференціальної діагностики [7; 8].

Отже, визначення характеристик тривоги, що виникає в структурі розладів з обесивною симптоматикою у дітей та підлітків, та їх зв'язку із особливостями обесивних та компульсивних проявів збільшуватимуть ефективність психіатричної та психотерапевтичної допомоги цьому контингенту хворих [9].

Мета дослідження — встановлення особливостей об'єктивно реєстрованих та суб'єктивно ідентифікованих анкіозних проявів, а також їх кореляційних зв'язків із характеристиками обесивних та компульсивних проявів у дітей із шизоформними, невротичними, емоційно-поведінковими розладами.

На кафедрі психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, а також на її клінічних базах, зокрема КНП «Обласний клінічний заклад психоневрологічної допомоги та соціально значущих хвороб» Запорізької

обласної ради за умов інформованої згоди пацієнтів та їх батьків/опікунів обстежено 117 дітей та підлітків віком від 7 до 18 років з obsесивною симптоматикою і молодих осіб віком від 18 до 25 років з obsесіями, що вперше виникли у них в дитячому або підлітковому віці (за даними психоанамнестичного дослідження), з яких для подальшого дослідження відібрано 100 осіб. Відповідно до нозологічної належності, їх було поділено на три групи. До групи 1 (Г1) увійшли 40 осіб із шизоформними розладами. Групу 2 (Г2) становили 30 осіб з наявними розладами невротичного спектра. До групи 3 (Г3) увійшли 30 осіб з емоційно-поведінковими розладами дитячого віку. Для визначення рівня суб'єктивної вираженості тривоги застосовано шкалу тривоги Спілбергера — Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory, STAI), яку заповнювали пацієнти. Для визначення об'єктивних ознак тривожності застосовано опитувальник «Рівень тривожності дитини» Лаврентьєвої та Тітаренко, який заповнювали батьки/опікуни хворих. Рівень вираженості obsесій та компульсій визначали за дитячою шкалою obsесивно-компульсивних розладів Йеля — Брауна (Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, CY-BOCS). Гіпотеза про нормальність розподілу перевірена за допомогою тесту Шапіро — Вілка та Колмогорова — Смірнова. Достовірність відмінностей між групами порівняння оцінювали за допомогою критеріїв Манна — Уїтні та Краскела — Уолліса. Для встановлення кореляційних зв'язків між показниками тривоги та obsесивно-компульсивною симптоматикою обчислювали рангові кореляції Спірмена. Всі розрахунки виконували за допомогою програми Statistica 10.0.

В результаті дослідження встановлено особливості об'єктивно та суб'єктивно виражених анкіозних проявів, а також їх кореляційних зв'язків із характеристиками obsесивних та компульсивних проявів у дітей із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами.

За допомогою шкали тривоги Спілбергера — Ханіна виявлено, що найвищі показники ситуативної тривоги спостерігаються у пацієнтів із Г3 ($55,0 \pm 10,9$ балів), що відповідає високому рівню значень цього показника. В цій групі зареєстровані найбільша кількість осіб із високим рівнем ситуативної тривоги, найменша кількість осіб із середнім її рівнем, а також відсутність хворих із низьким рівнем ситуативної тривоги, що пояснюється їхньою схильністю до нестримної, виразної афектації та навіть експлозивного реагування через затримку розвитку механізмів регуляції поведінки. У пацієнтів із Г2 також виявлено високий рівень ситуативної тривоги ($49,9 \pm 13,8$ балів). Найнижчі показники ситуативної тривоги виявлені у пацієнтів із Г1 ($43,2 \pm 12,4$ балів), що відповідало середньому рівню ситуативної тривоги; Г1 виявилася єдиною групою, де кількість хворих із середнім рівнем ситуативної тривоги перевищила кількість хворих із високим її рівнем.

Вираженість ситуативної тривоги у дітей та підлітків з obsесивно-компульсивною симптоматикою наведена на рис. 1.

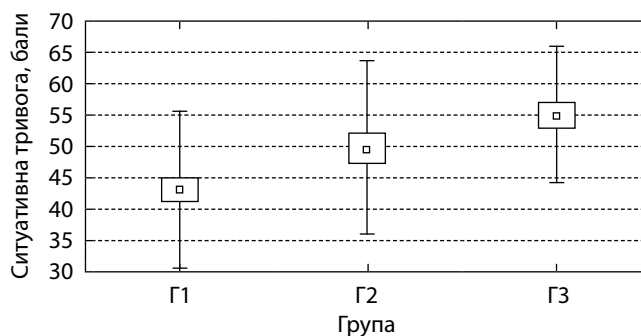


Рис. 1. Показники ситуативної тривоги у дітей із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами

Вираженість особистісної тривоги у дітей та підлітків з obsесивно-компульсивною симптоматикою наведено на рис. 2.

