МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

Кваліфікаційна праця на правах рукопису

ЧУГУНОВА АННА СЕРГІЇВНА

УДК: 616.89-008.44:616.891:616.895]-053.2-039-07

ДИСЕРТАЦІЯ

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ДІАГНОСТИКА СЕМІОТИКИ ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО СПЕКТРУ В СТРУКТУРІ ШИЗОФОРМНИХ, НЕВРОТИЧНИХ ТА ЕМОЦІЙНО-ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ ІЗ ДЕБЮТОМ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

за спеціальністю 222 «Медицина»

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ А. С. Чугунова

Науковий керівник: Пилягіна Галина Яківна, доктор медичних наук, професор

Київ – 2025

Дисертаційний захист відбудеться в Національному університеті охорони здоров’я України імені П. Л. Шупика, МОЗ України, Київ, 2025.

АНОТАЦІЯ

Чугунова А. С. Клініко-психопатологічні особливості та діагностика обсесивної семіотики в структурі шизоформних, невротичних та емоційно-поведінкових розладів із дебютом у дитячому віці – Рукопис.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 – «Медицина». – Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, Київ, 2025.

На кафедрі психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології ЗДМФУ, а також на її клінічних базах, зокрема КНП «ОКЗПНД та СЗХ» ЗОР за умов інформованої згоди пацієнтів та їх батьків/опікунів було стаціонарно та амбулаторно обстежено 117 дітей та підлітків віком від 8 до 18 років з обсесивною симптоматикою і молодих осіб віком від 18 до 25 років з обсесіями, що вперше виникли у них в дитячому або підлітковому віці (за даними психоанамнестичного дослідження), з яких для подальшого дослідження було відібрано 100 осіб. Відповідно до нозологічної приналежності їх було розподілено на 3 групи. До Г1 увійшли 40 осіб із шизоформними розладами. Г2 складалася із 30 осіб, у яких були наявні розлади невротичного спектру. До Г3 увійшли 30 осіб з емоційно-поведінковими розладами.

В результаті комплексного дослідження дітей, підлітків та молодих осіб з невротичними, шизоформними та емоційно-поведінковими розладами виявлено та описано сучасний стан тематики обсесій, встановлено їх специфічні якісні характеристики та розроблено їх типологію.

Не було виявлено значної різниці в поширеності та представленості певних тематик обсесій у дітей, підлітків та молодих осіб з різними психічними розладами, проте спостерігалися помітні відмінності в їх аранжуванні. Обсесії з тематикою страху контамінації та інфікування виявилися найпоширенішими як серед хворих з розладами шизоформного спектру, так і серед хворих з розладами невротичного кола. У хворих із розладами емоційно-поведінкового спектру найчастіше зустрічалися нав'язливості символізації. Інші тематики нав'язливостей зустрічалися без статистично значущих відмінностей в усіх трьох групах.

Виявлено, що у різних групах обсесії відрізнялися за специфічними якісними характеристиками їх тематики, а саме за характеристиками масштабу, афективної насиченості, зв'язку з психотравмою, асоціювання тематики, реалістичності, простоти, наявності критики до тематики обсесій, проявленності та персоналізації.

На основі вищезазначених характеристик було виділено типологію тематики обсесій у дітей, підлітків та молодих осіб з шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами. Встановлено, що для Г1 характерний полісимптомний байдуже-аутистичний тип (дереїстично-експансивний, маніфестно-акритичний, апсихотравматичний). Для Г2 характерним був виснажливо-афективний тип с критичним осмисленням (комплікований афективно-акцентований, агравуюче-критичний, алієнаціонно-маніфестний). Для Г3 характерним був простий психотравматично-проеційований тип (афективно-психотравматичний, екзистенціально-критичний з мнемонічною ампліфікацією, маніфестно-реалістичний).

Встановлено структурно динамічні характеристики у дітей, підлітків та молодих осіб з шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами. Виявлено, що структура обсесій у хворих з розладами шизоформного спектру завжди була «калейдоскопічною» – мінливою та малозалежачою від зовнішніх обставин. У хворих з невротичними розладами превалювала «растрова» структура обсесій – така, що плавно видозмінювалася від початкової тематики нав'язливостей. В Г3 превалювала «монотонна» тематика обсесій – незмінна протягом усього періоду захворювання, відображаюча початкову психотравматизацію.

Компульсії, що супроводжували появу обсесивних переживань у хворих із Г1, зазвичай потребували термінової реалізації, та не могли бути відтерміновані навіть з огляду на наявність сторонніх спостерігачів. Хворі із Г2 мали значно більший контроль за компульсіями та в більшості випадків могли редукувати їх або відкласти до більш слушного моменту, наприклад, коли вони залишаться наодинці. В Г3 компульсії завдяки їх клінічної суті (нав'язливі спогади) часто були непомітними для оточуючих.

Першопричини обсесій у хворих як з розладами шизоформного, так і з розладами невротичного спектру доволі широко варіюються, і ідентифікувати їх не завжди являється можливим. Проте варто відмітити, що у хворих з невротичними розладами обсесії частіше виникали як наслідок патологічного впливу особисто значущих факторів, в той час як у хворих з розладами шизоформного спектру пусковими для маніфестації обсесієформної симптоматики зазвичай виступали фактори, не пов'язані з життєвою ситуацією, особистістю та системою відносин хворого. У хворих

з емоційно-поведінковими розладами першопричиною обсесій завжди виступала психотравматизація.

Періодичність виникнення обсесій після маніфестації захворювання була найвищою у контингенті хворих із розладами шизоформного спектру; з плином часу вона тільки наростала. У групі хворих із розладами невротичного спектру періодичність активізації нав'язливостей також була високою, однак вона залишалася сталою протягом усього періоду захворювання. У хворих із емоційно-поведінковими розладами періодичність виникнення обсесій була найнижчою, та в деяких випадках мала тенденцію до вгасання.

Було встановлено основні клінічні варіанти та аранжування СОКС у дітей, підлітків та молодих осіб із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами, що виникають за рахунок імпрегнації нав'язливостей іншою психопатологічною симптоматикою. До них належали анксіозний, апатичний, астенічний, іпохондричний, дисфоричний, істеричний, депресивний, фобічний, диссомнічний та дереалізаційний варіанти.

Встановлено специфічні констеляції суб'єктивно відчуваємих та об'єктивно спостерігаємих анксіозних проявів. Так, ситуативна тривога виявилася найвищою у групі хворих із емоційно-поведінковими розладами, в той самий час рівень особистісної тривоги у даній групі був визначений як найнижчий серед обстежених груп. У групі хворих із розладами шизоформного кола рівні вираженості особистісної та ситуативної тривоги не відрізнялися та відповідали середньому рівню. У групі хворих із розладами невротичного кола особистісна тривога превалювала над ситуативною.

Через здатність хворих із розладами невротичного спектру відстрочувати реалізацію компульсій до моменту, коли вони залишаться наодинці, батьки оцінюють рівень тривоги власних дітей нижче, ніж родичі дітей з інших груп. Через неспроможність хворих із розладами шизоформного спектру до відстрочування реалізації компульсій неадекватні дії дитини помічаються батьками та пояснюються реалізацією високого рівня їх тривожності. Внаслідок фіксованості хворих із емоційно-поведінковими розладами на травматичними подіями і пов'язаних з ними афективно насиченими нав'язливостями, а тому батьками останніх рівень тривожності дітей оцінюється як високий.

Тяжкість обсесивно-компульсивної симптоматики у хворих із розладами шизоформного та невротичного кола була однаково високою, в той час як у хворих із емоційно-поведінковими розладами обсесії та компульсії були значно менш інтенсивними. Тяжкість ОКР відповідає рівню особистої тривожності в усіх групах, в той час як ситуативна тривожність та сприйняття рівню тривожності дитини батьками не відображають реальної інтенсивності обсесивної симптоматики і не можуть являтися достовірними критеріями для встановлення тяжкості ОКР.

На підставі наведених в попередніх розділах результатів дослідження сформовано чотири основні і один додатковий критерії диференційної діагностики та релевантності нозологічної кваліфікації СОКС у дітей, підлітків та молодих осіб із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами: специфічний кластер якісних фабульно-тематичних характеристик, типологія тематики обсесій, специфічний кластер структурно-динамічних характеристик, варіанти їх клінічного

аранжування та специфічна констеляція суб’єктивно відчуваємих та об’єктивно спостерігаємих анксіозних проявів.

Зазначені критерії дозволили розробити алгоритм диференційної діагностики та релевантності нозологічної кваліфікації СОКС, що складається з трьох модулів: трьохступеньового фабульно-тематичний модуля, трикомпонентного структурно-динамічного модуля та нозоспецифічного модуля клінічного аранжування.

На підставі отриманих результатів було розроблено базові принципи та підходи до терапії СОКС в структурі шизоформних, невротичних та емоційно-поведінкових розладів.

Ключові слова: розлади спектру шизофренії, обсесивно-компульсивний розлад (ОКР), невротичні, стресові та адаптаційні розлади, розлади емоцій та поведінки, діти, клінічні характеристики психопатології, діагностика та диференційна діагностика психічних розладів, принципи терапії та корекції психічних розладів.

ANNOTATION

Chuhunova A. S. Clinical-psychopathological features and diagnostic of obsessive semiotics in the structure of childhood-onset schizoform, neurotic and emotional-behavioral disorders. – The manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy for specialty 222 – «Medicine». – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, 2025.

At the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology of the ZSMFU, as well as at its clinical bases, in particular the MNE "RCI PCSSD" ZRC, under the conditions of informed consent of patients and their parents/guardians, 117 children aged 6 to 18 with obsessions and young people aged 18 to 25 with obsessions that first appeared in childhood (according to psychoanamnestic research) were examined, from which 100 people were selected for further study. According to their nosological affiliation, they were divided into 3 groups. Group 1 included 40 patients with schizoform disorders. Group 2 consisted of 30 people with neurotic disorders. Group 3 included 30 patients with childhood emotional and behavioral disorders.

As a result of a comprehensive study of children with neurotic, schizoform, and emotional-behavioral disorders, the current state of obsessional themes was identified and described, their specific qualitative characteristics were established, and their typology was developed.

No significant differences were found in the prevalence and representation of certain obsessional themes in children with different mental disorders, but noticeable differences were observed in their arrangement.

Obsessions with the theme of fear of contamination and infection were the most common among both children with schizoform spectrum disorders and children with neurotic spectrum disorders. Symbolization obsessions were most common in children with emotional-behavioral disorders. Other obsessional themes were found without statistically significant differences in all three groups.

It was found that obsessions differed in specific qualitative characteristics of their themes, namely, in the characteristics of scale, affective saturation, connection with psychotrauma, association circle, realism, simplicity, presence of criticism, visibility and personalization.

Based on the characteristics listed above, a typology of the obsessional themes in children with schizoform, neurotic and emotional-behavioral disorders was identified. It was established that G1 is characterized by a rich indifferent-autistic type (derealistic-expansive, manifest-acritical, psychotraumatic). G2 was characterized by an exhausting-affective type with critical thinking (complicated affectively-accentuated, aggravatingly-critical, alienational-manifest. G3 was characterized by a simple psychotraumatic-projective type (affective-psychotraumatic, existential-critical with mnemonic amplification, manifest-realistic).

Structural-dynamic characteristics were established in children with schizoform, neurotic and emotional-behavioral disorders. It was found that the structure of obsessions in children with schizoform spectrum disorders was always “kaleidoscopic” – variable and not dependent on external circumstances. In children with neurotic disorders, the “raster” structure of obsessions prevailed – one that smoothly changed from the initial theme of obsessions. In G3, the “monotonous” structure of obsessions prevailed – unchanged throughout the entire period of the disease, reflecting the initial psychotraumatization.

Compulsions that accompanied the appearance of obsessions in G1 patients usually required urgent implementation and could not be postponed even in view of the presence of outside observers. Patients in G2 had much greater control over compulsions and in most cases could reduce them or postpone them until a more appropriate moment, for example, when they were left alone. In G3, compulsions, due to their clinical nature (obsessive memories), were often imperceptible to others.

The root causes of obsessions in children with both schizoform and neurotic spectrum disorders varied quite widely, and it was not always possible to identify them. However, it is worth noting that in children with neurotic disorders, obsessions more often arose as a consequence of the pathological influence of personally significant factors, while in children with schizoform spectrum disorders, the triggers for the manifestation of obsessional symptoms were usually factors unrelated to the patient's life situation, personality, and relationships. In children with emotional-behavioral disorders, the root cause of obsessions was always psychotraumatization.

The frequency of obsessions after the manifestation of the disease was the highest in the contingent of children with schizoform spectrum disorders; over time it only increased. In the group of children with neurotic spectrum disorders, the frequency of activation of obsessions was also high, but it remained constant throughout the entire period of the disease. In children with emotional-behavioral disorders, the frequency of obsessions was the lowest, and in some cases had a tendency to fade.

The main clinical arrangements of SOCS in children with schizoform, neurotic and emotional-behavioral disorders that arose due to the impregnation of obsessions with other psychopathological symptoms were established. These

included anxious, apathetic, asthenic, hypochondriac, dysphoric, hysterical, depressive, phobic, dyssomnic and derealization arrangements.

Specific constellations of subjectively felt and objectively observed anxiety manifestations were established. Thus, situational anxiety was the highest in the group of children with emotional-behavioral disorders, at the same time the level of personal anxiety in this group was determined as the lowest among the surveyed groups. In the group of children with schizoform spectrum disorders, the levels of severity of personal and situational anxiety did not differ and corresponded to the average level. In the group of children with neurotic spectrum disorders, personal anxiety prevailed over situational.

Due to the ability of children with neurotic spectrum disorders to postpone the implementation of compulsions until they are left alone, parents assessed the level of anxiety of their children lower than relatives of children from other groups. Due to the inability of children with schizoform spectrum disorders to postpone the implementation of compulsions, inadequate actions of the child were noticed by parents and explained by the realization of a high level of anxiety. Due to the fixation of children with emotional-behavioral disorders on traumatic events and related affectively saturated obsessions, the level of anxiety of those children was seen as high by the parents of the latter.

The severity of obsessive-compulsive symptoms in children with schizoform and neurotic disorders was equally high, while in children with emotional-behavioral disorders, obsessions and compulsions were significantly less intense. The severity of obsessive-compulsive disorder corresponded to the level of personal anxiety in all groups, while situational anxiety and the perception of the child's anxiety level by parents did not reflect the real intensity

of obsessive symptoms and could not be reliable criteria for establishing the severity of obsessive-compulsive disorder.

Based on the results of the study presented in the previous sections, four main and one additional criteria for differential diagnosis and relevance of the nosological qualification of SOCS in children with schizoform, neurotic and emotional-behavioral disorders were formed: a specific cluster of qualitative thematic characteristics, a typology of obsessional themes, a specific cluster of structural-dynamic characteristics, clinical arrangement options and a specific constellation of subjectively felt and objectively observed anxiety manifestations.

These criteria allowed to develop an algorithm for differential diagnosis and relevance of the nosological qualification of SOCS, consisting of three modules: a three-stage thematic module, a three-component structural-dynamic module and a nosospecific module of clinical arrangement.

Based on the results obtained, basic principles and approaches to the therapy of SOCS in the structure of schizoform, neurotic, and emotional-behavioral disorders were developed.

Key words: schizophrenia spectrum disorders, obsessive-compulsive disorder (OCD), neurotic, stress and adjustment disorders, emotional and behavioral disorders, children, clinical characteristics of psychopathology, diagnosis and differential diagnosis of mental disorders, principles of therapy and correction of mental disorders.

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Chugunov V. V. Motivational patterns of internet-addiction in members of anonymous online communities / V. V. Chugunov, A. D. Gorodokin, A. S. Skripnik // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, вип.3. – С. 74-76.

2. Чугунов В. В., Городокін А. Д., Столяренко А. М., Скрипник А. С. Концептуально-стилістичний аналіз сучасних танатоцентричних інтернет-спільнот. *Сучасні проблеми суїцидології* (327с.). Колективна монографія за редакцією професора В. П. Волошина, професора Н. О. Марути - Харків: 2017. С. 296-307.

3. В. В. Чугунов, В. В. Дац, А. С. Скрипник. Одонтофобічні реакції у дітей із різним рівнем психічного здоров'я: класифікація та клінічне наповнення / В. В. Чугунов, В. В. Дац, А. С. Скрипник // Медична психологія. - 2019. - Т. 14, № 1. - С. 45-47. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mpsl_2019_14_1_12

4. Дац В. В., Скрипник А. С. Зв'язок між сіалологічними показниками та психопатологією у дітей з різним рівнем психічного здоров'я. Сучасні аспекти медицини та фармації – 2021 : мат. Всеукр. наук.-практ. конф. молод. вч. та студ. з міжн. уч. 15-16 квітня 2021 р., м. Запоріжжя.

5. Скрипник А. С. Клінічний випадок шизокарного процесу у дівчинки підліткового віку / А. С. Скрипник // Досягнення сучасної медичної та фармацевтичної науки – 2022 : зб. тез доп. Всеукр. наук.-практ. конф. студентів та молодих вчених, м. Запоріжжя, 4 лютого 2022 р. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2022. - С. 16.

6. Скрипник А. С. Прокляття, бруд та голос диявола: шизофренія під маскою нав'язливостей / А. С. Скрипник // Bimco journal : зб. матеріалів Буковин. міжнар. медико-фармацевтич. конгресу студентів і молодих учених. - Chernivtsi, 2023. - С. 214.

7. Скрипник А. С. Динамічні характеристики обсесій в структурі шизоформних, невротичних та емоційно-поведінкових розладів у дітей // А. С. Скрипник. Український вісник психоневрології. 2023. Т.31, №3 (116). С. 104-107. DOI: https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is3-2023-17

8. Скрипник А. С. Тематика обсесій і її особливості у дітей з шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами// А. С. Скрипник. Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина. 2023. №1(16). С. 20-25. DOI: 10.37321/UJMH.2023.1-03

9. Скрипник А. С. Псевдообсесії та їх тематичне навповнення у дітей із розладами шизоформного спектру / А. С. Скрипник // Актуальні питання сучасної медицини і фармації– 2024 : зб. тез доп. Всеукр. наук.-практ. конф. студентів та молодих вчених, м. Запоріжжя, 23-24 травня 2024 р. – Запоріжжя : ЗДМФУ, 2024. - С. 44-45.

10. Скрипник А. С. Зв'язок об'єктивно реєстрованих та суб'єктивно ідентифікованих проявів тривоги із обсесіями та компульсіями у дітей із шизоформними, невротичними, емоційно-поведінковими розладами// А. С. Скрипник. Український вісник психоневрології. 2024. Т.32, №3 (120). С. 78-83. DOI: https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is3-2024-13

11. Чугунова А. С. Критерії диференційної діагностики і релевантності нозологічної кваліфікації семіотики обсесивно-компульсивного спектру у дітей із шизоформними, невротичними та

емоційно-поведінковими розладами (підстави до клінічної шкали) // А. С. Чугунова. Український вісник психоневрології. 2024. Т.33, №4 (121).

12. Чугунова А. С. Клінічні варіанти та аранжування семіотики обсесивно-компульсивного спектру у осіб із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами дитячого віку/ А. С. Чугунова // Проблеми, пріоритети та перспективи розвитку науки, освіти та суспільства в XXI столітті: зб. тез міжнар. наук.-практ. конф., м. Рівне, 23 січня 2025 р. – Рівне: ЦФЕНД, 2025. - С. 80-81.

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ…….. 3
ANNOTATION……. 9
СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ…… 14
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ…… 20
ВСТУП…….. 21
Розділ 1 СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ РОЗЛАДІВ ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО СПЕКТРУ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ: ЕТІОЛОГІЯ, ПАТОГЕНЕЗ, СИМПТОМАТИКА, ДІАГНОСТИКА ТА ТЕРАПІЯ (огляд літератури)……... 27
1.1 Сучасні погляди на етіологію та патогенез СОКС у дітей та підлітків ……..…… 27
1.2 Сучасні уявлення щодо СОКС у осіб дитячого та підліткового віку ….…….. 29
1.3 Проблематика розпізнавання та формулювання діагнозу розладів обсесивно-компульсивного спектру у дитячому віці: сучасний стан та історичні відомості…..……... 37
1.4 Сучасні підходи до терапії СОКС у дітей та підлітків……..... 42
Розділ 2 ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТИНГЕНТІВ ОБСТЕЖЕННЯ ТА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ……..……. 49
2.1 Дизайн дослідження і загальна характеристика обстежених контингентів…… 49
2.2 Характеристика методів дослідження…….…….. 54

Розділ 3 ТЕМАТИКА ОБСЕСІЙ ТА ЇЇ ОСОБЛИВОСТІ У ОСІБ З ШИЗОФОРМНИМИ, НЕВРОТИЧНИМИ ТА ЕМОЦІЙНО-ПОВЕДІНКОВИМИ РОЗЛАДАМИ ІЗ ДЕБЮТОМ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ…..……..... 60

3.1 Клініко-психопатологічна дескрипція тематики обсесій у осіб з шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами із дебютом у дитячому віці..... 60

3.2 Характеристики тематики обсесієформної симптоматики у осіб з шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами із дебютом у дитячому віці……. 69

3.3. Типологія тематики обсесій……... 74

Розділ 4 СТРУКТУРНО-ДИНАМІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОКС У ОСІБ З ШИЗОФОРМНИМИ, НЕВРОТИЧНИМИ ТА ЕМОЦІЙНО-ПОВЕДІНКОВИМИ РОЗЛАДАМИ ІЗ ДЕБЮТОМ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ …….……... 79

4.1 Структурні характеристики семіотики обсесивного спектру.. 79

4.2 Структурні характеристики семіотики компульсивного спектру ……..… 80

4.3 Динамічні характеристики СОКС …….……..…… 83

4.4 Клінічні варіанти СОКС…… 87

Розділ 5 ВЗАЄМОЗВ’ЯЗОК ОБ’ЄКТИВНО РЕЄСТРУЄМИХ ТА СУБ’ЄКТИВНО ІДЕНТИФІКУЄМИХ АНКСІОЗНИХ ПРОЯВІВ ІЗ СОКС У ОСІБ З ШИЗОФОРМНИМИ, НЕВРОТИЧНИМИ ТА ЕМОЦІЙНО-ПОВЕДІНКОВИМИ РОЗЛАДАМИ ІЗ ДЕБЮТОМ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ……..... 93

5.1 Суб’єктивні анксіозні прояви, коморбідні до СОКС у осіб

з шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами із дебютом у дитячому віці ……. 93

5.2 Об’єктивні анксіозні прояви, коморбідні до СОКС у осіб з шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами із дебютом у дитячому віці..... 94

5.3 Зв’язок об’єктивних та суб’єктивних анксіозних проявів із вираженістю СОКС……..…….. 98

Розділ 6 КРИТЕРІЇ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ І РЕЛЕВАНТНОСТІ НОЗОЛОГІЧНОЇ КВАЛІФІКАЦІЇ ТА БАЗОВІ ПРИНЦИПИ ТА ПІДХОДИ ДО ТЕРАПІЇ СОКС У ОСІБ З ШИЗОФОРМНИМИ, НЕВРОТИЧНИМИ ТА ЕМОЦІЙНО-ПОВЕДІНКОВИМИ РОЗЛАДАМИ ІЗ ДЕБЮТОМ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ ……...……..... 106

6.1 Критерії диференційної діагностики і релевантності нозологічної кваліфікації СОКС……... 106

6.2 Базові принципи та підходи до терапії СОКС у осіб з шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами із дебютом у дитячому віці ……...……. 115

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ……..... 120

ВИСНОВКИ……..... 131

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ …….…… 134

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ……... 135

ДОДАТОК А…… 153

ДОДАТОК Б…… 158

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

Г1 – група 1

Г2 – група 2

ГЗ – група 3

ЗДМФУ – Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

ЗОР – Запорізька обласна рада

КУ(ОЗ) – комунальна установа (охорони здоров’я)

МКХ – Міжнародна класифікація хвороб

МОЗ – Міністерство охорони здоров’я

МОН – Міністерство освіти і науки

НДР – науково-дослідна робота

НУОЗУ – Національному університеті охорони здоров’я України

ОКЗПНД та СЗХ – Обласний клінічний заклад психоневрологічної допомоги та соціально значущих хвороб

ОКР – обсесивно-компульсивний розлад

СОКС – семіотика обсесивно-компульсивного спектру

СІЗЗС – селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну

КПТ – когнітивно-поведінкова терапія

PANDAS – Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections.