За субшкалою особистісної тривоги середні показники в Г1 становили $41,6 \pm 12,7$ балів, що відповідає середньому рівню особистісної тривоги. В Г2 рівень особистісної тривоги був помітно вищим, ніж у інших групах, та становив базис для розвитку obsесивно-компульсивного розладу. Середні його показники в Г2 становили $54,2 \pm 13,3$ балів, що відповідає високому рівню особистісної тривоги. Найбільша кількість хворих із високим рівнем особистісної тривоги виявлена саме в цій групі, а хворих із низьким її рівнем в Г2 не було. В Г3 середні показники особистісної тривоги становили $36,8 \pm 11,5$ балів, що відповідає середньому рівню особистісної тривоги; варто відзначити, що в цій групі виявлено найменшу кількість хворих із високим рівнем особистісної тривоги і найбільшу кількість хворих із низьким її рівнем, а отже тривожність як особистісна риса у хворих цієї групи не залучена до психопатогенезу obsесивної симптоматики.

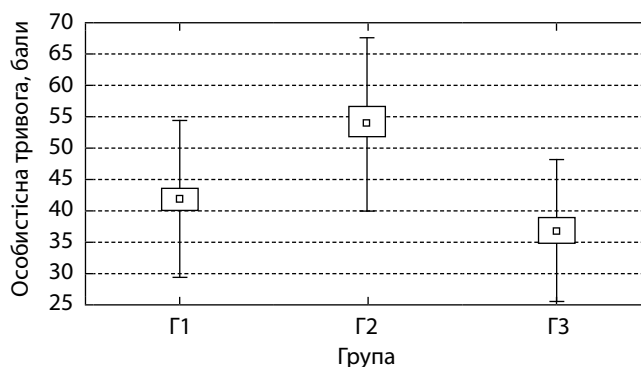


Рис. 2. Показники особистісної тривоги у дітей із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами

Розподіл показників суб'єктивного рівня тривоги залежно від групи наведено в таблиці 1.

Зовнішні показники тривожності, що видимі батькам та опікунам, оцінені за допомогою опитувальника «Рівень тривожності дитини»: найвищими виявилися в Г1 та становили $15,7 \pm 4,3$ бали, що відповідає високому рівню тривожності. Через неспроможність дітей із розладами шизоформного спектра до відстрочування реалізації компульсій (через їхню

подібність за механізмом виникнення до насильницьких дій, які майже неможливо контролювати) неадекватні дії дитини батьки помічають та пояснюють реалізацією високого рівня їх тривожності (оскільки альтернатива у вигляді визнання наявності у дитини ендогенно-процесуального захворювання їх лякає через асоційовану з ним соціальну стигму).

Таблиця 1. Показники суб'єктивного рівня тривоги у дітей із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами

Рівень тривоги	Групи					
	Г1		Г2		Г3	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Високий ситуативний	13	32,5	17	56,7	22	73,3
Середній ситуативний	23	57,5	11	36,7	8	26,7
Низький ситуативний	4	10	2	6,6	—	—
Високий особистісний	10	25	22	73,3	4	13,3
Середній особистісний	25	62,5	8	26,7	18	60
Низький особистісний	5	12,5	—	—	8	26,7

Аналогічно оцінили рівень тривожності дитини батьки хворих із Г3 — там також виявлено високий рівень зовнішніх проявів тривожності, що становив $15,5 \pm 3,9$ балів. Внаслідок фіксованості дітей із емоційно-поведінковими розладами на травматичних подіях і пов'язаних з ними афективно насичених нав'язливостях, діти із цієї групи не схильні приховувати їх через бажання отримати співчуття, розраду, а тому батьки останніх рівень тривожності дітей оцінюють як високий.

В Г2 рівень об'єктивних проявів тривожності становив $13,5 \pm 4,7$ балів, що відповідає середньому рівню тривожності; отже, у цій групі виявлено найнижчий рівень зовнішніх проявів тривожності. Через здатність дітей із розладами невротичного спектра відстрочувати реалізацію компульсій до моменту, коли вони залишаються наодинці (з метою не засмучувати осіб найближчого оточення і не викликати їх занепокоєння), а також сформовані під час хвороби навички приховування власних переживань та їх проявів, батьки оцінюють рівень тривоги власних дітей нижче, ніж родичі дітей з інших груп.