ВСТУП

Актуальність. Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) є однією з найпоширеніших нозологічно окреслених патології у дитячій психіатрії і, за даними різних авторів, зустрічається у дитячій популяції з частотою 0,25 – 4% [91, 94, 143]. Однак симптоми обсесивного спектру, які кількісно не досягають рівня ОКР та якісно не відповідають характеристикам останнього, мають значно ширше розповсюдження, хоча часто або лишаються непоміченими, що призводить до відсутності їх адекватної корекції, або помилково ідентифікуються як прояви ОКР, що призводить до інверсії діагностичних практик, з нівелюванням діагностичного, навіть патогномонічного, значення іншої психопатологічної симптоматики [10, 26, 27]. Зокрема, обсесивноподібні прояви зустрічаються в межах інших дуже поширених та нозологічно окреслених шизоформних (розладами аутистичного спектру чи спектру шизофренії). та емоційно-поведінкових розладів.

Класичний обсесивно-компульсивний синдром являє собою патологічний стан у вигляді періодично повторюючихся, стійких, спонтанних, тематично примітивних та віддалених від наповнення свідомості, емоційно монотонних та суб’єктивно обтяжливих думок, модифікуючих поведінку та потребуючих реалізації спонукань до дій, приносячи тимчасове полегшення. Облігатними при обсесивно-компульсивному синдромі є ураження таких психічних сфер, як асоціативна, афективна, конативна, прозектична; до цього можуть приєднуватися ураження мнестичної та синейдетичної сфер. Такі комплексні мультисферні ураження призводять до значного зниження

якості життя дитини та можуть уповільнювати темпи її психічного розвитку та значно погіршувати психосоціальну адаптацію, а також створювати підґрунтя для виникнення коморбідної психічної патології [27, 28, 31, 61].

Обсесії в структурі емоційно-поведінкових та шизоформних розладів суб'єктивно є не менш обтяжливими, ніж при класичному ОКР, а тому потребують корекції у тій же мірі. Хоча існують клінічно значущі відмінності між характеристиками обсесивної симптоматики в структурі різних нозологій, вони не завжди можуть бути поміченими в ході рутинної психодіагностичної процедури [5, 14, 25].

Також варто зазначити, що діагностичні критерії ОКР прописані недостатньо чітко, до того ж існують розбіжності в існуючих діагностичних класифікаторах, а розроблені для детекції та диференційної діагностики ОКР діагностичні шкали не можуть повною мірою задовольнити потреби у питаннях нозологічної приналежності обсесій, що робить необхідним розробку конгруентного інструментарію (алгоритму) для підвищення ефективності диференційної діагностики та релевантності нозологічної кваліфікації семіотики обсесивно-компульсивного спектру (СОКС). СОКС у роботі розглядається як узагальнена аналітична модель опису обсесивно-компульсивної симптоматики поза межами вузького розуміння ОКР, з урахуванням її наявності у структурі інших психічних розладів із дебютом у дитячому віці.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Роботу виконано відповідно до науково-дослідної роботи (НДР) кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медико-фармацевтичного університету (ЗДМФУ)

«Коморбідність психічної та іншої патології», а також відповідно до НДР «Оптимізація діагностики соціальної дезадаптації у хворих з хронічними психічними розладами» психіатрії, психотерапії та медичної психології Національного університету охорони здоров'я України (НУОЗУ) імені П. Л. Шупика.

Мета – на підставі аналізу психоанамнестичних, клініко-психопатологічних, клініко-етологічних, патопсихологічних особливостей СОКС в структурі шизоформних, невротичних та емоційно-поведінкових розладів із дебютом у дитячому віці підвищити ефективність її диференційної діагностики та релевантності нозологічної кваліфікації, а також розробити базові принципи та підходи до її терапії.

Задачі:

1. Проаналізувати психоанамнестичні, клініко-психопатологічні, клініко-етологічні, патопсихологічні особливості хворих із дебютом у дитячому віці з обсесивною та компульсивною симптоматикою в структурі шизоформних, невротичних та емоційно-поведінкових розладів та виявити якісні характеристики та типологію тематики СОКС.

2. Виявити структурно-динамічні характеристики та клінічні варіанти СОКС в структурі шизоформних, невротичних та емоційно-поведінкових розладів із дебютом у дитячому віці.

3. Провести компаративний аналіз об'єктивних та суб'єктивних анксіозних проявів як найбільш експліцитних ознак СОКС, та виявити їх взаємозв'язок з інтенсивністю останніх в структурі шизоформних, невротичних та емоційно-поведінкових розладів із дебютом у дитячому віці.

4. Розробити критерії диференційної діагностики і релевантності нозологічної кваліфікації, а також базові релевантності нозологічної кваліфікації базові принципи та підходи до терапії СОКС в структурі шизоформних, невротичних та емоційно-поведінкових розладів.

Об'єкт дослідження – СОКС в структурі шизоформних, невротичних та емоційно-поведінкових розладів із дебютом у дитячому віці.

Предмет дослідження – психоанамнестичні, клініко-психопатологічні, клініко-етологічні, патопсихологічні особливості, об'єктивні та суб'єктивні анксіозні прояви, структурно-динамічні характеристики та клінічні варіанти СОКС в структурі шизоформних, невротичних та емоційно-поведінкових розладів із дебютом у дитячому віці.

Методи дослідження: психоанамнестичний, клініко-психопатологічний з допоміжним клініко-етологічним методом, патопсихологічний, клініко-психофеноменологічний, клініко-статистичний.

Наукова новизна. Вперше розроблено критерії диференційної діагностики і релевантності нозологічної кваліфікації СОКС в структурі шизоформних, невротичних та емоційно-поведінкових розладів. Розширено та вдосконалено уявлення щодо психоанамнестичних, клініко-психопатологічних, клініко-етологічних, та патопсихологічних особливостей хворих з обсесивною та компульсивною симптоматикою в структурі шизоформних, невротичних та емоційно-поведінкових розладів із дебютом у дитячому віці. Проведено компаративний аналіз об'єктивних та суб'єктивних анксіозних проявів як найбільш експліцитних ознак СОКС,

та виявлено їх специфічні констеляції взаємозв'язок з інтенсивністю останніх в структурі шизоформних, невротичних та емоційно-поведінкових розладів із дебютом у дитячому віці.

Практична значущість результатів дослідження. Виявлено структурно-динамічні характеристики та клінічні варіанти СОКС в структурі шизоформних, невротичних та емоційно-поведінкових розладів із дебютом у дитячому віці у, що створило підґрунтя для підбору базових принципів та підходів до терапії СОКС у клінічній практиці дитячої психіатрії.

Розроблено трьохмодульний алгоритм диференційної діагностики та релевантності нозологічної кваліфікації СОКС, подальше впровадження та застосування якого дозволить підвищити ефективність діагностики, і проводити правильний підбір нозологічно конгруентних терапевтичних стратегій.

На основі виявлених якісних характеристик тематики обсесій створено типологію їх тематики, що має диференційно-діагностичне, нозологічно-кваліфікаційне та прогностичне значення.

Особистий внесок здобувача. Авторкою самостійно проведено аналіз даних наукової літератури за темою дослідження, поставлено конгруентні меті задачі, підібрано адекватні методи дослідження. Самостійно проведено обстеження контингентів, проаналізовано та інтерпретовано отримані дані, написано наукові праці, написано текст дисертації.

Апробація результатів дисертації. Основні положення роботи були викладені та обговорені на засіданнях кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології

ЗДМУ та Запорізького науково-медичного товариства психіатрів, психотерапевтів, психологів, наркологів та сексологів, а також науково-практичних конференціях:

1. «Skrypnyk A. Early Interventions in Children with Psychotic and Subpsychotic Disorders. WPA Regional Congress “PSYCHOPATHOLOGY IN PERIODS OF TRANSITIONS”. July 7-9, 2021, Kyiv, Ukraine;

2. Скрипник А. С. Клінічний випадок шизокарного процесу у дівчинки підліткового віку – 2022 : мат. Всеукр. наук.-практ. конф. молод. вч. та студ. з міжн. уч. 4 лютого 2022 р., м. Запоріжжя

3. Chugunov V. V., Skrypnyk A. S. Non-chemical addictions as products of culture. X International Conference on Pathological Gambling and Other Behavioral Addictions, Warsaw, 14-15 November 2022;

Публікації. Результати відображено у 12 публікаціях, з яких 6 фахових статей відповідно до «Переліку» МОН України, 5 тез доповідей у матеріалах науково-практичних конференцій та 1 глава у співавторстві в монографії.

Структура та обсяг роботи. Дисертація складається зі вступу, шести розділів з висновками, загальних висновків, списку використаних джерел. Обсяг дисертації складає 159 сторінок друкованого тексту, її проілюстровано 4 рисунками, 6 таблицями.

Список використаної літератури містить 143 джерел, у тому числі 111 – іноземною мовою.

Розділ 1
СУЧАСНІ ВІДОМОСТІ ПРО ЕТІОПАТОГЕНЕЗ, ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ, МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ ОКР УДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

(огляд літератури)

1.1 Проблематика діагнозу ОКР у дитячому віці: сучасний стан та історичні відомості

ОКР як нозологічно окреслена патологія в межах дитячої та підліткової психіатрії за даними різних авторів зустрічається у популяції з частотою 0,25 – 4% [91, 94, 143].

Історія розуміння ОКР охоплює кілька століть, і термінологія, пов'язана з цим станом, розвивалася разом із змінами у медичних та психологічних концепціях. Хоча сам термін «обсесивно-компульсивний розлад» було запроваджено значно пізніше, перші описи симптомів ОКР можна знайти ще у медичних текстах, написаних до нашої ери. Ранні згадки подібних симптомів можна знайти в працях давньогрецьких та римських філософів та лікарів, таких як Гален, який описував пацієнтів, які страждають від нав'язливих думок та ритуалів. Обсесії та компульсії в ті часи ще не були виділені як окремий розлад, але вже тоді трактувалися як аномалії в поведінці [1].

У Середньовіччі деякі форми обсесій та компульсій пов'язувалися з релігійними віруваннями та вважалися ознаками одержимості чи гріха. Людей з нав'язливими думками та ритуальними діями часто

звинувачували у чаклунстві чи єресі. Лише пізніше, з розвитком науки, ці стани почали розглядати як психічні розлади [33].

Більш детальний клінічний опис ОКР було зроблено в XIX столітті. Один із перших психіатрів, які докладно описали такі симптоми, був французький лікар J.-É. Esquirol. У своїх роботах, опублікованих на початку XIX століття, він описував «меланхолію з нав'язливими ідеями», що може вважатися прообразом сьогоднішнього розуміння обсесій [1].

Важливу роль для розуміння суті ОКР стали дослідження французького психіатра P. Janet наприкінці XIX століття. Жане розглядав обсесії та компульсії як розлади волі та ввів поняття «психастенія» для опису станів, у яких переважали нав'язливі думки та дії. Його роботи заклали основу подальшого вивчення обсесивних станів [39].

Термін «обсесивно-компульсивний розлад» (obsessive-compulsive disorder, OCD) у його сучасному значенні був сформульований у XX столітті. У 1903 році німецький психіатр C. Westphal ввів поняття Zwangsvorstellung, що можна перекласти як нав'язливі уявлення [1, 33]. Цей термін став першим кроком до сучасного розуміння обсесивних станів, притаманних ОКР. У 1960-70-х роках з розвитком американської психіатрії та класифікацій психічних розладів термінологія стала більш уніфікованою. Зокрема, у DSM-III (третій версії «Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів»), опублікованій Американською психіатричною асоціацією в 1980 році, ОКР було вперше офіційно позначено як окремий діагноз [35].

Хоча симптоми ОКР у дорослих були описані досить рано, систематичне вивчення ОКР у дітей почалося значно пізніше. У XIX і на

початку XX століть вважалося, що психічні розлади у дітей мають інший характер, ніж у дорослих. Перший опис випадків ОКР у дітей пов'язаний з ім'ям американського психіатра C.L. Merk, який у 1930-х роках описав кілька випадків обсесивно-компульсивної поведінки у підлітків [71, 109].

Систематичне вивчення ОКР в дитячому віці почалося в середині XX століття, коли психіатри почали звертати увагу на те, що обсесії та компульсії можуть виявлятися і у дітей. У 1940-х роках роботи Л. Каннера та інші дослідження привели до висновку, що ОКР може виявлятися не тільки у дорослих, а й у дітей. Це започаткувало розробку терапевтичних підходів, спрямованих на лікування дитячих обсесій та компульсій [48].

Важливо зауважити, що наразі обсесивна симптоматика розглядається як вченими, так і лікарями-психіатрами більш широко; досягнуто розуміння, що обсесії зустрічаються не тільки в рамках ОКР, але і в структурі інших захворювань. Зокрема, виділяють псевдообсесії в структурі шизофренії, що відрізняються від істинних обсесій при ОКР за рядом параметрів [2, 5, 31]

Незважаючи на значний масив обсесивної симптоматики у дітей, та, особливо, підлітків, діагноз ОКР досі часто не встановлюється через структурну незавершеність нозоформи в даних контингентах. Так, доволі часто нав’язливості виступають не єдиною, а іноді і не центральною семіотичною ознакою з боку психіки, а також не завжди супроводжується видимими компульсивними діями [9, 15, 24, 26].

1.2 Погляди на етіологію та патогенез обсесивно-компульсивної симптоматики у дітей та підлітків

Етіологія ОКР у дітей та підлітків активно вивчається світовою спільнотою дитячих психіатрів, психотерапевтів, психологів, неврологів та педіатрів. За останні кілька десятиліть дослідники зробили значні успіхи у розумінні того, які етіофактори та механізми лежать в основі ОКР у дітей, що допомагає у розробці нових методів діагностики та лікування [47, 93, 113, 132].

Останні дослідження показують, що ОКР є мультифакторним розладом, в основі якого лежать біологічні, генетичні, психологічні і соціальні чинники. Науковці різних країн світу наразі розглядають у якості факторів ризику ОКР обтяжену генетичними аномаліями спадковість, сімейну історія психічних розладів, нейромедіаторні зміни в роботі мозку (зокрема порушення у стріатумі та кортико-стріатально-таламо-кортикальних ланцюгах), вплив стресу, психотравматичних подій, негативних факторів довкілля, харчових подразників, інфекційних агентів та багато інших [40, 63, 94].

Багато вчених приділяють значну увагу вивченню генетичних чинників, які впливають розвиток ОКР у дітей. Одним із ключових напрямків роботи є вивчення сімейних випадків захворюваності на ОКР та випадків даного захворювання у близнюків. Так, дослідження за участю близнюків D. L. Pauls та співавторів показують, що спадковість ОКР може становити від 40 до 65%. Цей фактор значно вищий, ніж у інших тривожних розладів, що наголошує на важливості генетичного компонента. У той же час наявність ОКР у родичів не означає, що дитина захворіє, що вказує на складну взаємодію генетики з іншими факторами [98, 99, 124].

Дослідження Національного інституту психічного здоров'я також показують, що ОКР має спадковий характер. Зокрема, за отриманими даними I. M. Marks та співавторів у дітей, чиї батьки або близькі родичі страждають на ОКР або інші тривожні розлади, ймовірність виникнення обсесивно-компульсивних симптомів у 2-3 рази вища, ніж у дітей без сімейної історії даного захворювання [85].

Численні дослідження виявили низку генів, пов'язаних з розвитком ОКР. Одним із найбільших досліджень у галузі генетичної етіології є проект «OCD Collaborative Genetics Association Studies», який об'єднує вчених із різних країн Європи. Дослідження показують, що кілька генів можуть бути пов'язані з розвитком ОКР. Деякі з них беруть участь у регуляції серотоніну (наприклад, SLC6A4, що кодує серотоніновий транспортер), а інші – у метаболізмі глутамату (наприклад, GRIN2B). Ці гени можуть впливати на вразливість до ОКР через механізми, пов'язані з нейротрансмісією та нейрональною пластичністю [84, 88].

Роботи групи вчених із Німеччини показали, що зміни в генах, які відповідають за метаболізм глутамату, можуть відігравати ключову роль у розвитку обсесивно-компульсивних симптомів. Ці дані підкреслюють важливість нейромедіаторних систем у виникненні ОКР [66].

Нейрохімічні дослідження показали, що при ОКР відбуваються порушення роботи декількох нейромедіаторних систем, особливо в системі серотоніну і глутамату. Дефіцит або дисбаланс серотоніну, ключового нейромедіатора, пов'язаного з регуляцією настрою, імпульсів та тривожності, розглядається як один із основних механізмів розвитку ОКР. Це підтверджується ефективністю лікування селективними

інгібіторами зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), які зменшують симптоматику ОКР у більшості пацієнтів [136].

В останні роки вчені стали звертати більше уваги на роль саме глутамату - основного нейромедіатора, що збуджує в мозку. Дослідження показують, що глутамат бере участь у регуляції нейрональної пластичності та передачі сигналів у кортико-стріатально-таламо-кортикальних ланцюгах. Порушення його балансу може призводити до надмірної активності в мозкових ланцюгах, що може бути пов'язане із виникненням обсесій та компульсій. Досліджуються нові препарати, спрямовані на модуляцію глутаматної системи, які можуть покращити результати лікування ОКР [57, 64, 110].

Сучасні дослідження також розглядають епігенетичні механізми - зміни в експресії генів під впливом факторів довкілля. Травматичні події у дитинстві, інфекції або хронічний стрес можуть активувати або пригнічувати певні гени, що сприяє розвитку ОКР у генетично схильних людей [104, 106].

Важливу роль у вивченні ОКР відіграють дослідження нейробіологічних його аспектів. Численні роботи, проведені з використанням методів нейровізуалізації, таких як функціональна магнітно-резонансна томографія та позитронно-емісійна томографія, показують, що при ОКР порушена робота певних ділянок мозку. Дослідження нейробіологічних механізмів ОКР у дорослих та дітей спрямовані на вивчення, зокрема, кортико-стріатально-таламо-кортикальних ланцюгів, які пов'язані з регулюванням емоцій, контролю імпульсів, прийняття рішень, виконанням ритуалізованих процесів та обробкою інформації що може пояснювати труднощі дітей з ОКР у

придушенні обсесивних думок та дій За даними S. E. Stewart та співторів, у дітей такі зміни можуть бути більш динамічними і схильними до змін в залежності від віку, що робить раннє втручання особливо важливим [121-123].

Префронтальна кора – це область, відповідальна за планування та контроль поведінки. У пацієнтів з ОКР спостерігається гіперактивність цієї зони, що призводить до нав'язливих думок та нездатності контролювати компульсивні дії. Базальні ганглії беруть участь у формуванні звичок та автоматичних дій. Порушення у їх функціонуванні пов'язані з труднощами у придушенні небажаних ритуалів і нав'язливої поведінки [134, 135].

Через таламус проходить інформація від сенсорних систем, а тому його гіперактивність може сприяти виникненню обсесій, пов'язаних із сенсорними стимулами (наприклад, страх забруднення). Гіперактивність цих ланцюгів призводить до дисбалансу в роботі системи «петлі зворотного зв'язку», в результаті чого пацієнти з ОКР опиняються в стані, при якому вони не можуть адекватно оцінити необхідність виконання певної дії (наприклад, ритуалу) та мають труднощі з його припиненням. Ці дані дозволили припустити, що порушення у функціонуванні кортико-стріатоталамо-кортикального ланцюга можуть лежати в основі обсесивно-компульсивної поведінки [78, 101, 135].

Хоча генетика та нейробіологія відіграють значну роль у патогенезі ОКР, навколишнє середовище та психосоціальні фактори також важливі. Ці чинники можуть як сприяти розвитку розладу, і впливати на тяжкість його проявів.

Деякі дослідники приділяють значну увагу ролі середовищних факторів у розвитку ОКР у дітей. Одним із ключових напрямів є вивчення впливу сімейного середовища та раннього дитячого досвіду. Дослідження, проведені у Великій Британії E. M. Thompson та співаторами, показують, що діти, які виросли в сім'ях з високим рівнем стресу та жорсткими вимогами до перфекціонізму, частіше страждають на ОКР. Такі діти можуть бути більш схильні до розвитку обсесій, пов'язаних з ідеєю досконалості та симетрії [127].

За даними ряду авторів батьки, які виявляють надмірну турботу або тривожність, можуть несвідомо сприяти формуванню у дитини обсесій та компульсій. Наприклад, якщо батьки надмірно стурбовані чистотою та здоров'ям, це може передатися дитині та викликати у неї аналогічні страхи. Крім того, психотравматизація внаслідок неадекватних батьківсько-дитячих взаємовідносин також може стати тригером для розвитку ОКР у дітей [51, 52, 97].

Сучасні когнітивно-поведінкові теорії розглядають ОКР як наслідок порушень в обробці інформації та реакції на внутрішні та зовнішні стимули.

У якості етіофактору виникнення ОКР розглядається також модель неправильної оцінки небезпеки. Згідно з цією моделлю, люди з ОКР схильні переоцінювати ризик негативних наслідків, що призводить до виникнення нав'язливих думок. Наприклад, пацієнт може вважати, що невимкнене світло у будинку обов'язково призведе до пожежі, хоча ймовірність цієї події вкрай мала. Ці ірраціональні оцінки ведуть до виникнення обсесій, а потім і компульсій — ритуальних дій, спрямованих на запобігання передбачуваній загрозі [42, 49].

Інша когнітивна модель передбачає, що хворі на ОКР відчувають труднощі з придушенням нав'язливих думок. Коли такі думки з'являються, вони викликають сильне занепокоєння, і спроби їх ігнорувати чи придушити призводять до їхнього посилення, що ще більше закріплює обсесивно-компульсивну поведінку [119].

Психологічні теорії розглядають ОКР як результат особливостей мислення та поведінкових реакцій. Когнітивно-поведінкова теорія стверджує, що обсесивні думки виникають як реакція на тривожні стимули, а компульсивні дії є способом зменшення тривоги. Наприклад, якщо дитина боїться захворіти, вона може багаторазово мити руки, щоб уникнути уявної інфекції. Ця стратегія тимчасово знижує тривогу, але потім така поведінкова стратегія закріплюється, перетворюючись на автоматизовану поведінку [103].

Дослідження когнітивних психологів, таких як J. S. Abramowitz, також зробили значний внесок у розуміння когнітивних процесів, пов'язаних із ОКР. Ці дослідження показують, що діти з ОКР схильні до катастрофічного мислення та мають підвищену чутливість до невизначеності. Наприклад, якщо у дитини виникає обсесія, пов'язана з можливістю зараження, вона може сприймати цю ймовірність як дуже високу, навіть якщо вона насправді мінімальна [34].

Активно вивчається вплив травматичних подій на розвиток ОКР. Наприклад, дослідження, проведені в Нідерландах колективом психіатрів та психологів, показують, що діти, які пережили тяжкі стреси, такі як жорстоке поводження, втрата близької людини або розлучення батьків, можуть мати підвищений ризик появи ОКР [102].

Одним із ключових напрямів досліджень у Європі є вивчення зв'язку між нейрозапаленням та розвитком ОКР. Зокрема, в рамках досліджень, проведених Каролінським інститутом у Швеції, вивчається гіпотеза про те, що інфекції та аутоімунні процеси можуть провокувати розвиток обсесивно-компульсивних симптомів. Дослідження показали, що у дітей, які перенесли стрептококову інфекцію, спостерігається підвищений ризик розвитку ОКР та інших обсесивно-компульсивних симптомів. Цей феномен отримав назву PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections) [95].

Дослідження PANDAS припускають, що стрептококова інфекція може викликати аутоімунну відповідь, при якій антитіла, спрямовані проти стрептококів, атакують клітини мозку, викликаючи запалення та порушуючи роботу базальних гангліїв, які зумовлюють появу обсесивно-компульсивної симптоматики. Подібні досліджень можуть призвести до розробки нових методів лікування ОКР, таких як імунотерапія [45].

Деякі дослідження також припускають, що хронічні запальні процеси можуть грати роль розвитку ОКР у дорослих. Порушення в роботі імунної системи можуть призводити до запалення в мозку, що впливає на роботу нейронних мереж, пов'язаних із поведінковими проявами ОКР [74].

Таким чином, патогенез ОКР розглядається як результат взаємодії безлічі факторів: нейробіологічних, генетичних, когнітивних та середовищних. Це комплексне розуміння дозволяє вченим розробляти нові методи лікування, націлені на різні аспекти розладу, включаючи фармакологічну терапію, когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) та дослідження нових мішеней, таких як імунна та глутаматна системи.

1.3 Особливості проявів обсесивно-компульсивної симптоматики у осіб дитячого та підліткового віку

Класичний обсесивно-компульсивний синдром є патологічним станом у вигляді періодично повторюваних, стійких, спонтанних, тематично примітивних та віддалених від наповнення свідомості, емоційно монотонних та суб'єктивно обтяжливих думок, модифікуючих поведінку та потребуючих реалізації спонукань до дій, що приносять тимчасове полегшення [24, 25].

Особливість ОКР у дітей полягає у тому, що діти не завжди усвідомлюють ірраціональність своїх нав'язливих думок і дій. У міру дорослішання це усвідомлення зазвичай розвивається, але на ранніх етапах, особливо у віці до 8-10 років, дитина може не розуміти, що її поведінка є відхиляючоюся від норми. Це ускладнює ранню діагностику та заважає своєчасному лікуванню. Враховуючи, як багато дітей соромляться говорити про свої нав'язливі думки та ритуали, діагностичні процеси вимагають більш уважного підходу з боку батьків, педагогів та медичних працівників [14, 41].

ОКР у дітей часто починає проявлятися у віці 7-12 років, але можливий початок захворювання і у більш ранньому віці. Згідно з даними D. A. Geller та співавторів, ОКР у дитячому віці зустрічається у 1-2% дітей та підлітків, що робить цей розлад досить поширеним серед інших психічних порушень у дитячій популяції. При цьому хлопчики частіше страждають на ОКР у дитячому віці, ніж дівчатка, хоча до

підліткового періоду гендерні відмінності у захворюванності на ОКР згладжуються [60, 61, 105].

Дослідження показують, що якщо ОКР розвивається у дитячому віці і залишається нелікованим, воно часто переростає у дорослу форму розладу, що може призвести до значних труднощів у соціальній, освітній та професійній сферах. У зв'язку з цим виявлення, діагностика та лікування ОКР у дітей мають бути пріоритетними завданнями психіатрів та клінічних психологів [114].

ОКР у дітей відрізняється від аналогічного розладу у дорослих рядом особливостей. Вчені відзначають, що у дитячому віці ОКР може виявлятися у різних формах, при яких симптоми часто залишаються непоміченими чи неправильно інтерпретуються дорослими, включаючи батьків та вчителів. Це становить значну проблему, оскільки дослідження показують, що рання діагностика та лікування відіграють ключову роль у покращенні прогнозу для дітей з ОКР [38, 53, 96, 139].

Прояви ОКР у дітей включають обсесії (нав'язливі думки) та компульсії (ритуальні дії), але їх виразність та характер можуть відрізнятися від дорослих форм. У дітей вони можуть бути менш конкретними та більш розпливчастими. Часто діти не можуть точно пояснити свої нав'язливі думки або зрозуміти їхню ірраціональність. Наприклад, вони можуть переживати через «погані» думки, хоча не завжди усвідомлюють, що вони нав'язливі. Обсесії у дітей часто пов'язані з темами забруднення, заподіяння шкоди чи агресії, симетрії чи правильності виконання дій [25, 30].

Ритуали або компульсивні дії у дітей можуть включати повторні перевірки (наприклад, стійка необхідність постійно перевіряти, чи

зачинені двері), миття рук, перерахування предметів та розстановку їх певним чином, а також необхідність стереотипного повторення певних слів чи фраз. Компульсивна поведінка у дітей може виявлятися у рутинних діях, які батьки чи вчителі можуть інтерпретувати як звичні чи нормальні [120, 125].

Діти з ОКР часто намагаються приховати свої симптоми через страх бути незрозумілими чи осміяними. На відміну від дорослих, діти можуть не усвідомлювати, що їхня поведінка є незвичайною чи проблематичною, або ж відчувають сором за свої ритуали та думки, через що намагаються їх приховувати [3, 54].

Дослідження показують, що діти з ОКР можуть довгий час не звертатися за допомогою, оскільки вони або не усвідомлюють, що з ними щось не так, або вважають свої ритуали занадто особистими та не хочуть їх позбавлятися. Це призводить до затримок у діагностиці та початку лікування [80].

У дітей з ОКР нерідко спостерігаються супутні психічні розлади, такі як тривожні розлади, депресія, синдром дефіциту уваги та гіперактивності, розлади поведінки та тіки. Дослідження показують, що близько 60-70% дітей з ОКР також мають супутні розлади, що також ускладнює діагностику та лікування [11, 55, 120].

У дітей з ОКР може спостерігатися коморбідність із психоневрологічною патологією, зокрема із синдромом Туретта або іншими тіковими розладами. Це пов’язано зі спільними нейробіологічними механізмами із залученням базальних гангліїв у патологічний процес [116, 140, 141].

ОКР у дітей може проявлятися по-різному на різних етапах розвитку дитини. Вчені підкреслюють, що структура обсесій та компульсій може змінюватись у міру дорослішання дитини. Так, у молодшому віці симптоми ОКР можуть бути особливо помітними. Діти молодшого віку можуть демонструвати ритуали, пов'язані із повторюваними діями, грою чи прагненням порядку. Батьки можуть розцінювати це як фазу нормального розвитку [100, 108].

У підлітковому віці симптоми ОКР можуть стати більш виразними та тривожними для самої дитини. З'являється більший ступінь самосвідомості та розуміння, що думки та ритуали ірраціональні. Однак це може також посилювати тривожність і провокувати відчуття сорому за дані симптоми, що веде до замкнутості підлітка та уникнення звернення за допомогою [12, 87, 89].

Наголошується, що діти з ОКР можуть мати певні когнітивні особливості, які впливають на характер їх обсесій та компульсій. Так, діти з ОКР часто схильні до перфекціонізму і відчувають необхідність, щоб все було правильно чи ідеально. Це може стосуватися виконання домашніх завдань, підтримання порядку в кімнаті або взаємодії з оточуючими [13, 72, 81].

Вчені відзначають кілька аспектів, які характерні для проявів ОКР у осіб із дебютом у дитячому віці. Так, у хворих на ОКР дітей може спостерігатись магічне мислення, коли вони вірять, що їхні дії чи думки можуть вплинути на реальні події. Дитина може думати, що якщо вона не виконає певний ритуал, то станеться щось погане з його близькими [58, 81, 91].

Діти з ОКР можуть мати труднощі з контролем імпульсивних процесів, особливо у ситуаціях стресу. Це пов’язано з порушенням роботи нейронних ланцюгів, відповідальних за придушення імпульсів, що призводить до виконання компульсивних дій. ОКР може суттєво впливати на повсякденне життя дитини, особливо у шкільному та соціальному середовищі [11, 58, 70].

Також показано, діти з ОКР можуть відчувати труднощі з концентрацією уваги на навчальних завданнях через нав'язливі думки. Деякі з них витрачають багато часу на ритуали (наприклад, переписування тексту або перевірку роботи), що знижує їхню продуктивність і викликає проблеми в школі. Вплив ОКР на соціальний розвиток також великий, тому що дитина може уникати спілкування з однокласниками або друзями через сорому за свої симптоми [16, 62, 83, 91].

Симптоми ОКР можуть призводити до соціальної ізоляції. Діти можуть уникати спілкування з друзями, якщо їхні ритуали стають надто помітними чи складними для виконання у громадських місцях. Це може призвести до розвитку низької самооцінки та посилення соціальної тривожності [129].

Особливості взаємодії дитини з сім'єю відіграють важливу роль у вираженості симптомів ОКР. Вчені наголошують, що діти з ОКР часто залучають своїх батьків до виконання ритуалів або вимагають від них підтримки певних правил та розпорядків. Це може посилювати симптоми та ускладнювати процес лікування [117].

Батьки можуть несвідомо підтримувати компульсивну поведінку дитини, виконуючи її вимоги (наприклад, перевіряти двері кілька разів

або підтримувати суворий порядок у будинку). Також діти, які ростуть у сім'ях із високим рівнем тривожності чи перфекціонізму, можуть переймати ці риси, що посилює прояви обсесій та компульсій [73, 117, 130, 131].

Діагностика ОКР в Україні та багатьох інших країнах ґрунтується на критеріях, викладених у Міжнародній класифікації хвороб (МКХ) 10. Відповідно до цих критеріїв, щоб поставити діагноз ОКР, обсесії та/або компульсії повинні займати значну кількість часу (понад одну годину на день), викликати виражений дискомфорт або порушувати повсякденну діяльність дитини. При цьому необхідно виключити інші розлади, такі як генералізований тривожний розлад або тіки, які можуть мати схожі симптоми [32, 77, 86, 107].

Для діагностики ОКР у дітей використовуються різні методики. Одним із найпоширеніших інструментів є Дитячий опитувальник обсесивно-компульсивного розладу (CY-BOCS) [111], який оцінює виразність обсесій та компульсій. Також можуть використовуватися напівструктуровані клінічні інтерв'ю з батьками та дитиною. Батьківські звіти відіграють важливу роль у діагностиці, оскільки батьки можуть надати інформацію про те, як дитина поводиться вдома, про її ритуали та звички, яких може бути не видно на прийомі у лікаря [7, 112].

1.4 Особливості терапії ОКР у дітей та підлітків

Лікування ОКР у дітей потребує індивідуального підходу і часто включає комбінацію фармакологічного лікування та психотерапевтичних заходів (КПТ, сімейної терапії). Основною метою

лікування є зменшення інтенсивності обсесій та компульсій, покращення якості життя дитини, а також запобігання довгостроковим наслідкам ОКР [115].

Одним з найрозповсюдженіших методів лікування ОКР у дітей та підлітків вважається когнітивно-поведінкова терапія з елементами експозиції та запобігання ритуалам (Exposure and Response Prevention, ERP) [65]. Дослідження показують, що КПТ допомагає значно зменшити симптоми ОКР у 60-80% дітей, що робить цей метод підходящим для початкового лікування [138].

КПТ ґрунтується на ідеї, що підвищений рівень тривожності та тривоги потенціює виникнення захисних обсесій які, в свою чергу, посилюють тривогу, яка підкріплюється компульсивною поведінкою. Коли дитина виконує ритуали (наприклад, багаторазово миє руки або перевіряє замки), її тривога тимчасово зменшується. Однак компульсії не вирішують основної проблеми і можуть закріплюватися як спосіб справлятися з тривогою, тим самим посилюючи обсесії у довгостроковій перспективі [75].

У КПТ основна увага приділяється двом ключовим процесам – експозиції та запобіганню ритуалам. Експозиція передбачає поступове занурення дитини в ситуації, які викликають у неї обсесії, без можливості виконання ритуалів. Наприклад, якщо дитина боїться забруднення, її просять торкнутися брудного предмета, не виконуючи звичного ритуалу миття рук.

Запобігання ритуалам діє таким чином: терапевт допомагає дитині утримуватися від виконання компульсивних дій, навіть якщо це викликає значне занепокоєння. Поступово дитина вчиться справлятися з

тривогою та розуміє, що її обсесії не призводять до реальних негативних наслідків [36, 37].

Процес проводиться під наглядом терапевта і зазвичай починається з пропрацювання ситуацій, що є найменш лякаючими, щоб дитина могла поступово звикнути до дискомфорту. Наприклад, якщо дитина відчуває страх забруднення, терапевт може спочатку попросити його торкнутися до умовно чистого предмета, такого як ручка дверей. З кожною сесією рівень складності ситуацій зростає. Це допомагає дитині розвивати толерантність до тривоги та позбавлятися нав'язливих ритуалів [46, 47].

Важливим елементом є поступовість експозиції – дитина має відчувати контроль за процесом. Терапевт і дитина спільно розробляють ієрархію страхів - список ситуацій, що викликають тривогу та страх, починаючи з тих, що найменш лякають, і закінчуючи найважчими. Такий підхід допомагає уникнути перевантаження та опору з боку дитини [68].

КПТ з елементами експозиції із запобіганням ритуалам показала високу ефективність у дітей з ОКР. За даними A. M. Garcia та співавторів, показали, що КПТ є кращим методом лікування порівняно з медикаментозною терапією, хоча в деяких випадках призначення СІЗЗС також необхідне для зменшення симптомів [59].

Коли КПТ виявляється недостатньою або симптоми ОКР є надто інтенсивними, можуть бути призначені медикаментозні препарати. Основні ліки, що використовуються для лікування ОКР у дітей, - це СІЗЗС, такі флуоксетин, сертралін, флувоксамін, есциталопрам [126].

СІЗЗЗ збільшують рівень серотоніну в мозку, що допомагає регулювати настрій та знижувати тривожність. Ці препарати вважаються безпечними для дітей та підлітків та схвалені для використання у педіатричній практиці. Дослідження показали, що СІЗЗС можуть значно зменшити симптоми ОКР у дітей, хоча відповідь на медикаментозне лікування може змінюватись в залежності від індивідуальних особливостей дитини [128].

Фармакологічне лікування зазвичай комбінується з КПТ, оскільки медикаменти можуть допомогти знизити тривогу, що полегшує виконання експозиції та запобігання ритуалам.

Хоча СІЗЗС вважаються відносно безпечними для дітей, вони можуть мати побічні ефекти, такі як головний біль, безсоння, нудота або зниження апетиту. Крім того, на початкових етапах лікування можливе тимчасове посилення тривоги, що потребує ретельного контролю з боку лікаря. Регулярний моніторинг допомагає оцінити ефективність та безпеку лікування, а також коригувати дозування за потреби [69, 90].

Сім'я відіграє значну роль у лікуванні ОКР у дітей. Оскільки компульсії часто пов'язані з домашніми ритуалами та поведінкою, залучення батьків до терапевтичного процесу допомагає успішному лікуванню.

Підтримка батьків, зокрема, сприяє зростанню ефективності застосування КПТ. Терапевти часто залучають батьків до процесу лікування, навчаючи їх стратегіям управління обсесіями та компульсіями вдома. Батьки повинні допомогти дитині застосовувати техніки експозиції у повсякденному житті, а також уникати

ненавмисного підкріплення компульсій (наприклад, надмірного заспокоєння дитини чи допомоги у виконанні ритуалів) [76].

Сімейна терапія включає навчання батьків розумінню ОКР: батьки повинні розуміти, що обсесії та компульсії – це симптоми психічного розладу, а не просто «дивна» поведінка. Необхідною є мінімізація сімейного стресу, оскільки ОКР може значно вплинути на сімейні стосунки, викликаючи фрустрацію та конфлікти. Для успішного лікування ОКР у дитини потрібно, щоб батьки навчилися правильно реагувати на симптоми дитини, уникаючи надмірного контролю або, навпаки, потурання ритуалам [133, 137].

Важливою є також і під тримка у застосуванні КПТ вдома: батьки можуть допомагати дитині виконувати техніки експозиції поза кабінетом терапевта та підтримувати його у запобіганні ритуалам. Сімейна терапія допомагає створити здорове середовище для дитини, де симптоми ОКР не посилюються через неправильну поведінку членів сім'ї. Це особливо важливо для більш ефективного та стійкого лікування [10, 25, 92].

У разі резистентного ОКР, коли традиційні методи лікування є недостатньо ефективними, розглядаються інші варіанти терапії. Методи нейромодуляції, такі як транскраніальна магнітна стимуляція і глибока стимуляція мозку, починають використовуватися як новаторські підходи для лікування важких форм ОКР у підлітків. Ці процедури спрямовані на зміну активності певних зон мозку, пов'язаних із обсесіями та компульсіями. Хоча ці методи все ще вважаються експериментальними та застосовуються лише в особливо складних випадках, вони демонструють перспективні результати [142].

Розвиток нейробіологічних досліджень ОКР у дітей може призвести до появи нових фармакологічних препаратів, які впливатимуть на специфічні нейронні ланцюги, залучені до розвитку розладу. Сучасні препарати в основному орієнтовані на регуляцію серотоніну, але нові дослідження припускають, що в патогенез ОКР можуть бути залучені інші нейромедіатори, такі як глутамат. Безперервно проводиться пошук нових активних молекул, що змогли би зменшити симптоми ОКР [50, 56, 79]. При шизообсесіях ефективним лікуванням являються препарати з кола антипсихотиків [23].

Таким чином, актуальним завданням сучасної дитячої психіатрії є встановлення сучасного стану тематики обсесій у дітей з різними психічними розладами, а також відстежування патоморфозу нав'язливостей та супроводжуючих їх компульсій в динаміці, та створення базових принципів терапії обсесієформної симптоматики відповідно до її нозологічної приналежності.

Висновки до розділу 1

Обсесивно-компульсивні симптоми є розповсюдженим розладом у осіб дитячого та підліткового віку, однак це не завжди вказує на наявність ОКР у дитини. Підходи до встановлення діагнозу ОКР у практиці дитячої психіатрії змінювалися з часом, і наразі достовірно відомо, що не всі нав'язливі думки та дії, які виникають у осіб дитячого віку, можуть бути кваліфіковані в рамках класичної невротичної рубрики. Незважаючи на іноді вкрай значний масив обсесивної симптоматики у дітей, та, особливо, підлітків, діагноз ОКР зазвичай не

встановлюється через структурну незавершеність нозологічної форми в даних контингентах. Так, доволі часто нав'язливості виступають не єдиною, а іноді і не центральною семіотичною ознакою з боку психіки, а також не завжди супроводжується видимими компульсивними діями.