Вираженість об'єктивних проявів тривожності у дітей та підлітків з обсесивно-компульсивною симптоматикою наведено на рис. 3.

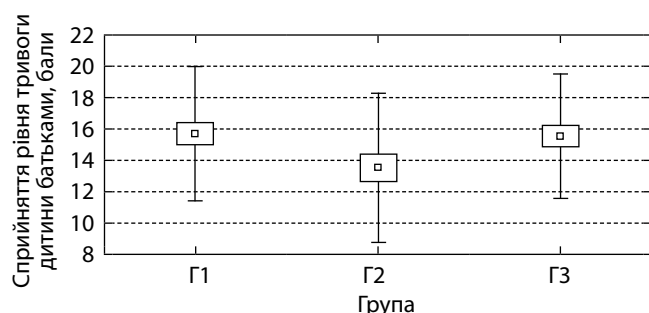


Рис. 3. Показники вираженості зовнішніх проявів тривоги у дітей із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами

Розподіл показників об'єктивного рівня тривожності залежно від групи наведено в таблиці 2.

Таблиця 2. Показники об'єктивних проявів тривожності у дітей із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами

Рівень тривожності	Групи					
	Г1		Г2		Г3	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Високий	28	70	15	50	18	60
Середній	10	25	12	40	12	40
Низький	2	5	3	10	—	—

Інтенсивність обсесивно-компульсивних симптомів виявилася найвищою у хворих із Г2 — важкість перебігу в середньому становила $28,7 \pm 5,8$ балів, що відповідає тяжкому перебігу захворювання; водночас у цій групі спостерігалася найбільша кількість хворих із тяжким і вкрай тяжким перебігом захворювання. В Г1 інтенсивність обсесивно-компульсивних симптомів становила $24,7 \pm 6,9$ балів, що відповідає середній важкості перебігу захворювання. Найбільшу частку хворих у цій групі становили хворі із помірно вираженістю обсесивної симптоматики. В Г3 інтенсивність обсесивно-компульсивних симптомів становила $18,2 \pm 5,6$ балів, що відповідає середній важкості перебігу захворювання. Г3 виявилася єдиною групою, де третина хворих (33,3 %) продемонструвала легку ступінь вираженості обсесивної симптоматики — в Г1 такі показники виявлені лише у 5 % обстежених, а в Г2 осіб із легким перебігом захворювання не було.

Вираженість обсесивно-компульсивного розладу у дітей та підлітків з обсесивно-компульсивною симптоматикою наведено на рис. 4.

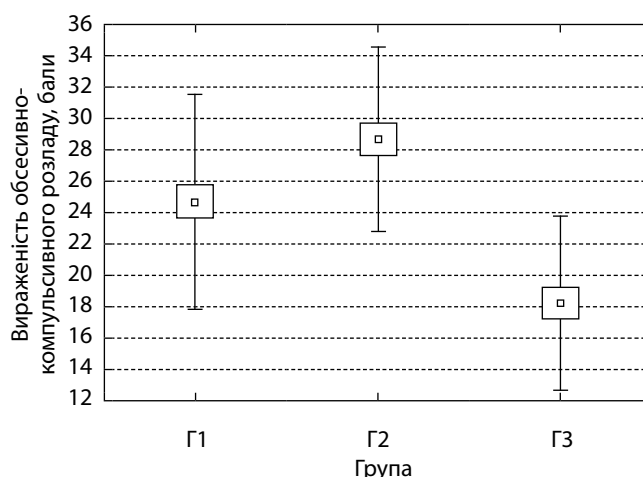


Рис. 4. Показники вираженості обсесивно-компульсивного розладу у дітей із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами

Розподіл показників інтенсивності обсесивно-компульсивних симптомів залежно від групи наведено в таблиці 3.

Таблиця 3. Показники інтенсивності обсессивно-компульсивних симптомів у дітей із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами

Важкість перебігу захворювання	Групи					
	Г1		Г2		Г3	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Немає	—	—	—	—	—	—
Легка	2	5	—	—	10	33,3
Помірна	20	50	5	16,7	17	56,7
Тяжка	13	32,5	20	66,6	3	10
Вкрай тяжка	5	12,5	5	16,7	—	—