Обсесивна симптоматика у дітей наразі зазнає як істинного, так і терапевтичного та псевдоморфозу. Спостерігаються зміни в тематиці, проявах, силі вираженості, частоті та першопричинах виникнення обсесій, а також у механізмах реалізації та формах спонукання до захисних компульсивних актів, які вимагають особливих підходів до розпізнання та лікування. Нажаль, через недостатню обізнаність лікарів-практиків щодо існуючих клінічно значущих відмінностей між характеристиками динаміки обсесивної симптоматики в структурі різних нозологій вони не завжди враховуються в ході рутинної психодіагностичної процедури, що призводить до значного погіршення її якості.

Таким чином, актуальним завданням сучасної дитячої психіатрії є встановлення сучасного стану тематики обсесій у дітей з різними психічними розладами, а також відстежування патоморфозу нав'язливостей та супроводжуючих їх компульсій в динаміці, та створення базових принципів терапії обсесієформної симптоматики відповідно до її нозологічної приналежності.

Розділ 2
ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТИНГЕНТІВ ОБСТЕЖЕННЯ ТА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Дизайн і загальна характеристика обстежених контингентів

Дослідження було проведене на кафедрі психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології ЗДМФУ, а також на її клінічних базах, зокрема Комунальному неприбутковому підприємстві «Обласний клінічний заклад психоневрологічної допомоги та соціально значущих хвороб Запорізької обласної ради (КНП «ОКЗПНД та СЗХ» ЗОР), за умов інформованої згоди пацієнтів та їх батьків/опікунів стаціонарно та амбулаторно (в рамках кафедрального консультування) було обстежено 117 дітей та підлітків віком від 8 до 18 років з обсесієформною симптоматикою, а також молодих осіб віком від 18 до 25 років з обсесієформною симптоматикою, що вперше виникли у них в дитячому або підлітковому віці (за даними психоанамнестичного дослідження), з яких для подальшого дослідження було відібрано 100 осіб. Попри включення осіб до 25 років, усі вони мали початок обсесивної симптоматики у дитячому чи підлітковому віці, тому з клініко-психопатологічної позиції аналізувалися як носії розладів дитячого віку з тривалим перебігом. Відповідно до нозологічної приналежності їх було розподілено на 3 групи.

До групи 1 (Г1) увійшли 40 осіб із шизоформними розладами, що супроводжувалися різноманітними нав’язливостями, компульсіями та ритуалами. Враховувалися такі діагнози, як: аутизм (F84.0 Дитячий

аутизм), розлади аутистичного спектру (F84.1 Атиповий аутизм; F84.5 Синдром Аспергера), дитяча шизофренія (F20 Шизофренія), шизотиповий розлад (F21 Шизотиповий розлад), інші психотичні розлади, пов’язані зі стресом (F23 Гострі та транзиторні психотичні розлади).

З позицій клінічної ретроспективи та найближчого катамнезу діагнози пацієнтів даної групи розміщувалися в континуумі «аутизм/розлади аутистичного спектру – шизотиповий розлад / шизофренія».

Група 2 (Г2) складалася із 30 осіб, у яких були наявні розлади невротичного спектру із окресленими обсесивними проявами, зокрема саноцентричного, іпохондричного, фобічного характеру. Враховувалися такі діагнози, як: ОКР (F42 Обсесивно-компульсивний розлад), тривожні розлади (F93.0 Тривожний розлад, пов'язаний із розлукою; F93.2 Соціальні тривожні розлади в дитячому віці; F41 Інші тривожні розлади), фобічні розлади (F93.1 Фобічні тривожні розлади в дитячому віці; F40 Фобічні тривожні розлади), специфічні нав’язливості (F63 Розлади звичок та потягів), іпохондрія (F45.2 Іпохондричні розлади).

В даній групі позиції клінічної ретроспективи та найближчого катамнезу були однорідними (не підлягали клінічній еволюції, хоча і могли переміщуватися всередині діагностичних рубрик невротичного рівня).

До групи 3 (Г3) увійшли 30 осіб з емоційно-поведінковими розладами. Враховувалися різноманітні розлади поведінки та емоцій дитячого віку з різнорідними розширеннями, зокрема з порушенням рівню функціонування (F91. Розлади поведінки; F92. Змішані розлади поведінки та емоцій; F98.8 Інші специфічні розлади поведінки та емоцій, що виникають зазвичай у дитячому та підлітковому віці; F98.9 Неспецифічні

розлади поведінки та емоцій, що виникають зазвичай у дитячому та підлітковому віці), розлади адаптації (F43 Реакція на тяжкий стрес та розлади адаптації), акцентуації (Z73.1 Акцентуйовані особистісні риси), психопатії (F60 Специфічні розлади особистості; F61 Змішані та інші розлади особистості), психотравматизація в анамнезі (Z61 Проблеми, пов'язані з несприятливими життєвими подіями в дитинстві (останні враховувалися у якості додаткового діагнозу).

З позицій клінічної ретроспективи та найближчого катамнезу діагнози пацієнтів даної групи розміщувалися в континуумі «емоційно-поведінковий розлад дитячого віку – розлади адаптації – розлади поведінки – акцентуації – розлади особистості ».

Дизайн дослідження носив проспективно-ретроспективний характер та складався із трьох етапів.

На першому етапі – *клініко-аналітичному* – були відібрані діти, підлітки та молоді особи із обсесієформою симптоматикою, яким було проведено комплексне обстеження для встановлення поточного психічного статусу та збір психоанамнестичних даних задля виявлення їх медико-психологічних та клініко-психопатологічних характеристик, а також реконструкції психопатогенезу нав'язливостей та встановлення їх етіофакторів.

В рамках цього етапу дослідження зі 117 обстежених дітей, підлітків та молодих осіб й із обсесієформною симптоматикою було відібрано 100 відповідно до нижченаведених критеріїв включення/виключення.

Критерії включення:

– наявність обсесієформної семіотики;

– вік початку обсесій до 18 років;

– вік на момент дослідження від 8 до 25 років;

– здатність до вербальної комунікації;

– наявність обсесивної семіотики;

– наявність захворювань шизоформного кола (для Г1);

– наявність захворювань невротичного кола (для Г2);

– наявність захворювань афективно-поведінкового кола (для Г3). Критерії виключення:

– наявність тяжкої неврологічної патології;

– наявність декомпенсованих соматичних захворювань;

– інтелектуальна недостатність важкого та середнього рівня;

– відсутність згоди пацієнта або батьків або опікунів

На цьому етапі дослідження було встановлено характер нав'язливостей, тематичне наповнення, частоту та провокуючі фактори їх виникнення. Також досліджено взаємозв'язки обсесивної симптоматики з іншою психопатологічною семіотикою, зокрема із об'єктивно реєстрованими та суб'єктивно ідентифікованими анксіозними проявами (будь-якими проявами тривожної симптоматики).

Даний етап було реалізовано за допомогою таких методів, як психоанамнестичний, клініко-психопатологічний з допоміжним клініко-етологічним, патопсихологічний, клініко-статистичний. Для визначення рівня суб'єктивної вираженості тривоги було застосовано шкалу тривоги Спілбергера – Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) [118], яку заповнювали пацієнти. Для визначення об'єктивних ознак тривожності було застосовано опитувальник «Рівень тривожності дитини» Лаврентьевої

та Тітаренко, який заповнювали батьки/опікуни хворих [6]. Рівень вираженості обсесій та компульсій визначався за дитячою шкалою обсесивно-компульсивних розладів Йеля –- Брауна (CY-BOCS) [111].

Гіпотеза про нормальність розподілу була перевірена за допомогою тесту Шапіро – Вілка та Колмогорова – Смірнова. Достовірність відмінностей між групами порівняння оцінювалась за допомогою критеріїв Манна – Уітні та Краскела – Уоліса. Для встановлення кореляційних зв'язків між показниками тривоги та обсесивно-компульсивною симптоматики виконувалося розрахування рангових кореляцій Спірмена. Всі розрахунки здійснювались за допомогою програми STATISTICA 10.0.

В результаті першого етапу дисертаційної роботи було проведено комплексне клініко-психопатологічне та психометричне дослідження хворих із обсесієформною симптоматикою різного генезу, що дало можливість встановити тематичне наповнення обсесій, їх кількісні та якісні характеристики, а також зв'язок із іншою психопатологічною симптоматикою у хворих із розладами шизоформного, невротичного та емоційно-поведінкового спектру.

На другому етапі дослідження – *клініко-синтетичному* – було здійснено систематизацію важливих для диференційної діагностики та релевантності нозологічної кваліфікації параметрів СОКС у обстежених контингентів. Метою було підвищення ефективності диференційної діагностики та релевантності нозологічної кваліфікації СОКС у хворих із розладами шизоформного, невротичного та емоційно-поведінкового спектру.

Даний етап дослідження було реалізовано за допомогою клініко-психопатологічного з допоміжним клініко-етологічним, та клініко-

психофеноменологічного методів. За його результатами було досягнуто підвищення ефективності диференційної діагностики та релевантності нозологічної кваліфікації СОКС у хворих із розладами шизоформного, невротичного та емоційно-поведінкового спектру.

На третьому етапі дослідження – прогностично-терапевтичному – було здійснено підбір базових принципів та підходів до терапії СОКС з урахуванням характеристик нав'язливостей та природи захворювання осіб із розладами шизоформного, невротичного та емоційно-поведінкового спектру, отриманих на перших двох етапах дослідження.

2.2. Характеристика методів дослідження

Дизайн дослідження носив проспективно-ретроспективний характер та складався із трьох етапів. В ході його реалізації було застосовано психоанамнестичний, клініко-психопатологічний з допоміжним клініко-етологічним методом, патопсихологічний, клініко-психофеноменологічний, клініко-статистичний методи дослідження.

Усі вищеперераховані методи дослідження використовувалися для досягнення конкретних цілей дисертаційної роботи:

Психоанамнестичний методи – для вивчення віку маніфестації обсесієформної симптоматики, етіофакторів, що стали причиною їх появи, іншої психопатологічної симптоматики, що супроводжувала чи передувала їх виникненню, для встановлення тематичного наповнення нав'язливостей, їх характеристик за тривалістю, частотою та вираженістю в розрізі динаміки перебігу захворювання, а також для визначення загального психічного та соматичного стану від моменту появи обсесієформної симптоматики до моменту дослідження;

Клініко-психопатологічний метод був застосований у традиційному вигляді для ідентифікації нозологічної приналежності психопатологічних порушень відповідно до критеріїв рубрик МКХ-10 та аналізу особливостей їх клінічного перебігу, з верифікацією за допомогою клінічних шкал, дібраних конгруентно до кожного з визначених у дослідженні параметрів психіки дітей із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами:

– шкалу тривоги Спілбергера – Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) [118] – для визначення рівня суб'єктивної тривоги у двох її вимірах – ситуативної та особистісної тривожності. Усім хворим було надано опитувальник, що складався із двох блоків по 20 запитань кожний, який вони заповнили після отримання відповідної інструкції. Субшкала для визначення рівню ситуативної тривоги містить запитання, націлені на виявлення стану тривожності, що відчуває хворий у конкретний момент; субшкала для визначення рівню особистісної тривожності містить запитання, направлені на виявлення базальної тривожності, яку хворий відчуває в повсякденному житті. Для кожного питання, що міститься в опитувальнику, необхідно було підібрати відповідь, що найбільш точно характеризує, наскільки подане у запитанні твердження відповідає стану хворого. Результати обраховувалися за кожною субшкалою окремо; при наборі хворим до 30 балів рівень його тривожності за відповідною субшкалою трактувався як низький, при наборі 31-44 балів – як середній, при наборі 45 балів і більше – як високий.

– опитувальник «Рівень тривожності дитини» Лаврентьевої та Тітаренко [6] – для визначення об'єктивних ознак тривожності. Заповнювали даний опитувальник батьки та опікуни дітей, що приймали

участь у дослідженні. Їм була надана анкета, що містить 20 тверджень, на кожне з яких треба було відповісти «так» або «ні» надалі підсумовувалася загальна кількість балів. Результат до 6 балів трактувався як низький рівень зовнішніх проявів тривожності, результат від 7 до 14 балів – як середній рівень зовнішніх проявів тривожності, та результат від 15 до 20 балів – як високий їх рівень.;

– дитячою шкалою обсесивно-компульсивних розладів Йеля –-Брауна (CY-BOCS) [111] – для визначення рівня вираженості обсесій та компульсій. Хворим було надано опитувальник, що складався із 10 запитань щодо параметрів їх обсесій та компульсій. Ступінь тяжкості обсесивно-компульсивної симптоматики було оцінено за такими параметрами, як частота виникнення обсесій та компульсій, силу дистресу, який вони спричиняють, ступінь їх впливу на повсякденне життя, здатність їм протистояти та контролювати. При оцінці рівня вираженості обсесій та компульсій результат до 7 балів вважався відсутністю обсесивно-компульсивної симптоматики, результат від 8 до 15 балів відповідав легкому рівню її вираженості, результат від 16 до 23 балів – середньому рівню її вираженості, результат від 24 до 31 балів – тяжкому рівню її вираженості, та результат вище 32 балів – вкрай тяжкому рівню її вираженості.

Для об’єктивізації вираженості обсесивно-компульсивної симптоматики використовувалась шкала CY-BOCS (Children’s Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale). Для вимірювання тривожності – шкала STAI-C (State-Trait Anxiety Inventory for Children). Оцінка відповідності авторської типології шкальним показникам здійснювалася за допомогою порівняльного аналізу (ANOVA) та кореляційного аналізу (r Пірсона).

Клініко-етологічний метод застосувався як допоміжний у діагностиці СОКС (оскільки СОКС передбачає як внутрішню обсесивну поведінку, так і зовнішню компульсивну поведінку) з акцентом на виявлення компульсій у різних їх проявах – як складних поведінкових патернів та захисних ритуалів, так і найпростіших рухових актів (моргання, кивки, притопування та інші).

Патопсихологічний метод використовувався у якості допоміжного. Був обраний найбільш відповідний дитячому віку його варіант – методика психомалюнка, іноді із залученням стимульного матеріалу, наприклад у вигляді піктограм. Даний метод застосовувався як уточнюючий у випадку, коли клініко-психопатологічний метод не давав однозначних результатів.

Клініко-психофеноменологічний метод [26-28] застосовувався задля встановлення притаманних контингентам з урахуванням їх вікових та патонозологічних особливостей психотерапевтичної феноменології, постановки психотерапевтичного діагнозу, підбору методів та методик психотерапії, а також для визначення клінічної психотерапевтичної ефект-синдромології.

Клініко-статистичний метод використовувався для обробки результатів дослідження та оцінки їх достовірності. Для кожного з показників було розраховано середнє арифметичне, медіана та стандартне відхилення. Гіпотеза про нормальність розподілу була перевірена за допомогою тесту Шапіро – Вілка та Колмогорова – Смірнова. Достовірність відмінностей між групами порівняння оцінювалась за допомогою критеріїв Манна – Уітні та Краскела – Уоліса. Для встановлення кореляційних зв’язків між показниками тривоги та обсесивно-компульсивною симптоматики виконувалося розрахування

рангових кореляцій Спірмена. Усі статистичні розрахунки було здійснено із використанням програми STATISTICA 10.0.

Висновки до розділу 2

На кафедрі психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології ЗДМФУ, а також на її клінічних базах за умов інформованої згоди пацієнтів та їх батьків/опікунів було обстежено 117 дітей та підлітків віком від 8 до 18 років з обсесивною симптоматикою і молодих осіб віком від 18 до 25 років з обсесіями, що вперше виникли у них в дитячому або підлітковому віці (за даними психоанамнестичного дослідження), з яких для подальшого дослідження було відібрано 100 осіб. Відповідно до нозологічної приналежності їх було розподілено на 3 групи. Г1 увійшли 40 осіб із шизоформними розладами. Г2 складалася із 30 осіб, у яких були наявні розлади невротичного спектру. До Г3 увійшли 30 осіб з емоційно-поведінковими розладами.

Дизайн дослідження носив проспективно-ретроспективний характер та складався із трьох етапів. Сенсом першого – клініко-аналітичного етапу було встановлення поточного психічного статусу та збір психоанамнестичних даних, а також визначення медико-психологічних та клініко-психопатологічних характеристик хворих із обсесієформною симптоматикою різного генезу. На другому етапі дослідження – клініко-синтетичному – було здійснено систематизація важливих для диференційної діагностики та релевантності нозологічної кваліфікації параметрів СОКС. На третьому етапі дослідження – прогностично-терапевтичному – було здійснено підбір базових принципів та підходів до терапії СОКС з урахуванням характеристик нав’язливостей та природи

захворювання осіб із розладами шизоформного, невротичного та емоційно-поведінкового спектру.

Задля досягнення мети використовувалися такі методи дослідження:

Психонамнестичний – для визначення обставин виникнення обсесієформної симптоматики та її подальшої динаміки до моменту дослідження;

Клініко-психопатологічний – був застосований у традиційному вигляді для ідентифікації нозологічної приналежності психопатологічних порушень;

У дослідженні було використано такі психометричні інструменти:

– шкала тривоги Спілбергера – Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) – для визначення рівня суб'єктивної тривоги у двох її вимірах – ситуативної та особистісної тривожності;

– опитувальник "Рівень тривожності дитини" Лаврентьевої та Тітаренко – для визначення об'єктивних ознак тривожності;

– дитячою шкалою обсесивно-компульсивних розладів Йеля –- Брауна (CY-BOCS) – для визначення рівня вираженості обсесій та компульсій.

Клініко-психофеноменологічний – для встановлення психотерапевтичної феноменології та постановки психотерапевтичного діагнозу.

Клініко-статистичний метод використовувався для обробки результатів дослідження та оцінки їх достовірності. Достовірність відмінностей між групами порівняння оцінювалась за допомогою критеріїв Манна – Уітні та Краскела – Уоліса. Для встановлення кореляційних зв'язків виконувалося розрахування рангових кореляцій Спірмена. Усі статистичні розрахунки було здійснено із використанням програми STATISTICA 10.0.

Розділ 3
ТЕМАТИКА ОБСЕСІЙ ТА ЇЇ ОСОБЛИВОСТІ У ОСІБ З ШИЗОФОРМНИМИ, НЕВРОТИЧНИМИ ТА ЕМОЦІЙНО-ПОВЕДІНКОВИМИ РОЗЛАДАМИ ІЗ ДЕБЮТОМ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

3.1 Клініко-психопатологічна дескрипція тематики обсесій у осіб з шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами із дебютом у дитячому віці

За допомогою напівструктурованого психодіагностичного інтерв'ю було визначено тематику обсесій у дітей, підлітків та молодих осіб із розладами шизоформного, невротичного та емоційно-поведінкового спектру.

Нижче тематики обсесивних переживань наведені в порядку від найрозповсюдженіших до поодиноких.

Найпоширенішою тематикою обсесій виявився нав'язливий страх контамінації та інфікування (зустрічався у 12 осіб з Г1 (30%), 8 осіб з Г2 (26,7%), 5 осіб із Г3 (16,7%). Найчастіше зустрічався культурально обумовлений нав'язливий страх перед коронавірусною інфекцією, що в усіх пацієнтів дитячого/підліткового віку супроводжувався компульсивним багаторазовим миттям рук, використанням антисептичних засобів зі значною частотою (іноді навіть понад 40 разів на день) та у великих обсягах. В значній кількості випадків характерною була наявність

знезаражуючих маніпуляцій, направлених на санацію усіх частин тіла (включно з обличчям, волосистою частиною голови тощо), оточуючих предметів, одягу, а також намагання схилити осіб найближчого оточення до такої ж ретельної санобробки. Так, в одному з вивчених випадків дівчина 17 років обробляла антисептиком себе повністю, включно з волоссям та одягом, прискала ним на тіло та обличчя по 5-6 разів на день, що призвело до появи у неї контактного дерматиту. В іншому випадку нетиповим було формування ритуалу в однієї з пацієнток «одноразового» використання одягу та предметів, які в подальшому підлягали ретельній дезінфекції і стерилізації. Серед обстежених пацієнтів зустрічалися і поодинокі нав'язливі фобії інфікування сказом: наприклад, дівчинка 12 років відмовлялась ходити в школу через нав'язливі побоювання, що однокласниця, яка має схильність гладити на вулиці безпритульних тварин, може заразитися від них сказом, а потім торкнутися її парти чи речей і таким чином заразити її саму). У якості нетипового предмету (змісту) обсесії виступав також страх інфікування бруцельозом.

Другим за поширеністю став нав'язливий страх забруднення, котрий завжди супроводжувався масивом компульсій, направлених на очищення від ймовірного забруднювача. При цьому у якості забруднювача може виступати що завгодно, в тому числі мило чи мильна вода. Нав'язливості забруднення спостерігалися у 12 осіб з Г1 (30%), 7 осіб з Г2 (23,3%), 3 осіб із Г3 (10%). При цьому в Г1 нав'язливий страх забруднення зустрічався достовірно частіше, ніж в Г3 ($p=0,04$).

Так, у однієї пацієнтки віком 14 років миття у душі займало до 14 годин: туалет вона відвідувала в одноразових латексних рукавичках, які потім знімала за складним ритуалом. В іншому випадку хвора віком 17

років після відвідування туалету кожного разу міняла весь свій одяг, та просила матір оглянути її на предмет можливих забруднень. У багатьох пацієнтів цим змістом обсесій нав'язливий контроль за чистотою іноді включав в себе нав'язливе обнюхування з метою перевірки відсутності сторонніх речовин на руках чи предметах – книгах, меблях, посуді та інших.

У нашому дослідженні було визначено, що поширеною фабулою обсесій виступала нав'язлива символізація – надання звичайним, рядовим подіям сакрального значення. Наприклад, хлопець віком 14 років мав нав'язливі уявлення, що якщо перша машина, яку він побачить по дорозі до школи, буде білого або яскравого кольору, то день пройде вдало, а якщо темного – то будуть неприємності; він не міг перестати думати про це, навіть коли подібні «прогнози» багаторазово не справджувалися. Обсесії символізації зустрічалися у 9 осіб з Г1 (22,5%), 5 особи з Г2 (16,7%), 6 осіб із Г3 (20%).

Наступними за частотою реєстрації виявилися обсесії з тематикою танатофобії (нав'язливий страх померти як від конкретно визначених факторів, так і з невідомих причин), смерті близьких (в тому числі – страх порушення природнього порядку смертності: дівчинка віком 12 років розкладала тарілки під час сервірування столу в суворо визначеному порядку: в залежності від віку тих, хто сидів за столом – від найстаршого до наймолодшого, через невідступне відчуття, що при порушенні даного правила молодші члени родини можуть померти раніше старших). Також було зареєстровано нав'язливий страх померлих (некрофобія) та поховань (тафофобія). Так, хлопчик 7 років після того, як став свідком підготовки до церемонії поховання свого сусіда, протягом тривалого часу страждав від

стереотипних кошмарних сновидінь даної тематики. Танатоцентричні нав'язливості були виявлені у 5 осіб з Г1 (12,5%), 3 осіб з Г2 (10%), 5 осіб із Г3 (16,7%).

Також серед досліджених пацієнтів зустрічалась така тематика нав'язливостей, як страх стати причиною смерті близьких – випадково, зазвичай через недотримання самопроголошених правил (наприклад, невідступні думки, що незастелена постіль призведе до смерті батьків). Такі обсесії завжди супроводжувалися множинними компульсіями, спрямованими на досягнення тимчасового самозаспокоєння хворої дитини; часто такі дії потрібно виконати певну кількість разів, щоб ритуал вважався завершеним (постукати по пробці зливного отвору умивальника 10 разів).

Не менш часто зустрічається нав'язливий страх умисно вбити когось із близьких, зазвичай матір; при цьому у дитини наявні виражені почуття любові та прив'язаності до близької людини, яка стає об'єктом аномального бажання заподіяти шкоду, тому нав'язливості такого типу відносяться до контрастних.

Контрастні нав'язливості також можуть проявлятися «поганими думками» чи нав'язливим страхом перед виникненням таких думок. Наприклад, дівчинка віком 13 років періодично страждала від нав'язливих думок, що добре було б придушити її кота, якого вона насправді дуже любила. Подібні контрастні нав'язливості часто супроводжувалися самопокараннями (зазвичай – самопобиттям), а також були сполучені з необхідністю отримати пробачення від значимих дорослих за ці «погані думки», з регулярними «покаяннями» дитини перед батьками чи іншими родичами, що супроводжувалось заспокоєннями з боку останніх.

Контрастні нав’язливості були виявлені у 5 осіб з Г1 (12,5%), 3 осіб з Г2 (10%), 2 осіб із Г3 (6,7%).

Відмічалися нав’язливості з тематикою втрати батьківської любові. Такі обсесії не пов’язані з демонстрацією батьками відчуження чи недбалого ставлення до дитини – навпаки, діти отримують достатньо батьківської уваги та демонстрації родинних почуттів до них, що, втім, зазвичай лише поглиблювало нав’язливий страх залишитися без батьківської турботи. Наявні у дитини невідступні думки про те, що мама або батько перестане її любити, супроводжувалися постійними компульсивними перепитуваннями, чи любить її вона/він; ствердна відповідь та запевнення батьків, що вони люблять дитину і дуже сильно, приносило полегшення дитині лише на короткий період часу.

Спостерігалися і нав’язливі сумніви щодо почуттів самої дитини до найближчих родичів. Так, дівчинка віком 12 років мала нав’язливі думки, любить чи не любить вона своїх батьків. Раніше, у віці 10-11 років, дитина мала дуже сильні почуття до них, хотіла, щоб мати постійно була поруч, не відпускала її ні на мить, плакала, якщо вона йшла у справах; описані нав’язливі сумніви з’явилися раптово і не були результатом зміни у батьківсько-дитячих відносинах.

Обсесії тематики любові/нелюбові близьких були виявлені у 3 осіб з Г1 (7,5%), 3 осіб з Г2 (10%), 4 осіб із Г3 (13,3%).

Було виявлено, що у осіб дитячого віку доволі поширеним був нав’язливий страх стоматологів та стоматологічних процедур – одонтофобія. Іноді наявність подібних обсесій повністю унеможливлювало проведення будь-яких стоматологічних процедур та навіть рутинних

стоматологічних оглядів. Одонтофобічні обсесії було виявлено у 3 осіб з Г1 (7,5%), 2 осіб з Г2 (6,7%), 3 осіб із Г3 (10%).

Також спостерігалося нав’язливе рахування, в т.ч. пов'язане з цільовим числом (наприклад, потреба нарахувати саме 7 птахів, 13 людей тощо). Тематично пов’язаними були обсесії рахування повсякденних дій чи рухів: в одному з випадків хлопчику при чищенні зубів було потрібно провести зубною щіткою з кожної сторони стільки разів, скільки йому було років. Іноді подібні підрахунки були сполучені з вербалізацією (вголос або подумки). Обсесії рахування спостерігалися у 2 осіб з Г1 (5%), 2 осіб з Г2 (6,7%), 1 особи із Г3 (3,3%).

В деяких випадках предмет нав’язливостей становили певні нозофобії (канцерофобії, кардіофобії та інші). Так, у одного з пацієнтів віком 16 років, після встановлення у його дядька діагнозу новоутворення головного мозку, з’явилися нав’язливі думки, що таке саме захворювання може розвинутися і у нього самого. Нозофобічні обсесії було виявлено у 1 особи з Г1 (2,5%), 1 особи з Г2(3,3%), 1 особи із Г3 (3,3%).

Було виявлено нав’язливі сумніви, чи виконана певна дія, і чи виконана вона достатньо правильно. Інколи у таких випадках зустрічалося нав’язливе прагнення до завершення думки, що сполучена з дією (зазвичай, включене в структуру компульсій) – якщо під час виконання захисних ритуалів з’являюлися негативні думки, то ритуал необхідно було розпочати спочатку. Нав’язливі сумніви було виявлено у 2 осіб з Г1 (5%) та 1 особи з Г2 (3,3%).

Досить рідко, але був виявлений нав’язливий страх деанонімізації в інтернет-спільнотах, що іноді проявлявся не тільки небажанням створювати аккаунти у соцмережах з використанням персональних даних, а

і відмовою від будь-якої інтернет-активності навіть із застосуванням підробних даних для ідентифікації особистості (1 особа (2,5%) та 1 особа із Г3 (3,3%).

Відмічалися і нав'язливі страхи випадково травмуватися, що супроводжувалися активацією гіперзахисних механізмів. Так, хлопець віком 14 років через невідступний страх струсу мозку пересувався вкрай повільно і обережно (1 особа із Г1 (2,5%).

Обсесії сексуальної тематики було виявлено у 1 особи з Г2 (3,3%). Зустрічаються також нав'язливості із різноманітною сексуальною тематикою. Така фабула обсесій у дітей та підлітків зазвичай асоційована із відчуттям сорому та провини. Так у хлопчика 7 років з'явилося нав'язливе прагнення до взаємодії з анальним отвором після постановки ректальної свічки, котра супроводжувалася приємними відчуттями. В подальшому він наносив зубну пасту на перианальну ділянку, шукав предмети оточуючого інтер'єру задля опосередкованої стимуляції заднього проходу. Також відчував непереборне бажання подивитися відео схожої тематики (наприклад, як дітям ставлять клізму або беруть зіскоб перианальної ділянки). Дуже соромився своїх думок та бажань, плакав, коли розповідав про них.

В 1 особи із Г2 (3,3%) був зафіксований нав'язливий страх перед бажанням порізати себе чи завдати собі шкоди іншим чином при відсутності жодного умисного наміру завдати собі шкоди чи суїцидальних тенденцій.

Зареєстровано випадок нав'язливості страху чужого погляду, що супроводжувався прагненням не виходити з дому чи навіть зі своєї кімнати (1 особа із Г3 (3,3%). Так, дівчинка віком 12 років постійно робила

зауваження своїй матері, щоб та говорила тихіше через побоювання, що оточуючі звернуть на них обох увагу.

У хворої віком 12 років спостерігалося нав'язливе прагнення ставити питання, що не мали жодного практичного сенсу та навіть не потребували відповіді (1 особа із Г2 (3,3%).

Розподіл представленості тематик обсесій в залежності від групи наведені в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Представленість тематики обсесій у хворих із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами

Тематика обсесій	Представленість у групах					
	Г1		Г2		Г3	
	ос.	%	ос.	%	ос.	%
Інфікування	12	30	8	26,7	5	16,7
Забруднення	**12**	**30**	7	23,3	**3**	**10**
Нав'язлива символізація	9	22,5	5	16,7	6	20
Танатоцентричні	5	12,5	3	10	5	16,7
Контрастні	5	12,5	3	10	2	6,7
Втрата батьківської любові	3	7,5	3	10	4	13,3
Одонтофобічні	3	7,5	2	6,7	3	10
Нав'язливе рахування	2	5	2	6,7	1	3,3
Нозофобічні	1	2,5	1	3,3	1	3,3
Нав'язливі сумніви	2	5	1	3,3	–	–
Деанонімізації	1	2,5	–	–	1	3,3
Травматизації	1	2,5	–	–	–	–

Сексуальні	–	–	1	3,3	–	–
Страх самопошкоджень	–	–	1	3,3	–	–
Страх чужого погляду	–	–	–	–	1	3,3
Нав’язливі питання	–	–	1	3,3	–	–

Примітка: жирним шрифтом виділено дані, що продемонстрували достовірні відмінності за критерієм $\chi 2$ ($p<0,05$).

Таким чином, не було виявлено значної різниці в поширеності та представленості певних тематик обсесій у дітей, підлітків та молодих осіб з різними психічними розладами, проте спостерігалися помітні відмінності в їх аранжуванні.

Обсесії з тематикою страху контамінації та інфікування виявилися найпоширенішими як серед хворих з розладами шизоформного спектру, так і серед хворих з розладами невротичного кола. Для хворих із розладами емоційно-поведінкового спектру найбільш характерними були нав’язливості символізації (однак їх розповсюдженість в даній групі була співставною з розповсюдженістю обсесій даної тематики в інших групах). Інші тематики нав’язливостей зустрічалися без статистично значущих відмінностей в усіх трьох групах, однак у хворих з розладами шизоформного кола нав’язливості характеризувалися вираженою химерністю, що призводить до певної деформації типових тематик обсесій. Також варто відзначити, що у хворих із розладами шизоформного спектру превалювали політематичні нав’язливості (наявність нав’язливостей різної тематики у однієї дитини), в той час як у хворих із емоційно-поведінковими розладами нав’язливості були монотематичними.

3.2 Характеристики тематики обсесієформної симптоматики у осіб з шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами із дебютом у дитячому віці

1. Масштаб переживання катастрофіації в обсесіях.

Під поняттям масштабу розумілася як глобальність чи локальність тематики нав'язливих переживань, так і ступінь залучення до них сторонніх осіб (ауто- чи гетеропроекція нав'язливих переживань).

Найбільш громіздкими за масштабом тематики виявилися нав'язливості у хворих із Г1. Для них характерною була обсесієформна симптоматика, що за тематикою іноді сягала глобального масштабу, а невиконання компульсивних ритуалів, на їх думку, загрожувала катастрофічними наслідками не тільки їм самим, а і їх рідним, а також знайомим чи навіть незнайомим людям. Так, в одному з випадків, хлопчик 12 років вважав, що якщо він не рахуватиме і вголос не озвучуватиме усі зупинки, які проїжджав автобус, то він перекинеться і всі його пасажири загинуть.

У хворих із Г2 масштабована тематика зустрічалася рідше і торкалася зазвичай тільки членів родин. Наприклад, дівчинка 8 років мала нав'язливий страх, що мама помре, якщо під час ходи зробити парну кількість кроків.

У хворих із Г3 тематика обсесій зазвичай була центрована навколо них самих і лише зрідка торкалася найближчих і найбільш емоційно значущих осіб, тому значного масштабу тематичне наповнення нав'язливостей у хворих цієї групи ніколи не мало.

2. Афективна насиченість обсесій.

Як в Г2, так і в Г3 тематичне наповнення обсесій викликало у хворих відчуття сильного страху, тривоги та емоційного дискомфорту. В той самий час у хворих із Г1 нав'язливості часто не викликали значного емоційного відгуку та були вихолощеними, а виконання ритуалів взагалі часто давало відчуття задоволення (наприклад, дівчинка, яка розставляла тарілки за обіднім столом тільки у порядку старшинства, «щоб усі члени родини помирали у природньому порядку – спочатку найстарші, потім молодші») не відчувала страху, що хтось із молодших членів родини загине, а ритуал розставляння посуду не приносив їй емоційного дискомфорту, а навпаки, заспокоював та приносив відчуття підтримки правильності та порядку.

3. Зв'язок обсесій з психотравмою.

Тільки серед пацієнтів в Г3 в усіх випадках простежувався зв'язок із психотравмою, і тематика нав'язливостей завжди була нерозривно пов'язана із пережитою дитиною травмуючою подією, яка майже без змін трансформувалася в наповнення обсесивих переживань. Так, дівчина 16 років мала нав'язливий страх молочних продуктів та категорично відмовлялась від їх вживання після важкого отруєння домашнім молоком, яке відбулося 2 роки тому.

В Г2 зв'язок тематичного наповнення обсесій із психотравмами вдавалося простежити не завжди. У частини хворих даної групи не виникало жодних травматичних ситуацій, що могли б спровоковати у них виникнення нав'язливостей; однак у випадках, коли провокуючим фактором до появи обсесій була саме психотравма, ця психотравма

відображалася в тематиці нав'язливостей майже без змін або з мінімальними змінами.

В Г1 зв'язок із психотравмою вдавалося виявити рідко, при цьому в таких випадках травматична подія лише виступала лише поштовхом для маніфестації обсесієформної симптоматики. В усіх випадках з часом тематика обсесій дітей із Г1 втрачає зв'язок із психотравмою.

4. Коло асоціювання тематики обсесій.

В Г1 простежувалася тенденція до значного розширення кола асоціювання нав'язливостей. Ініціальна тематика обсесій рідко зберігалася у своєму початковому вигляді, поступово заміщувалася нав'язливостями іншої тематики або принаймні обростаючи вторинними елементами, мало пов'язаними із ініціальною тематикою. При цьому коло асоціювання тематики обсесій у хворих даної групи було вкрай широким та нічим не обмеженим. Наприклад, у дівчинки, в якої був нав'язливий страх заразитися сказом у якості початкової тематики обсесій, згодом з'явився страх заразитися також і іншими захворюваннями, а пізніше виникли нав'язливі думки, що члени її родини можуть заразитися і померти; надалі ці обсесії трансформувалися у страх випадкового чи «навмисного» (в результаті невиконання певних ритуалів) заподіяння смерті родичам. Ініціальні нав'язливості у вигляді страху заразитися сказом на цьому етапі захворювання в неї вже зникли.

В Г2 коло асоціювання ініціальної тематики обсесій було досить вузьким і завжди дотичним до початкової тематики нав'язливостей. Так, дівчина із нав'язливим страхом контамінації з часом почала розглядати у якості потенційних забрудників деякі речі, які раніше

вважала інтактними, проте загальна тематика нав'язливостей – контамінації – залишилася незмінною. Радикальної зміни тематики обсесій у даній групі не було зареєстровано в жодному випадку.

В Г3 коло асоціювання ініціальної тематики обсесій зазвичай було відсутнім – тематика нав'язливостей була чітко зафіксованою і відтворювалася у початковому вигляді протягом усього перебігу захворювання.

5. Реалістичність та простота обсесій.

Для Г3 характерними були як простота обсесієформної симптоматики, так і її очевидний зв'язок з реальністю. Випадки вичурних, вітієватих нав'язливостей в даній групі були відсутні.

Простота тематики нав'язливостей була характерною і для хворих із Г2, однак рівень реалістичності обсесій в даній групі був дещо нижчим, ніж у Г3. Однак хворі з Г2, нав'язливості яких мали малореалістичну тематику, завжди погоджувалися, що їх нав'язливі страхи та побоювання мають дуже малу вірогідність реалізації. Так, хлопчик, що страждав на нав'язливу символізацію, розумів, що насправді колір машини, яка першою зустрінеться йому дорогою до школи, не матиме жодного реального впливу на те, як пройде його день, але не міг перестати про це думати.

Для Г1 характерною рисою нав'язливостей була їх відірваність від реальності та вичурність – тематика обсесій дитини поставала психологічно незрозумілою для стороннього спостерігача. Варто зазначити, що хворі, наскільки малореалістичними не були би їх нав'язливості, були впевнені у реальності загрози, яку становили відмова від виконання обсесивно-компульсивних ритуалів. Наприклад,

дівчина, що розкладала тарілки під час сервірування столу в суворо визначеному порядку: в залежності від віку тих, хто сидів за столом – від найстаршого до наймолодшого, через невідступне відчуття, що при порушенні даного правила молодші члени родини можуть померти раніше старших, дійсно вірила, що невиконання даного дивакуватого ритуалу призведе до летальних наслідків, і жодні докази та переконання не могли змінити її думку.

Характеристики тематики обсесій у обстежених контингентів у загальному вигляді відображено в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Характеристики тематики обсесієформної симптоматики у хворих із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами

група / **ознака обсесій**	**Г1**	**Г2**	**Г3**
масштаб	глобальний	локальний	локальний
афективна насиченість	відсутня	наявна	наявна
зв'язок з психотравмою	рідко простежується	іноді наявний	завжди існує
коло асоціювання тематики	широке	вузьке	відсутнє
реалістичність	ні	іноді	так
простота	ні	так	так
наявність критики	ні	так	так
проявленість	так	частково	так
персоналізованість	частково	ні	так

6. Прихованість тематики в обсесіях.

Хворі із Г1 не приховували тематику обсесій, на які страждали, та відкрито говорили про неї, якою б вона не була, навіть якщо це викликало негативні емоції (переляк, недовіру, нерозуміння, огиду тощо) у батьків чи інших оточуючих.

В Г3 хворі також були схильні говорити про свої нав'язливості, однак свої переживання розкривали лише особам із найближчого оточення, та у деяких випадках все ж соромилися (якщо вважали, що озвучення тематики обсесій виставить їх боягузами).

В Г2 говорили про свої нав'язливості значно рідше та неохоче розкривали її тематику: особливо якщо обсесії носили соціально неприйнятний характер. Насамперед, це було виявлено у пацієнтів, котрі мали контрастні нав'язливі думки щодо заподіяння шкоди собі чи іншим, обсесії сексуального характеру, оскільки розуміли, що їх переживання не мали реального базису та могли викликати нерозуміння з боку батьків та інших оточуючих.

3.3. Типологія тематики обсесій

На основі вищенаведених характеристик тематики обсесієформної симптоматики була сформована типологія тематики обсесій у обстежених контингентів. Зазначені нижче терміни використовуються як авторські дескриптивні конструкти для умовної типологізації, запропонованої на основі клінічних спостережень. Їх мета – виокремлення феноменологічних груп, які потребують подальшої психометричної валідації.

1. Полісимптомний байдуже-аутистичний тип

Характерний для Г1.

Узагальнена характеристика: дереїстично-експансивний (або ж дереалізаційно-експансивний – наявні обсесії із змістом, відірваним від реальності, що домінують над поведінкою), маніфестно-акритичний, апсихотравматичний.

Деталізована характеристика:

– глобальний (за критерієм масштабу);

– анестетичний (за критерієм афективної насиченості);

– криптогенний апсихотравматичний (за критерієм зв'язку з психотравмою);

– асоціативно-експансивний (за критерієм асоціювання тематики);

– дереалістичний (за критерієм реалістичності);

– вичурний (за критерієм простоти);

– акритичний (за критерієм наявності критики до тематики обсесій);

– маніфестний (за критерієм проявленності);

– дисоційовано-персоналізований (за критерієм персоналізації).

2. Виснажливо-афективний тип с критичним осмисленням

Характерний для Г2.

Узагальнена характеристика: комплікований афективно-акцентований, агравуюче-критичний, алієнаціонно-маніфестний (тобто такий, першими проявами якого виступає відчуження).

Деталізована характеристика:

– мезолокальний (за критерієм масштабу);

– комплікований (тобто ускладнений) афективно-акцентований (за критерієм афективної насиченості);

– флюктуюче психотравматичний (за критерієм зв’язку з психотравмою);

– асоціативно-пауперизированій, або ж збіднюючий (за критерієм асоціювання тематики);

– парціально-реалістичний (за критерієм реалістичності);

– симпліцитний спеціалізовано-тематичний (за критерієм простоти);

– агравуюче-критичний (за критерієм наявності критики до тематики обсесій);

– парціально-маніфестний (за критерієм проявленності);

– алієнаціонний – із відчуттям відчуження нав’язливого змісту від Я-системи (за критерієм персоналізації).

3. Простий психотравматично-проеційований тип

Характерний для ГЗ.

Узагальнена характеристика: афективно-психотравматичний, екзистенціально-критичний с мнемонічною ампліфікацією (з підсиленням та розхитуванням певних компонентів пам’яті), маніфестно-реалістичний.

Деталізована характеристика:

– локальний (за критерієм масштабу);

– афективно насичений з феноменом мнемореї (за критерієм афективної насиченості);

– сонорний психотравматичний (за критерієм зв’язку з психотравмою);

– інасоційований (за критерієм асоціювання тематики);

– реалістичний (за критерієм реалістичності);

– «симпліцитна мнемонічна копія» (за критерієм простоти);

– екзистенціально-критичний (за критерієм наявності критики до тематики обсесій);

– стереотипний постуляціонно-маніфестний, тобто з великою кількістю скарг (за критерієм проявленності);

– персоноцентрований (за критерієм персоналізації).

Висновки до розділу 3.

В результаті комплексного дослідження дітей, підлітків та молодих осіб з невротичними, шизоформними та емоційно-поведінковими розладами виявлено та описано сучасний стан тематики обсесій, встановлено їх специфічні якісні характеристики та розроблено їх типологію.