Встановлено, що інтенсивність обсессивно-компульсивної симптоматики мала статистично значущі позитивні кореляційні зв'язки середньої сили з особистісною тривожністю в Г1 ($r = 0,47, p < 0,05$) та Г2 ($r = 0,54, p < 0,05$) та сильний позитивний кореляційний зв'язок із особистісною тривожністю в Г3 ($r = 0,76, p < 0,05$). Також виявлено статистично значущий негативний кореляційний зв'язок середньої сили між інтенсивністю обсессивно-компульсивної симптоматики та ситуативною тривожністю в Г2 ($r = -0,42, p < 0,05$) та Г3 ($r = -0,39, p < 0,05$), а також із зовнішніми проявами тривоги в Г1 ($r = -0,47, p < 0,05$) та Г3 ($r = -0,55, p < 0,05$). Отже, тяжкість обсессивно-компульсивного розладу відповідає рівню особистої тривожності в усіх групах, тоді як ситуативна тривожність та сприйняття рівня тривожності дитини батьками не відображають реальної інтенсивності обсессивної симптоматики і не можуть бути достовірними критеріями для встановлення тяжкості обсессивно-компульсивного розладу.

Результати проведеного дослідження дали змогу дійти таких висновків.

1. Ситуативна тривога виявилася найвищою у групі дітей із емоційно-поведінковими розладами, що пояснюється їхньою схильністю до нестримної, виразної афектації та навіть експлозивного реагування через затримку розвитку механізмів регуляції поведінки. Водночас рівень особистісної тривоги у групі дітей із емоційно-поведінковими розладами визначений як найнижчий серед обстежених груп, а отже тривожність як особистісна риса у хворих цієї групи не залучена до психопатогенезу обсессивної симптоматики. У групі дітей із розладами шизоформного кола вираженість особистісної та ситуативної тривоги не відрізнялася та відповідала середньому рівню. У групі дітей із розладами невротичного кола особистісна тривога превалювала над ситуативною та становила базис для розвитку обсессивно-компульсивного розладу; однак як ситуативна, так і особистісна тривога у дітей цієї групи відповідала високому рівню вираженості.

2. Через здатність дітей із розладами невротичного спектра відстрочувати реалізацію компульсій до моменту, коли вони залишаться наодинці (з метою не засмучувати осіб найближчого оточення і не викликати їх занепокоєння), а також сформовані

під час хвороби навички приховування власних переживань та їх проявів, батьки оцінюють рівень тривоги власних дітей нижче, ніж родичі дітей з інших груп. Через неспроможність дітей із розладами шизоформного спектра до відстрочування реалізації компульсій (через їх подібність за механізмом виникнення до насильницьких дій, які майже неможливо контролювати) неадекватні дії дитини батьки помічають та пояснюють реалізацією високого рівня їх тривожності (оскільки альтернатива у вигляді визнання наявності у дитини ендогенно-процесуального захворювання їх лякає через асоційовану з ним соціальну стигму). Внаслідок фіксованості дітей із емоційно-поведінковими розладами на травматичних подіях і пов'язаних з ними афективно насичених нав'язливостях, діти із цієї групи не схильні приховувати їх через бажання отримати співчуття, розраду, а тому батьки останніх рівень тривожності дітей оцінюють як високий.

3. Тяжкість обсессивно-компульсивної симптоматики у дітей із розладами шизоформного та невротичного кола була однаково високою, тоді як у дітей із емоційно-поведінковими розладами обсессії та компульсії були істотно менш інтенсивними. Тяжкість обсессивно-компульсивного розладу відповідає рівню особистої тривожності в усіх групах, тоді як ситуативна тривожність та сприйняття рівня тривожності дитини батьками не відображають реальної інтенсивності обсессивної симптоматики і не можуть бути достовірними критеріями для встановлення тяжкості обсессивно-компульсивного розладу.

Список літератури

1. Szuhany K. L. Anxiety disorders: A Review / Szuhany K. L., Simon N. M. // JAMA. 2022. Vol. 328, issue 24. P. 2431—2445. DOI: 10.1001/jama.2022.22744.
2. Systematic review: anxiety in children and adolescents with chronic medical conditions / Cobham V. E., Hickling A., Kimball H. [et al.] // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2020. Vol. 59, issue 5. P. 595—618. DOI: 10.1016/j.jaac.2019.10.010.
3. Широких А. Психологічні особливості підвищеної тривожності у підлітків / Широких А., Шевчук А. // Психологія: реальність і перспективи. Збірник наукових праць РДГУ. 2023. № 20. С. 195—204. DOI: https://doi.org/10.35619/prap_rv.v1i20.326.
4. Вольнова Л. Чинники виникнення та посилення проявів тривоги у дітей дошкільного віку / Вольнова Л., Дьоміна Г. // Науковий часопис УДУ імені Михайла Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки. 2020. Вип. 9 (54). С. 32—45. DOI: [https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series12.2020.9\(54\).03](https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series12.2020.9(54).03).
5. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and management / Nazeer A., Latif F., Mondal A. [et al.] // Translational Pediatrics. 2020. Vol. 9. Suppl 1. P. 76—93. DOI: 10.21037/tp.2019.10.02.
6. Rasmussen A. R. What is obsession? Differentiating obsessive-compulsive disorder and the schizophrenia spectrum / Rasmussen A. R., Parnas J. // Schizophrenia Research. 2022. Vol. 243. P. 1—8. DOI: 10.1016/j.schres.2022.02.014.