Не було виявлено значної різниці в поширеності та представленості певних тематик обсесій у дітей з різними психічними розладами, проте спостерігалися помітні відмінності в їх аранжуванні. Обсесії з тематикою страху контамінації та інфікування виявилися найпоширенішими як серед хворих з розладами шизоформного спектру, так і серед хворих з розладами невротичного кола чи емоційно-поведінковими розладами. Інші тематики нав'язливостей також зустрічалися в усіх трьох групах, однак у хворих з розладами шизоформного кола нав'язливості характеризувалися вираженою химерністю, що призводить до певної деформації типових тематик обсесій.

Виявлено, що у різних групах обсесії відрізнялися за специфічними якісними характеристиками їх тематики, а саме за характеристиками масштабу, афективної насиченості, зв'язку з психотравмою, асоціювання

тематики, реалістичності, простоти, наявності критики до тематики обсесій, проявленості та персоналізації.

На основі вищезазначених характеристик було виділено типологію тематики обсесій у хворих з шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами. Встановлено, що для Г1 характерний полісимптомний байдуже-аутистичний тип (дереїстично-експансивний, маніфестно-акритичний, апсихотравматичний). Для Г2 характерним був виснажливо-афективний тип с критичним осмисленням (комплікований афективно-акцентований, агравуюче-критичний, алієнаціонно-маніфестний. Для Г3 характерним був простий психотравматично-проецій ований тип (афективно-психотравматичний, екзистенціально-критичний з мнемонічною ампліфікацією, маніфестно-реалістичний).

Результати досліджень даного розділу наведено в публікаціях здобувача: [4, 19-22, 29, 30, 44].

Розділ 4
СТРУКТУРНО-ДИНАМІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ СЕМІОТИКИ ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО СПЕКТРУ У ОСІБ З ШИЗОФОРМНИМИ, НЕВРОТИЧНИМИ ТА ЕМОЦІЙНО-ПОВЕДІНКОВИМИ РОЗЛАДАМИ ІЗ ДЕБЮТОМ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

За допомогою психоанамнестичного та клініко-психопатологічного методів було встановлено основні характеристики та структурні особливості обсесій та компульсій у дітей, підлітків та молодих осіб із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами.

4.1 Структурні характеристики семіотики обсесивного спектру

Структура обсесій в Г1 мала тенденцію до постійного ускладнення, що з часом призводить до фабулювання – розвитку нав'язливостей, що по суті зближувало їх із формуванням маячення у зародковому вигляді. Зміст обсесій в Г1 можна охарактеризувати як «калейдоскопічний» – із політематичною та афективно лабільною структурою нав'язливостей. Якщо спочатку у хворих наявні обсесії конкретного, чітко визначеного змісту, то надалі їх кількість збільшувалася, а тематика видозмінювалася, все більше віддаляючись від початкової. Так, у хворої 16 років після перегляду містичного кінофільму з'явилися нав'язливі думки, що вона проклята; згодом їй почалось здаватися, що вона і сама може випадково прокляти когось; надалі додалися нав'язливі переживання щодо

гріховності; потім приєднався нав'язливий страх забруднитися – як від фізичних забрудників, так і через «погані думки».

У досліджених пацієнтів цієї групи на початку захворювання можна було виявити зв'язок обсесій з першопричиною їх виникнення, надалі ж він втрачався. Характерним для них було ускладнення та розвиток обсесій з переважанням структурних трансформацій і переходом тематики від стартової до актуальної, пов'язаної із актуальним станом та соціальним контекстом перебігу життя хворого.

У хворих із Г2 структура обсесій була зазвичай «растровою» (трансформована нав'язлива тема з поступовими варіаціями) за характером – мала відносну сталість протягом усього перебігу хвороби (у період спостереження), але нерідко аранжувалася або плавно змінялася за рахунок додавання нових нав'язливостей, тематично пов'язаних з попередніми. Наприклад, у хворого до нав'язливого прагнення наступати тільки на кожну другу сходинку – «щоб не сталося нічого поганого», з тією ж метою додалось нав'язливе прагнення не наступати на стики плит тротуару.

Структура обсесій у хворих із Г3 була переважно «монотонною» (стабільна, повторювана нав'язлива тема без зміни змісту) – залишалася незмінною та зберігала зв'язок із первинною психотравмуючою подією, що стала причиною їх розвитку. При цьому дезафектація переживань з часом призводила до збіднення та редукції обсесій за інтенсивністю та частотою виникнення при збереженні сталої тематики.

Варто відзначити, що терміни, що вжиті у якості дескриптивних для номінації структурних та динамічних характеристик СОКС, являються авторськими позначеннями феноменологічних особливостей перебігу обсесивно-компульсивної симптоматики та використовуються з

ілюстративною метою; вони наразі не є офіційними категоріями жодної класифікаційної системи.

4.2. Структурні характеристики семіотики компульсивного спектру

Компульсії завжди супроводжували прояві обсесій у хворих із Г1, при цьому пацієнти зазвичай абсолютно не могли протистояти спонуканням до реалізації компульсивних дій. Варто відзначити, що саме в цій групі, перешкоди щодо реалізації компульсій у вигляді наявності сторонніх спостерігачів чи невідповідності контексту ситуації змісту компульсивних актів не зупиняли хворого втриматися від компульсивних дій. Навпаки, при втручанні або будь-якій реакції з боку оточуючих хворі часто проявляли до них реактивну агресію.

Результат спостережень засвідчив, шо необхідність виконувати компульсивні дії не тільки була малообтяжливою для хворих Г1, але й іноді викликала в них певне своєрідне задоволення. Реалізація компульсій в даній групі не була відмежованою від особистісних особливостей, а компульсивні ритуали підлягали певній варіативності та аранжуванню.

Було виявлено, що у хворих із розладами шизоформного спектру нав’язливі дії хоча й виходили з площини нав’язливих думок, проте не були прямим захисним механізмом. Наприклад, при наявності нав’язливого страху забруднення дитина замість багаторазового миття рук чи дезінфікування навколишніх предметів просто плескала себе долонями по грудях певну кількість разів, пояснюючи, що «так бруд до нього не пристане». Таким чином, компульсії для пацієнтів Г1 носили скоріше

характер ритуалів, які ніяк не можуть захистити від події чи явища, котрі ставали предметом нав'язливих думок. Саме тому, діти та підлітки часто намагалися залучити батьків чи інших родичів до реалізації компульсій. Як приклад, пацієнтка вимагала від мами та бабусі виконання таких самих складних процедур з дезінфекції, яких дотримувалась сама, що включали багаторазове миття та обробку антисептиком.

В Г2 компульсивні ритуали викликали нагальну потребу в їх реалізації, однак за несприятливих зовнішніх обставин, коли дії хворого могли викликати насмішки, незадоволення чи занепокоєння з боку оточуючих, котрі ставали свідками компульсивних дій, пацієнти зазвичай були здатні відкласти реалізацію компульсій до більш слушного часу, коли вони залишалися наодинці. Такі хворі намагалися приховати прояви захворювання від інших, а особливо від родичів та близьких, найчастіше, з емпатичних міркувань («щоб мама не хвилювалася»).

Усі компульсивні дії трактувалися хворими із Г2 як суб'єктивно неприємні та тягосні дії, що за своєю суттю завжди були відмежованими від особистості, та виконувалися лише з метою відчуття полегшення через запобігання реалізації нав'язливих страхів дитини. Нав'язливі дії у хворих даної групи завжди безпосередньо були пов'язані із нав'язливими думками. Так, якщо дитина боялася, що мати загине, то вона багаторазово протягом дня запитувала її: чи все із мамою в порядку, дзвонила їй, постійно намагалася перебувати поряд із нею. А у випадку нав'язливого страху проникнення у домівку чужих людей дитина часто перевіряла, чи зачинені двері, дивилася у вічко, чи ніхто не стоїть поряд.

Пацієнти із Г3 частіше були здатні стримувати реалізацію компульсивних актів, якщо вони могли бути негативно сприйняті

оточуючими, однак на висоті афективних переживань хворі могли втратити контроль над імпульсивною реалізацією компульсій. Пацієнти з ГЗ зазвичай не соромилися наявності компульсівних дій, і в тих випадках, коли вони вважали, що до її нав'язливих дій поставляться з розумінням, їх не приховували.

За результатами дослідження хворих із ГЗ, було визначено, що в них компульсії часто фактично являли собою відтворення нав'язливих спогадів, які не завжди могли бути помітні ззовні. Якщо психотравмуюча подія призводила до формування нав'язливого страху, то проявами компульсій ставали дії, що були направлені на його подолання. Компульсії у таких хворих завжди були психологічно зрозумілими та мали тенденцію до редукції та затухання з плином часу. В одному з випадків, хлопчик, який страждав від нав'язливого страху нападу собак – після того, як його покусала безхатня собака, став тричі запитувати у всіх перехожих, які вигулювали собак, чи їх собака кусається, і лише після отримання трьох негативних відповідей відчував певне заспокоєння. Через кілька тижнів хлопчик зменшив кількість запитань до кожного з господарів собак до двох, а через місяць для заспокоєння йому вже вистачало однієї негативної відповіді.

4.3. Динамічні характеристики СОКС

В Г1 етіофактором нав'язливостей найчастіше виступала індиферентна по відношення до хворого інформація, стохастична або випадкова, наприклад прочитана в мережі Інтернет під час інтернет-сьорфінгу або ж почута від знайомих або в телепрограмах. Так, у одного з

пацієнтів розвинувся нав'язливий страх захворіти на бруцельоз після прочитаної статті у ЗМІ, що висвітлювала одиничний випадок виявлення даного захворювання.

Рідко виникненню обсесій в цих пацієнтів передували психотравмуючі події, однак тільки в поодиноких випадках їх можливо було виокремити як пусковий фактор. Наприклад, у хлопця 16 років з'явились нав'язливі думки, що він може захворіти на онкопатологію головного мозку після встановлення подібного діагнозу у його дальнього родича. А у хлопчика 5 років після погрози батька, який перебував у стані алкогольного сп'яніння, вбити матір, з'явилися нав'язливі думки, що мати є ватажком злочинного угрупування, вбивцею і бандиткою, що знаходиться у міжнародному розшуку.

Частина хворих Г1 була не здатна розкрити першопричини появи своїх обсесій та не могла зробити припущення щодо причин їх появи у зв'язку з вбудованістю цих обсесій в складні комплекси психопатологічних переживань, пов'язаних з формуванням захисних стратегій.

З моменту маніфестації обсесивної семіотики періодичність її виникнення в пацієнтів Г1 була найвищою серед усіх обстежених груп: обсесії реєструвалися в середньому 4-6 разів за годину, іноді навіть частіше. При цьому обсесії зазвичай виникали протягом дня досить рівномірно, майже без прив'язки до періоду доби, зовнішніх обставин та оточення.

З часом періодичність та інтенсивність нав'язливостей наростали, та хворі із Г1 проводили дедалі більше часу за виконанням компульсивних ритуалів. Тематика обсесій зазвичай розширювалася з часом, а ритуали -

ускладнювалися. Тригери СОКС часто мали інтеркурентний або комплікуючий характер.

В Г2 етіофактором виникнення обсесій хворі вважали найрізноманітніші фактори, від малозначущих обставин (наприклад, побутові дрібниці) до тяжких психотравмуючих подій. В одному з випадків виявлення дівчиною факту незачинення дверей призвело до нав'язливої необхідності багаторазової перевірки замків, що тривало іноді годинами. Іноді тривога за родичів та близьких трансформувалася у таких дітей у нав'язливий страх їх смерті чи хвороби, або ж виникав страх випадково нанести їм шкоду. У деяких пацієнтів на предиспозиційному фоні тривоги за близьких виникали і контрастні нав'язливості – думки та уявлення про можливість навмисного заподіяння шкоди рідним та необхідність долати ці нав'язливі спонукання.

В нашому спостереженні за пацієнтами Г2 були лише поодинокі випадки, коли обсесії з'являлися без видимої причини – коли ані у хворий, ані його батьки немали здогадів, що саме могло спричинити появу подібної симптоматики. Так, в одному з клінічних випадків у дівчини 14 років з'явився страх бути задавленою автоматичними дверима у ліфті, не дивлячись на те, що вона ніколи не ставала учасником чи свідком подібних ексцесів, та не знала нікого, хто б потрапляв у подібні ситуації.

Було виявлено, що в Г2 після маніфестації захворювання періодичність активізації нав'язливостей була високою, та зазвичай пов'язаною з певними зовнішніми обставинами – часом; місцем перебування; конкретними діями, які виконував хворий. В одного з пацієнтів виникало нав'язливе прагнення 3 рази перевірити факт зачинення дверей, коли він йшов з дому, і 5 – коли повертався. В іншої хворої

спостерігалося нав’язлива потреба рахувати кількість рухів зубною щіткою під час чищення зубів чи гребінцем під час розчісування волосся.

Поза впливом факторів, що були тригерами реактивізації обсесій, представники Г2 були спроможні вести свою звичну повсякденну діяльність – без інтрузій нав’язливих переживань. За силою вираженості обсесій ці хворі трактували їх як важкі та вкрай обтяжливі. Нав’язливості значно погіршували якість їх життя. Зміни в тематиці, інтенсивності та періодичності обсесивної семіотики без лікування зазвичай були мінімальними або ж не відбувалися зовсім.

В Г3 хворі завжди могли чітко виокремити етіофактор нав’язливостей, у ролі якого завжди виступали виключно психотравмуючі події: смерть родичів або знайомих, факт знаходження у когось із близьких тяжкого захворювання, масштабний або довготривалий конфлікт з однолітками чи вчителями. І лише у хворих із даної групи етіологічний фактор завжди виступав як відомий та зрозуміли – як для дитини, так і для її родичів та лікуючих лікарів. Один з пацієнтів, котрий став свідком смерті своєї матері від зграї собак, страждав від напливів нав’язливих спогадів про дану подію.

Саме в Г3 спостерігалась найнижча серед обстежених контингентів періодичність обсесій після розвитку захворювання. Пацієнти даної групи іноді мали цілі дні, вільні від нав’язливих переживань та прагнень. Провокуючими факторами активізації обсесій в усіх випадках були умови та/або обставини, пов’язані з психотравмуючою ситуацією (прямо чи за асоційованими механізмами), що стала першопричиною захворювання. Так, так, дівчина відчувала нав’язливий страх невідворотних трагічних

подій, перебуваючи на горищі – там за півроку до цього з телефонної розмова вона вперше дізналась про важку хворобу матері.

В ході дослідження з‘ясувалося, що коло тригероформних факторів у деяких пацієнтів був неймовірно широким та залучав ряд вторинних асоціацій, однак самі обсесії залишалися сталими протягом усього перебігу захворювання та не підлягали змінам. Так, у хворого, маму якого загризли собаки, повторну появу обсесивних переживань могли викликати не лише зграї собак, а навіть опосередковано пов’язані з тематикою псів предмети чи події – наприклад, реактивізації нав’язливих спогадів про трагедію міг сприяти грумінговий салон для собак, ветеринарна клініка чи зоомагазин. Інтенсивність та періодичність обсесивної семіотики в пацієнтів цієї групи з часом могли зменшуватися.

4.4 Клінічні варіанти СОКС

За допомогою клініко-психопатологічного методу було встановлено основні клінічні варіанти та аранжування СОКС у дітей, підлітків та молодих осіб із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами, що виникали за рахунок імпрегнації нав’язливостей іншою психопатологічною симптоматикою. А саме:

1. Анксіозний тип. Хоча тривога в тому чи іншому ступені виявлялася у всіх обстежених в усіх групах та є облігатним компонентом обсесивного синдрому, цей варіант було констатовано у тих випадках, коли анксіозний компонент виступав на перший план та являвся титульним психопатологічним симптомом. В Г1 цей тип було діагностовано у 34 осіб (85%), в Г2 – у 28 осіб (93,3%), в Г3 – у 25 осіб (83,3%). Достовірних

відмінностей в представленості анксіозного типу між групами виявлено не було.

2. Депресивний тип. Формувався за рахунок аранжування нав'язливостей вираженим зниженням настрою, а також елементами брадипсихії та брадикінезії. Був найбільш характерним для хворих із Г2, де був виявлений у 15 осіб (50%), що достовірно частіше ($p<0,01$), ніж у хворих із Г3 (2 особи, 6,7%) .

3. Астенічний тип. Проявлявся значною втратою сил та придушенням вольового компоненту за рахунок значних витрат психічної енергії за рахунок високої інтенсивності обсесивних переживань. Був найбільш характерним для хворих із Г1 (12 осіб, 40%), де зустрічався достовірно частіше, ніж у хворих інших груп ($p<0,01$). Був зареєстрований у 2 хворих з Г2 (5%) та 1 хворого з Г3 (3,3%);

4. Апатичний тип. Характеризувався відсутністю афективного супроводу обсесивної симптоматики, коли нав'язливості, незважаючи на їх тематичне наповнення, не викликали емоційного відгуку у дитини. Був типовим для хворих із Г1 (14 осіб, 35%), де зустрічався достовірно частіше, ніж у хворих інших груп ($p<0,01$ для пари Г1-Г2 та $p=0,02$ для пари Г1-Г3). Зустрічався у 2 хворих із Г2 (6,7%) та 3 хворих із Г3 (10%).

5. Іпохондричний тип. Характеризувався акцентом на нав'язливостях, центрованих навколо стану здоров'я та ризику розвитку численних захворювань. Зустрічався в Г1 (11 хворих, 27,5%), що достовірно частіше ($p<0,01$), ніж у Г3 (1 хворий, 3,3%). Також був зареєстрований у 3 хворих із Г2 (10%).

6. Дисфоричний тип. проявлявся афективним аранжуванням у вигляді тужливої злоби чи агресії та схильністю до експлозивних реакцій. Був

достовірно більш характерним для хворих із Г3, де зустрічався у 10 осіб, або 33,3% обстежених, та був виявлений у 2 осіб з Г1 (5%) (p<0,01).

7. Істеричний тип. Характеризувався лабільністю афекту, нестійким фоном настрою та підвищеною збудливістю з вираженою імпрегнацією нав'язливостей переживаннями гістріоїдного характеру. Був характерним для хворих із Г3 (8 осіб, 26,7%).

8. Фобічний тип. Характеризувався акцентом на відчутті непереборного страху, що супроводжував появу нав'язливостей. Найчастіше зустрічався у хворих із Г3 (6 осіб, 20%), був зареєстрований у 1 хворого з Г2 (3,3%) (p=0,04).

Розподіл показників клінічних типів СОКС в залежності від групи наведені в таблиці 4.1.

Таблиця 4.1

Клінічні типи СОКС у хворих із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами

Назва типу	Групи					
	Г1		Г2		Г3	
	ос.	%	ос.	%	ос.	%
Анксіозний	34	85	28	93,3	25	83,3
Депресивний	–	–	**15**	**50**	**2**	**6,7**
Астенічний	**2**	**5**	**12**	**40**	**1**	**3,3**
Апатичний	**14**	**35**	**2**	**6,7**	**3**	**10**
Іпохондричний	**11**	**27,5**	3	10	**1**	**3,3**
Дисфоричний	**2**	**5**	–	–	**10**	**33,3**
Істеричний	–	–	–	–	8	26,7

Фобічний	–	–	**1**	**3,3**	**6**	**20**
Дисомнічний	–	–	5	16,7	2	6,7
Дереалізаційний	2	5	2	6,7	–	–

Примітка: жирним шрифтом виділено дані, що продемонстрували достовірні відмінності за критерієм $\chi 2$ ($p<0,05$).

9. Диссомнічний тип. Проявлявся вираженими порушеннями сну (неможливістю заснути протягом тривалого часу, частими нічними пробудженнями, кошмарними сновидіннями), які виникали внаслідок обсесивних переживань. Був характерним для хворих із Г2 (5 осіб, 16,7%), та був виявлений у 2 хворого з Г3 (6,7%).

10. Дереалізаційний тип. Характеризувався відчуттям відчуження навколишнього світу. Зустрічався у хворих із Г2 (2 особи, 6,7%) та Г1 (2 особи, 5%).

Висновки до розділу 4.

За допомогою психоанамнестичного та клініко-психопатологічного методів було встановлено основні кількісні характеристики та структурні особливості обсесій та компульсій у дітей, підлітків та молодих осіб із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами.

Структура обсесій у хворих з розладами шизоформного спектру завжди була «калейдоскопічною» – мінливою та малозалежачою від зовнішніх обставин. У хворих з невротичними розладами превалювала «растрова» структура обсесій – така, що плавно видозмінювалася від початкової тематики нав’язливостей. В Г3 превалювала «монотонна» тематика обсесій – незмінна протягом усього періоду захворювання, відображаюча початкову психотравматизацію.

Компульсії, що супроводжували появу обсесивних переживань у хворих із Г1, зазвичай потребували термінової реалізації, та не могли бути відтерміновані навіть з огляду на наявність сторонніх спостерігачів. Хворі із Г2 мали значно більший контроль за компульсіями та в більшості випадків могли редукувати їх або відкласти до більш слушного моменту, наприклад, коли вони залишаться наодинці. В Г3 компульсії завдяки їх клінічної суті (нав'язливі спогади) часто були непомітними для оточуючих.

Першопричини обсесій у хворих як з розладами шизоформного, так і з розладами невротичного спектру доволі широко варіюються, і ідентифікувати їх не завжди являється можливим. Проте варто відмітити, що у хворих з невротичними розладами обсесії частіше виникали як наслідок патологічного впливу особисто значущих факторів, в той час як у хворих з розладами шизоформного спектру пусковими для маніфестації обсесієформної симптоматики зазвичай виступали фактори, не пов'язані з життєвою ситуацією, особистістю та системою відносин хворого. У хворих з емоційно-поведінковими розладами першопричиною обсесій завжди виступала психотравматизація.