7. Agbayani C. J. G. Non-pharmacological methods of reducing perioperative anxiety in children / Agbayani C. G., Fortier M. A., Kain Z. N. // *BJA Education*. 2020. Vol. 20, issue 12. P. 424—430. DOI: 10.1016/j.bjae.2020.08.003.

8. Screening for pediatric obsessive-compulsive disorder using the obsessive-compulsive inventory-child version / Rough, H. E., Hanna, B. S., Gillett, C. B. [et al.] // *Child Psychiatry and Human Development*. 2020. Vol. 51 (6). P. 888—899. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10578-020-00966-x>.

9. Чугунов В. В. Норма в психиатрическом измерении : монография. Львів : Марченко Т. В., 2020. 632 с

References

1. Szuhany KL, Simon NM. Anxiety Disorders: A Review. *JAMA*. 2022 Dec 27;328(24):2431-2445. doi: 10.1001/jama.2022.22744. PMID: 36573969.

2. Cobham VE, Hickling A, Kimball H, Thomas HJ, Scott JG, Middeldorp CM. Systematic Review: Anxiety in Children and Adolescents With Chronic Medical Conditions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020 May;59(5):595-618. doi: 10.1016/j.jaac.2019.10.010. Epub 2019 Oct 30. PMID: 31676391.

3. Shyrokyykh A., Shevchuk A. Psykholohichni osoblyvosti pidvyshchenoi tryvozhnosti u pidlitkiv. *Psykholohiia: realnist i perspektyvy. Zbirnyk naukovykh prats RDHU [Psychology: Reality and Prospects. Collection of scientific works of RDSU]*. 2023; 20:195-204. doi: https://doi.org/10.35619/prap_rv.v1i20.326. (In Ukrainian).

4. Volnova L., Domina H. Chynnyky vynyknennia ta posylennia proiaviv tryvohy u ditei doshkilnoho viku. [Factors of emergence and increase of manifestations of anxiety in preschool children]. *Naukovyi chasopys UDU imeni Mykhaila Drahomanova [Scientific journal of Mykhailo Drahomanov State University]*. Seriya 12. *Psykholohichni nauky*. 2020; 9 (54): 32-45. doi: [https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series12.2020.9\(54\).03](https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series12.2020.9(54).03). (In Ukrainian).

5. Nazeer A, Latif F, Mondal A, Azeem MW, Greydanus DE. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and management. *Transl Pediatr*. 2020 Feb;9(Suppl 1):S76-S93. doi: 10.21037/tp.2019.10.02. PMID: 32206586; PMCID: PMC7082239.

6. Rasmussen AR, Parnas J. What is obsession? Differentiating obsessive-compulsive disorder and the schizophrenia spectrum. *Schizophr Res*. 2022. May;243:1-8. doi: 10.1016/j.schres.2022.02.014. Epub 2022 Feb 23. PMID: 35219003.

7. Agbayani CG, Fortier MA, Kain ZN. Non-pharmacological methods of reducing perioperative anxiety in children. *BJA education*. 2020. Dec;20(12):424-430. doi: 10.1016/j.bjae.2020.08.003. Epub 2020 Oct 21. PMID: 33456927; PMCID: PMC7807851.

8. Rough HE, Hanna BS, Gillett CB, Rosenberg DR, Gehring WJ, Arnold PD, Hanna GL. Screening for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder Using the Obsessive-Compulsive Inventory-Child Version. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2020 Dec;51(6):888-899. doi: 10.1007/s10578-020-00966-x. PMID: 32030629.

9. Chugunov V. V. *Norma v psikhiatricheskom izmerenii [Norm in psychiatric dimension]* : monografiya. Lviv : Marchenko T. V., 2020. 632 s. (In Russian).

Надійшла до редакції 27.08.2024

СКРИПНИК Анна Сергіївна, аспірантка кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, м. Запоріжжя, Україна; e-mail: close2madness@gmail.com

SKRYPNYK Anna, Postgraduate Student of Departments of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology of the Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Zaporizhzhia, Ukraine; e-mail: close2madness@gmail.com