Періодичність виникнення обсесій після маніфестації захворювання була найвищою у контингенті хворих із розладами шизоформного спектру і з плином часу вона тільки наростала. У групі хворих із розладами невротичного спектру періодичність активізації нав'язливостей також була високою, однак вона залишалася сталою протягом усього періоду захворювання. У хворих із емоційно-поведінковими розладами періодичність виникнення обсесій була найнижчою, та в деяких випадках мала тенденцію до вгасання.

Було встановлено основні клінічні варіанти та аранжування СОКС у хворих із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами, що виникають за рахунок імпрегнації нав'язливостей іншою психопатологічною симптоматикою. До них належали анксіозний, апатичний, астенічний, іпохондричний, дисфоричний, істеричний, депресивний, фобічний, диссомнічний та дереалізаційний типи.

Результати досліджень даного розділу наведено в публікаціях здобувача: [17, 20, 21].

Розділ 5

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ОБ'ЄКТИВНО РЕЄСТРУЄМИХ ТА СУБ'ЄКТИВНО ІДЕНТИФІКУЄМИХ АНКСІОЗНИХ ПРОЯВІВ ІЗ СОКС У ОСІБ З ШИЗОФОРМНИМИ, НЕВРОТИЧНИМИ ТА ЕМОЦІЙНО-ПОВЕДІНКОВИМИ РОЗЛАДАМИ ІЗ ДЕБЮТОМ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

Викладені в попередньому розділі результати свідчать, що анксіозна симптоматика у різноманітних її проявах є важливою складовою клінічної картини СОКС та визначається в усіх обстежених контингентах, тобто являється облігатним компонентом.

Також варто зазначити, що тривога в цілому є найбільш експліцитним проявом психічної патології, найбільш простим для ідентифікації та найменш дифамуючим (компрометуючим, знецінюючим), що сприяє інтерпретації не-анксіозних афективно афілійованих клініко-психопатологічних феноменів та будь-яких афективних аранжувань СОКС батьками, родичами та іншими членами соціального оточення хворих із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами у якості анксіозних. У зв'язку із цим наша увага була додатково сфокусована на детальному вивченні тривоги як центрального варіативного клініко-психопатологічного феномену, коморбідного до СОКС у обстежених контингентів.

У дітей та підлітків із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами інтроспективне сприйняття тривоги у деяких

випадках значно відрізнялося від зовнішніх її проявів, які були помітні батькам/опікунам та іншим особам їх соціального оточення, що іноді призводило до невірної оцінки цими особами психічного стану хворих дітей.

У зв'язку з цим окремо було досліджено суб'єктивні анксіозні прояви (ступень вираженості тривоги, яку відчували хворі) та об'єктивні, або ж зовнішні, анксіозні прояви (власне вираженість проявів анксіозного кола в дитини на думку батьків та інших осіб з їх найближчого соціального оточення).

5.1 Суб'єктивні анксіозні прояви, коморбідні до СОКС у осіб з шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами із дебютом у дитячому віці

За допомогою шкали тривоги Спілбергера – Ханіна було виявлено, що найвищі показники ситуативної тривожності спостерігаються у пацієнтів із Г3 (55,0±10,9 балів), що відповідає високому рівню значень даного показника. В даній групі була зареєстрована достовірно найбільша кількість осіб із високим рівнем ситуативної тривожності ($p<0,001$ в парі Г1-Г3 та $p=0,04$ в парі Г2-Г3), найнижча кількість осіб із середнім її рівнем ($p=0,01$ порівняно з Г1), а також спостерігалася відсутність хворих із низьким рівнем ситуативної тривожності, що може пояснюватися схильністю хворих із даної групи до нестримної, виразної афектації та навіть експлозивного реагування через затримку розвитку механізмів регуляції поведінки та домінацію процесів збудження над процесами гальмування.

У пацієнтів із Г2 показники ситуативної тривоги становили 49,9±13,8 балів, що відповідало високому рівню ситуативної тривожності. Найнижчі показники ситуативної тривожності були виявлені у пацієнтів із Г1 (43,2±12,4 балів), що відповідали середньому рівню ситуативної тривожності; Г1 виявилася єдиною групою, де кількість хворих із середнім рівнем ситуативної тривожності перевищила кількість хворих із високим її рівнем.

Вираженість ситуативної тривоги у хворих із СОКС в залежності від групи наведена на рис. 5.1.

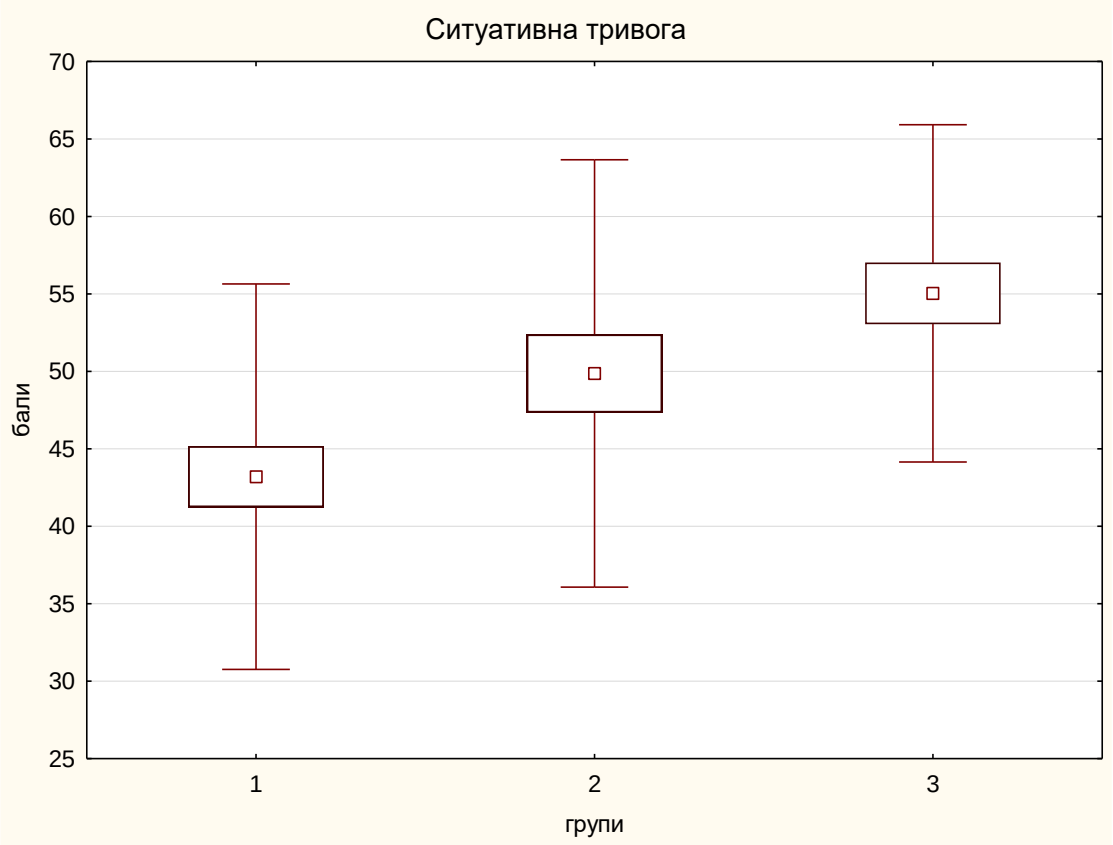

Рис.5.1 Показники ситуативної тривоги у хворих із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами

За субшкалою особистісної тривожності середні показники в Г1 склали 41,6±12,7 балів, що відповідає середньому рівню особистісної тривожності.

Вираженість особистісної тривоги у хворих із СОКС в залежності від групи наведена на рис. 5.2.

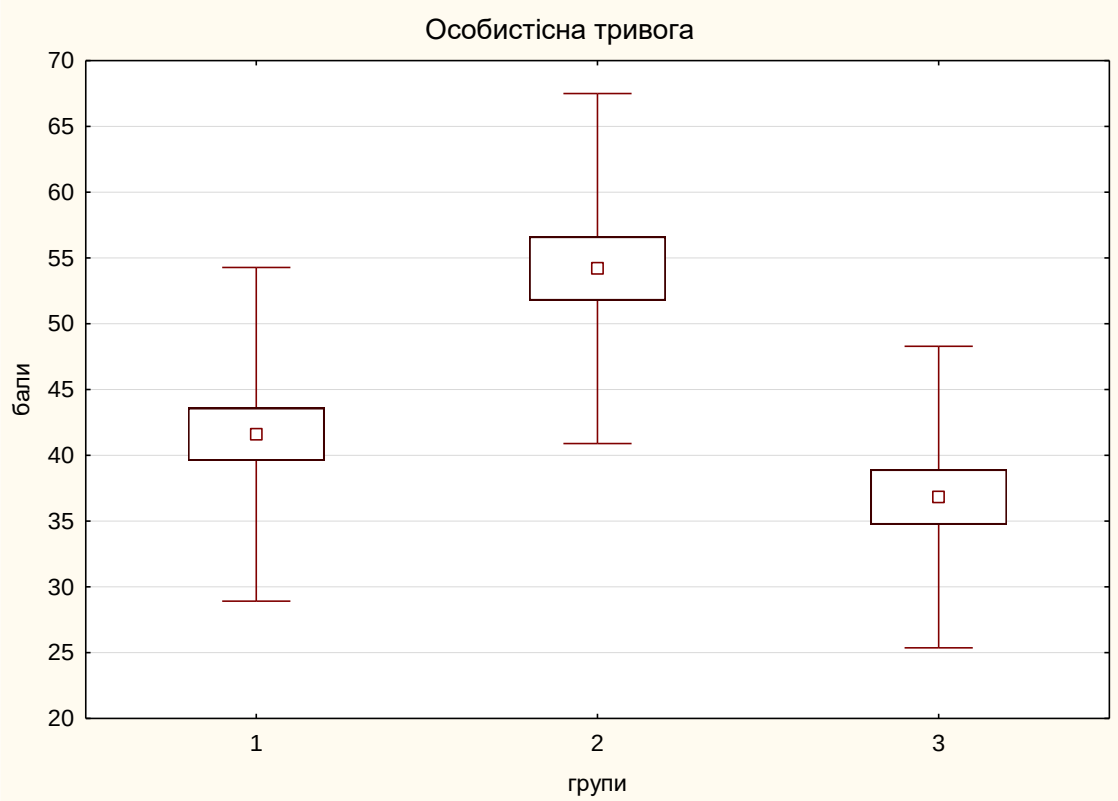

Рис.5.2 Показники особистісної тривоги у хворих із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами

В Г2 рівень особистісної тривожності був помітно вищим, ніж у інших групах, та становив предиспозиційний базис для розвитку обсесивно-компульсивного розладу у хворих даної групи. Середні показники особистісної тривожності в Г2 склали 54,2±13,3 балів, що

відповідає високому її рівню. Саме в цій групі була виявлена достовірно найбільша кількість хворих із високим рівнем особистісної тривоги ($p<0,01$), достовірно найменша кількість хворих із середнім її рівнем ($p<0,01$), а хворі із низьким її рівнем в Г2 були відсутні.

В Г3 середні показники особистісної тривожності склали 36,8±11,5 балів, що відповідає середньому її рівню; варто відзначити, що в даній групі було виявлено найменшу кількість хворих із високим рівнем особистісної тривоги і найбільшу кількість хворих із низьким їх рівнем, а отже тривожність як особистісна риса у хворих даної групи не залучена до психопатогенезу обсесивної симптоматики.

Розподіл показників суб'єктивного рівня тривожності в залежності від групи наведені в таблиці 5.1.

Таблиця 5.1

Показники суб'єктивного рівня тривожності у хворих із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами

Рівень тривожності	Групи					
	Г1		Г2		Г3	
	ос.	%	ос.	%	ос.	%
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

Примітка: жирним шрифтом виділено дані, що продемонстрували достовірні відмінності за критерієм $\chi 2$ ($p<0,05$).

5.2 Об’єктивні анксіозні прояви, коморбідні до СОКС у осіб з шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами із дебютом у дитячому віці

Зовнішні показники тривожності, що видимі батькам та опікунам, та оцінені за допомогою опитувальника «Рівень тривожності дитини», найвищими виявилися в Г1 та склали 15,7±4,3 балів, що відповідає високому рівню тривожності. Через неспроможність хворих із розладами шизоформного спектру до відстрочування реалізації компульсій (через їх подібність за механізмом виникнення до насильницьких дій, які майже неможливо контролювати) неадекватні дії дитини помічаються батьками та пояснюються реалізацією високого рівня їх тривожності (оскільки альтернатива у вигляді визнання наявності у дитини ендогенно-процесуального захворювання їх лякає через асоційовану з ним соціальну стигму).

Схожим чином оцінили рівень тривожності дитини батьки хворих із Г3 – там також було виявлено високий рівень зовнішніх проявів тривожності, що склав 15,5±3,9 балів. Внаслідок фіксованості хворих із емоційно-поведінковими розладами на травматичними подіями і пов’язаних з ними афективно насиченими нав’язливостями, пацієнти із даної групи не схильні приховувати їх через бажання отримати співчуття, розраду, а тому батьками останніх рівень тривожності дітей оцінюється як високий.

В Г2 рівень об’єктивних проявів тривожності склав 13,5±4,7 балів, що відповідає середньому рівню тривожності; таким чином, у даній групі

було виявлено найнижчий рівень зовнішніх проявів тривоги. Через здатність хворих із розладами невротичного спектру 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.

Вираженість об'єктивних проявів тривоги у хворих із СОКС в залежності від групи наведена на рис. 5.3.

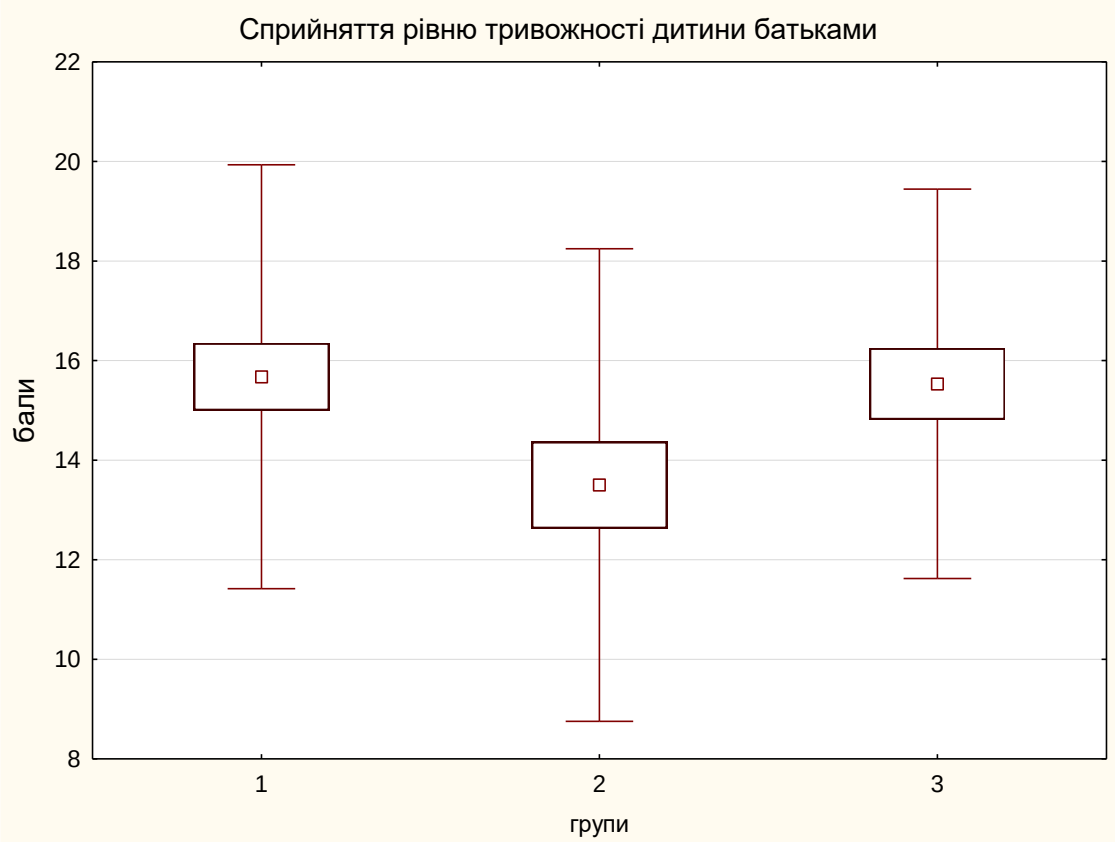

Рис.5.3 Показники вираженості зовнішніх проявів тривоги у дітей із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами

Розподіл показників об’єктивного рівня тривожності в залежності від групи наведені в таблиці 5.2.

Таблиця 5.2

Показники об’єктивних проявів тривожності у хворих із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами

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

5.3. Зв’язок об’єктивних та суб’єктивних анксіозних проявів із вираженістю СОКС

Інтенсивність СОКС виявилася найвищою у хворих із Г2 – вираженість симптоматики в середньому склала 28,7±5,8 балів, що відповідає тяжкому перебігу захворювання. Варто відзначити, що кількість осіб із тяжким перебігом СОКС в Г2 була достовірно вище, ніж в Г1 ($p=0,03$) та Г3 ($p<0,01$), а кількість осіб із помірним перебігом захворювання – достовірно нижче, ніж в Г1 та Г3 ($p<0,01$).

В Г1 інтенсивність СОКС склала 24,7±6,9 балів, що відповідає середній важкості перебігу захворювання. Найбільшу частку у даній групі склали хворі із помірною вираженістю СОКС.

В Г3 інтенсивність СОКС склала 18,2±5,6 балів, що відповідає середній важкості перебігу захворювання. Г3 виявилася єдиною групою, де значна кількість хворих (33,3%) продемонструвала легку ступінь вираженості СОКС – в Г1 такі показники були виявлені лише у 5% обстежених ($p<0,01$), а в Г2 особи із легким перебігом захворювання були повністю відсутні.

Вираженість СОКС у хворих з шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами наведена на рис. 5.4.

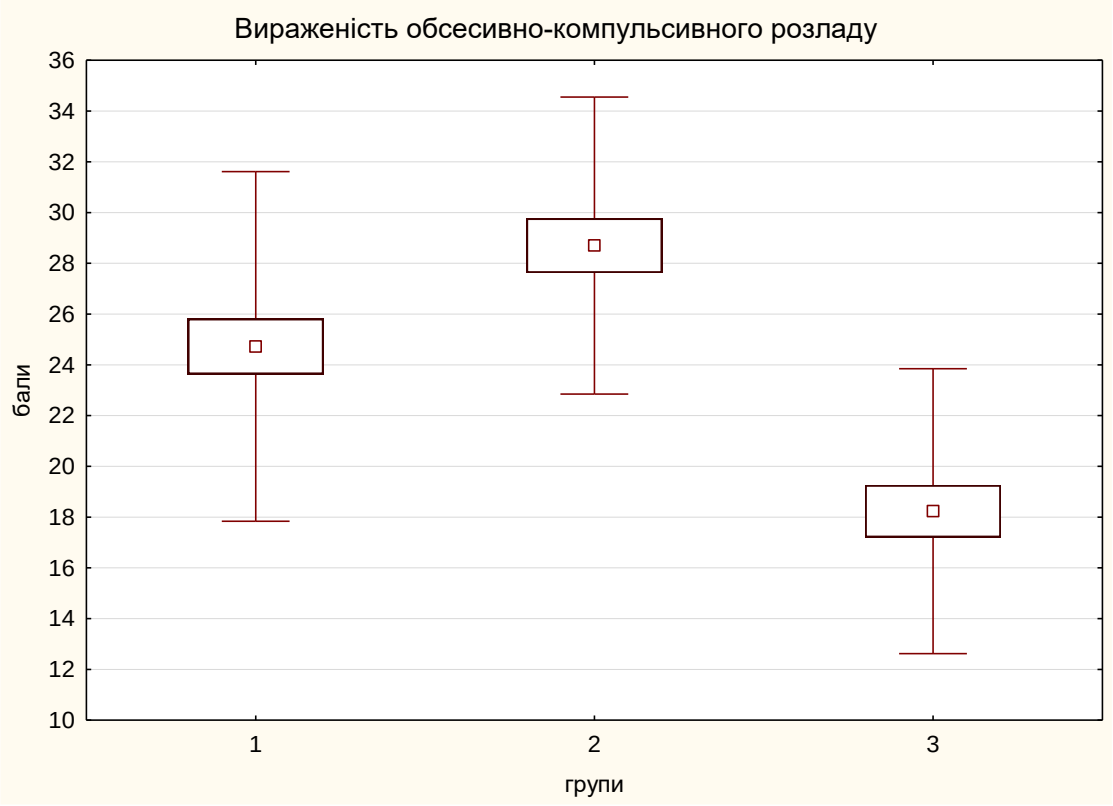

Рис.5.4 Показники вираженості СОКС у хворих із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами

Розподіл показників інтенсивності СОКС в залежності від групи наведені в таблиці 5.3.

Таблиця 5.3

Показники інтенсивності СОКС у хворих із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами

Важкість перебігу захворювання	Групи					
	Г1		Г2		Г3	
	ос.	%	ос.	%	ос.	%
Відсутня	–	–	–	–	–	–
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	–	–

Примітка: жирним шрифтом виділено дані, що продемонстрували достовірні відмінності за критерієм $\chi 2$ ($p<0,05$).

В результаті розрахування рангових кореляцій Спірмена встановлено, що інтенсивність СОКС 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 було виявлено статистично значущий негативний кореляційний зв’язок середньої сили між інтенсивністю СОКС 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 ($r=-0,55$, $p<0,05$).

Оцінка відповідності авторської типології шкальним показникам здійснювалася за допомогою порівняльного аналізу (ANOVA) та кореляційного аналізу (r Пірсона). Тип "виснажливо-афективний" (Г2) асоціювався з найвищими середніми балами за STAI-C (особистісна тривога – $59{,}2 \pm 4{,}7$), тоді як тип "байдуже-аутистичний" (Г1) демонстрував низький рівень інсайту (CY-BOCS item 11), але високу частоту компульсивних дій. Тип "психотравматично-проеційований" (Г3) мав помірні показники за CY-BOCS (середній бал $17{,}6 \pm 3{,}2$) з вираженим домінуванням афективної забарвленості нав’язливих спогадів.

Таким чином, встановлено, що рівень інтенсивності проявів СОКС відповідає рівню особистої тривожності в усіх групах, в той час як ситуативна тривожність та сприйняття рівню тривожності дитини батьками не відображають реальної інтенсивності СОКС і не можуть являтися достовірними критеріями для встановлення рівню тяжкості СОКС у хворих з шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами.

Варто відзначити, що невірна оцінка батьками дитини зовнішніх проявів СОКС в низці випадків призводила до формування інадекватної внутрішньородинної підтримки, яка в контексті нашого дослідження може бути названа ко-обсесивним реагуванням. Подібні випадки можуть потребувати особливої уваги через їх потентність до ускладнення перебігу захворювання.

Висновки до розділу 5.

В результаті дослідження було встановлено особливості об’єктивно та суб’єктивно виражених анксіозних проявів, а також їх кореляційних

зв’язків із характеристиками СОКС у дітей, підлітків та молодих осіб із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами.

Ситуативна тривога виявилася найвищою у групі хворих із емоційно-поведінковими розладами, що пояснюється їх схильністю до нестримної, виразної афектації та навіть експлозивного реагування через затримку розвитку механізмів регуляції поведінки. В той самий час рівень особистісної тривоги у групі хворих із емоційно-поведінковими розладами був визначений як найнижчий серед обстежених груп, а отже тривожність як особистісна риса у хворих даної групи не залучена до психопатогенезу обсесивної симптоматики. У групі хворих із розладами шизоформного кола рівні вираженості особистісної та ситуативної тривоги не відрізнялися та відповідали середньому рівню. У групі хворих 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 хворих даної групи відповідала високому рівню вираженості.

Через здатність хворих із розладами невротичного спектру 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 хворих із розладами шизоформного спектру до відстрочування реалізації компульсій (через їх подібність за механізмом виникнення до насильницьких дій, які майже неможливо контролювати) неадекватні дії дитини помічаються батьками та пояснюються 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 хворих із емоційно-поведінковими розладами на травматичними подіями і пов'язаних з ними афективно насиченими нав'язливостями, діти із даної групи не схильні приховувати їх через бажання отримати співчуття, розраду, а тому батьками останніх рівень тривожності дітей оцінюється як високий.

Тяжкість СОКС у хворих із розладами шизоформного та невротичного кола була однаково високою, в той час як у хворих із емоційно-поведінковими розладами СОКС були значно менш інтенсивними. Також встановлено, що рівень інтенсивності СОКС відповідає рівню особистої тривожності в усіх групах, в той час як ситуативна тривожність та сприйняття рівню тривожності дитини батьками не відображають реальної інтенсивності реальної інтенсивності СОКС і не можуть являтися достовірними критеріями для встановлення рівню тяжкості СОКС у хворих з шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами.

Результати досліджень даного розділу наведено в публікаціях здобувача: [18].

Розділ 6

КРИТЕРІЇ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ І РЕЛЕВАНТНОСТІ НОЗОЛОГІЧНОЇ КВАЛІФІКАЦІЇ ТА БАЗОВІ ПРИНЦИПИ КОРЕКЦІЇ СОКС У ОСІБ З ШИЗОФОРМНИМИ, НЕВРОТИЧНИМИ ТА ЕМОЦІЙНО-ПОВЕДІНКОВИМИ РОЗЛАДАМИ ІЗ ДЕБЮТОМ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

6.1. Критерії диференційної діагностики та релевантності нозологічної кваліфікації СОКС.

На підставі наведених в попередніх розділах результатів дослідження ***першим критерієм*** диференційної діагностики та релевантності нозологічної кваліфікації СОКС було визначено ***специфічний кластер їх якісних фабульно-тематичних характеристик***:

– *критерій масштабу* (перш за все в напрямку гетеропроекції переживань);

– *критерій афективної насиченості* (ступінь та виразність емоційної залученості хворого, sensu lato – компрометації афективної осі);

– *критерій зв'язку з психотравмою* (наявність психотравм в психонотогенезі та їх звучання в тематиці обсесій);

– *критерій асоціювання тематики* (екстенсія, комплікація та еволюція тематики обсесії, афіліювання підпорядкованих елементів та навіть додаткових тем);

– *критерій реалістичності* (розташування тематики обсесій в континуумі «теми побутові, звичайні, повсякденні – теми фантазійні, відірвані від реальності, неймовірні»);

– *критерій простоти* (що означає оцінку простоти – складності тематики: від монокомпонентних психологічно зрозумілих нав`язливих переживань до позбавленого внутрішньої логіки нагромадження політематичних елементів);

– *критерій наявності критики до тематики обсесій* (оцінка рівня усвідомлення пацієнтом хворобливої природи власних нав`язливих переживань);

– *критерій проявленності* (наявність чи відсутність намагань хворого приховати обсесивні переживання від оточуючих, рівень їх успішності та спосіб реалізації);

– *критерій персоналізації* (ступінь зв`язку тематики обсесій з особистістю в континуумі «відчуження-приналежність», досвідом та фактами біографії хворого).

Другим критерієм диференційної діагностики та релевантності нозологічної кваліфікації СОКС виступає ***розроблена типологія тематики обсесій***, відповідно до якої потрібно проводити ідентифікацію тематики СОКС та яку слід застосовувати на етапі кваліфікації СОКС задля досягнення нозологічної релевантності.

1. Полісимптомний байдуже-аутистичний тип.

Узагальнена характеристика: дереїстично-експансивний, маніфестно-акритичний, апсихотравматичний.

Деталізована характеристика:

– глобальний (за критерієм масштабу);

– анестетичний (за критерієм афективної насиченості);

– криптогенний апсихотравматичний (за критерієм зв’язку з психотравмою);

– асоціативно-експансивний (за критерієм асоціювання тематики);

– дереалістичний (за критерієм реалістичності);

– вичурний (за критерієм простоти);

– акритичний (за критерієм наявності критики до тематики обсесій);

– маніфестний (за критерієм проявленності);

– дисоційовано-персоналізований (за критерієм персоналізації).

Даний тип тематики обсесій відображав характерні особливості нав'язливостей, типових для хворих із розладами шизоформного спектру.

2. Виснажливо-афективний тип с критичним осмисленням.

Узагальнена характеристика: комплікований афективно-акцентований, агравуюче-критичний, алієнаціонно-маніфестний.

Деталізована характеристика:

– мезолокальний (за критерієм масштабу);

– комплікований афективно-акцентований (за критерієм афективної насиченості);

– флюктуюче психотравматичний (за критерієм зв'язку з психотравмою);

– асоціативно-пауперизированій (за критерієм асоціювання тематики);

– парціально-реалістичний (за критерієм реалістичності);

– симпліцитний спеціалізовано-тематичний (за критерієм простоти);

– агравуюче-критичний (за критерієм наявності критики до тематики обсесій);

– парціально-маніфестний (за критерієм проявленності);

– алієнаціонний (за критерієм персоналізації).

Даний тип тематики обсесій відображав характерні особливості нав'язливостей, типових для хворих із розладами невротичного спектру.

3. Простий психотравматично-проеційований тип.

Узагальнена характеристика: афективно-психотравматичний, екзистенціально-критичний с мнемонічною ампліфікацією, маніфестно-реалістичний.

Деталізована характеристика:

– локальний (за критерієм масштабу);

– афективно насичений з феноменом мнемореї (за критерієм афективної насиченості);

– сонорний психотравматичний (за критерієм зв'язку з психотравмою);

– інасоційований (за критерієм асоціювання тематики);

– реалістичний (за критерієм реалістичності);

– «симпліцитна мнемонічна копія» (за критерієм простоти);

– екзистенціально-критичний (за критерієм наявності критики до тематики обсесій);

– стереотипний постуляціонно-маніфестний (за критерієм проявленності);

– персоноцентрований (за критерієм персоналізації).

Даний тип тематики обсесій відображав характерні особливості нав'язливостей, типових для хворих із емоційно-поведінковими розладами.

Третім критерієм диференційної діагностики та релевантності нозологічної кваліфікації СОКС являється ***специфічний кластер їх структурно-динамічних характеристик***:

– *критерій специфіки структури обсесій*, ідентифікуючий та кваліфікуючий їх нозологічну приналежність:

А. У хворих із розладами шизоформного спектру спостерігалася «калейдоскопічна» структура СОКС – мінлива, екстенсивна, малозалежна від зовнішніх обставин;

В. У хворих із розладами невротичного спектру превалювала «растрова» структура СОКС – така, що плавно та незначно видозмінювалася протягом усього перебігу захворювання;

С. Для емоційно-поведінкових розладів була характерна «монотонна» структура СОКС – стала та незмінна, відображаюча початкову психотравматизацію, фактично – психотравматична проекція с тенденцією до пауперизації;

– *критерій специфіки структури компульсій*, ідентифікуючий та кваліфікуючий їх нозологічну приналежність:

А. При розладах шизоформного спектру компульсії були ритуалізованими, не мали прямого захисного сенсу, часто виступали як сепаровані від обсесій як за показником часу, так іноді і за показником фабульно-тематичного спряження, та потребували невідкладної реалізації одразу після виникнення інтрапсихічного спонукання;

В. При розладах невротичного спектру компульсії напряму поставали з тематики обсесій, виконувалися тільки з метою відчуття полегшення, ніколи не були сепарованими від обсесій, та часто були прихованими (підлягали частковій вольовій регуляції);

С. Для емоційно-поведінкових розладів були характерні направлені на боротьбу з нав'язливими страхами компульсивні акти, що мали тенденцію до поступового вгасання;

– *критерій траспарентності етіологічного фактору СОКС*:

А. При розладах шизоформного спектру етіологічний фактор зазвичай мав індиферентний характер;

В. При розладах невротичного спектру етіологічний фактор зазвичай мав криптогенний характер;

С. При емоційно-поведінкових розладах етіологічний фактор зазвичай мав психотравматичний характер;

– *критерій перебігу (періодичності виникнення) СОКС*:

А. При розладах шизоформного спектру періодичність виникнення СОКС виявилася найвищою та з тенденцією до наростання;

В. При розладах невротичного спектру періодичність виникнення СОКС була стабільно високою;

С. Для емоційно-поведінкових розладів характерна була невисока частота проявів СОКС із тенденцією до затухання останніх;

– *критерій інтенсивності СОКС*:

А. При розладах шизоформного спектру спостерігалася середня інтенсивність СОКС, а більшість хворих мала помірний або тяжкий перебіг захворювання;

В. При розладах невротичного спектру інтенсивність СОКС була найвищою, та спостерігалася найбільша кількість хворих із тяжким і вкрай тяжким перебігом захворювання;

С. Для емоційно-поведінкових розладів характерною була найнижча інтенсивність СОКС, у даній групі превалювали хворі з помірним та легким перебігом захворювання.

Четвертим критерієм диференційної діагностики та релевантності нозологічної кваліфікації СОКС виступають ***варіанти їх клінічного аранжування***:

– при розладах шизоформного спектру найчастіше спостерігалися такі варіанти клінічних аранжувань СОКС:

А. *Гіпопатичний* (*апатичний*) варіант клінічного аранжування СОКС характеризувався незначною виразністю або відсутністю афективного супроводу обсесивної симптоматики, коли нав'язливості, незважаючи на їх тематичне наповнення, не викликали емоційного відгуку в хворого або емоційний відгук був незначний і не відповідав тематиці та масштабу обсесій;

В. *Іпохондричний* варіант клінічного аранжування СОКС характеризувався акцентом на нав'язливостях, центрованих навколо стану здоров'я та ризику розвитку численних небезпечних для життя захворювань без жодних на то підстав;

– при розладах невротичного спектру найчастіше спостерігалися такі варіанти клінічних аранжувань СОКС:

А. *Астенічний* варіант клінічного аранжування СОКС проявлявся значним рівнем виснаження та пригніченням вольового компоненту

супротиву нав'язливим думкам та діям внаслідок високої інтенсивності обсесивних переживань;

B. *Депресивний* варіант клінічного аранжування СОКС формувався за рахунок аранжування нав'язливостей вираженим зниженням настрою з елементами гальмування асоціативного процесу;

C. *Дереалізаційний* варіант клінічного аранжування СОКС характеризувався епізодичним відчуттям відстороненості від навколишнього світу на висоті переживань (за психастенічним типом);

D. *Диссомнічний варіант* клінічного аранжування СОКС проявлявся домінуючими порушеннями сну (неможливістю заснути протягом тривалого часу, частими нічними пробудженнями, кошмарними сновидіннями), які виникали внаслідок обсесивних переживань з активізацією останніх в нічний час;

– при емоційно-поведінкових розладах найчастіше спостерігалися такі варіанти клінічних аранжувань СОКС:

A. *Дисфоричний* варіант клінічного аранжування СОКС проявлявся афективним аранжуванням у вигляді елементів тужливої злоби чи агресії, та схильністю до експлозивних реакцій, головним чином за умов перешкоджання реалізації компульсій;

B. *Істеричний* варіант клінічного аранжування СОКС характеризувався лабільністю афекту, нестійким фоном настрою та підвищеною збудливістю з вираженою імпрегнацією емоційно-поведінкових корелятів нав'язливостей переживаннями гістріоїдного характеру;

C. *Фобічний* варіант клінічного аранжування СОКС характеризувався відчуттям непереборного тематично асоційованого предметного страху, що супроводжував появу нав'язливостей та мав виразний психовегетативний компонент.

Окремо слід констатувати наявність варіанту клінічного аранжування СОКС, що не несе диференційно-діагностичної цінності через свою

універсальність та наявність у більшості обстежених хворих: *анксіозний* варіант являвся спільним та найбільш розповсюдженим для усіх груп варіантом клінічного аранжування СОКС, оскільки тривога в тому чи іншому ступені вираженості виявлялася у всіх обстежених контингентів та являлась облігатним компонентом обсесивного синдрому, а іноді анксіозний компонент виступав на перший план та являвся титульним психопатологічним симптомом.

Але зазначені особливості репрезентації анксіозного варіанту клінічного аранжування СОКС дозволили сформувати уявлення про специфічні констеляції рівнів суб'єктивно відчуваємих та об'єктивно спостерігаємих анксіозних проявів, що має додаткову диференційно-діагностичну та кваліфікуючу цінність.

П'ятим критерієм диференційної діагностики та релевантності нозологічної кваліфікації СОКС являється ***специфічний розподіл (констеляція) суб'єктивно відчуваємих та об'єктивно спостерігаємих анксіозних проявів*** як найбільш експліцитних ознак СОКС.

– при розладах шизоформного спектру відзначався середній рівень вираженості особистісної тривоги, середній рівень вираженості ситуативної тривоги, та високий рівень вираженості зовнішніх проявів тривоги;

– при розладах невротичного спектру відзначався високий рівень особистісної тривоги, високий рівень ситуативної тривоги, та середній рівень зовнішніх проявів тривоги;

– при емоційно-поведінкових розладах відзначався середній рівень особистісної тривоги, високий рівень ситуативної тривоги, високий рівень зовнішніх проявів тривоги.

Таким чином, аналіз результатів дослідження дозволив сформувати чотири основні і один додатковий критерії диференційної діагностики та релевантності нозологічної кваліфікації СОКС:

– специфічний кластер якісних фабульно-тематичних характеристик;

– типологія тематики обсесій;

– специфічний кластер структурно-динамічних характеристик;

– варіанти їх клінічного аранжування;

– специфічна констеляція суб'єктивно відчуваємих та об'єктивно спостерігаємих анксіозних проявів.

Зазначені критерії дають підстави сформулювати алгоритм діагностики та релевантності нозологічної кваліфікації СОКС.

Алгоритм складається з трьох модулів:

1) трьохступеньовий **фабульно-тематичний** модуль – від деталізованих характеристик (перша ступінь) через узагальнені характеристики (друга ступінь) до виходу далі на конкретний тип тематики обсесій (третя ступінь), що має диференційно-діагностичне, нозокваліфікуюче та прогностичне значення;

2) трикомпонентний **структурно-динамічний модуль** – що відображає структуру (окремо для обсесій та компульсій), транспарентність етіологічного фактору, перебіг та періодичність екзацербацій, а також інтенсивність обсесій і компульсій, характерних для обсесій та компульсій різної нозологічної кваліфікації;

3) нозоспецифічний **модуль клінічного аранжування** (переважно афективного спрямування) з додатком у вигляди оцінки констеляції ознак анксіозного супроводу.

Сенс нозологічної кваліфікації СОКС полягає в тому, що їх виявлені характеристики створюють передумову для постановки діагнозу з кластеру трьох основних нижченаведених груп діагнозів з урахуванням пов'язаної з віком специфіки останніх.

1. Шизоформне коло (коло розладів аутистичного спектру та спектру шизофренії):

– для осіб дитячого та підліткового віку: дитяча шизофренія або аутизм / розлади аутистичного спектру;

– для осіб старше 18 років: шизофренія, шизотиповий розлад, інші психотичні розлади з симптомами шизофренії, пов’язані зі стресом.

2. Невротичне коло:

– для осіб дитячого та підліткового віку: ОКР, тривожні розлади з обсесивною симптоматикою, соціальні тривожні розлади, фобічні розлади, іпохондричні розлади;

– для осіб старше 18 років: ОКР, тривожні розлади, фобічні розлади, іпохондричні розлади, специфічні нав’язливості.

3. Спектр емоційно-поведінкових порушень:

– для осіб дитячого та підліткового віку: розлади поведінки та емоцій дитячого віку з різнорідними розширеннями, зокрема з порушенням рівню функціонування, психотравматичні події;

– для осіб старше 18 років: розлади адаптації, розлади особистості (психопатії), акцентуації характеру (особистісні акцентуйовані риси), психотравматичні події в дитинстві.

6.2. Базові принципи та підходи до терапії СОКС у осіб з шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами із дебютом у дитячому віці.

На підставі отриманих результатів було розроблено базові принципи та підходи до терапії СОКС в структурі шизоформних, невротичних та емоційно-поведінкових розладів.

1. Застосування адаптованого для дитячого та підліткового віку клініко-психофеноменологічного методу задля встановлення притаманних контингентам з урахуванням їх вікових та патонозологічних особливостей психотерапевтичних феноменів першого класу: інструментальних, саногенних та дефензивних.

2. Врахування специфіки ракурсного психоанамнестичного дослідження, яке повинно бути зосереджено на виявленні:

– психотравматичних чинників та кола центрованих навколо останніх дебютних переживань, що досягали маніфестного психопатологічного рівня;

– тригерів – як подібних до ініціальних психотравмуючих чинників, так і виникших в процесі психоонтогенезу тригерів асоційованих (поєднаних за механізмами асоціювання з психотраматичними чинниками), тригерів інтеркурентних і комплікуючих, а також тригерів ятрогеної компрометації та тригерів інадекватної внутрішньородинної підтримки в рамах ко-обсесивного реагування;

– об'єктивних свідчень наявності та характеру резонансу психотравматичних подій (випадків, ситуацій) в колі осіб з найближчого оточення для виявлення механізмів інспірації, супорту, ампліфікації, агравації з урахуванням контексту геноемоціограми (ко-обсесивне реагування);

– існуючих особливостей внутрішньосімейної емоційної та інтелектуальної атмосфери та рольових патернів, особливо форм повсякденної комунікації та способів реагування на виникаючі позаштатні ситуації, існування форм гіперопіки, патологічних симбіотичних взаємовідношень, інших форм неадекватної батьківської підтримки або порушення рольової структури родини, антагоністично-конфронтуючих типів взаємодії тощо.

3. Врахування фабульно-тематичної специфіки та конкретного типу тематики обсесій для формування нозоспецифічної програми психотерапії, що вимагає створення терапевтичного фармакологічного фону як спеціального для цілей психотерапії:

– для хворих Г1 переважно препарати із класу антипсихотиків;

– для хворих Г2 препарати із класу антидепресантів, переважно із групи СІОЗС;

– для хворих Г3 переважно седативні препарати, у випадках тяжкого перебігу – препарати із класу антидепресантів.

4. Врахування специфіки клінічних аранжувань при підборі терапевтичних стратегій для досягнення ефекту таргетної специфічної персоналізованої корекції психічного стану хворих шляхом елімінації/мінімізації коморбідної до СОКС психопатології.

5. Застосування модифікованого за віковими ознаками психотерапевтичного діагнозу задля цілей підбору методів та методик психотерапії.

6. Підбор методів та методик психотерапії в залежності від нозологічної кваліфікації СОКС:

– для всіх контингентів: психоосвіта, а також такий метод мнестологічної парадигми психотерапії, як психометодологія;

– для хворих Г1 також: маніфестоцентрована когнітивно-біхевіоральна терапія;

– для хворих Г2 також: симптомоцентрована біхевіоральна та когнітивно-біхевіоральна терапія, гіпносугестивна психотерапія, раціональна психотерапія;

– для хворих Г3 також: раціональна психотерапія, гіпносугестивна психотерапія, біхевіоральна терапія.

Можливе також застосування інших синтетичних методів психотерапії та їх дериватів, але виключно на рівні психотехнічного арсеналу.

7. Врахування вікових та нозоспецифічних особливостей клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів та їх етологічного корелят-механізму.

8. Залучати батьків до терапії дітей та підлітків із СОКС для запобігання формування агравуючого та дестабілізуючого ко-обсесивного реагування батьків, проводити психоосвітні заходи для роз’яснення суті захворювання дитини та навчання саногенним формам реагування на СОКС.

Висновки до розділу 6.

На підставі наведених в попередніх розділах результатів дослідження сформовано чотири основні і один додатковий критерії диференційної діагностики та релевантності нозологічної кваліфікації СОКС у хворих із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами:

1. Специфічний кластер якісних фабульно-тематичних характеристик (за критеріями масштабу, афективної насиченості, зв'язку з психотравмою, асоціювання тематики, реалістичності, простоти, наявності критики до тематики обсесій, проявленості та персоналізації).

2. Типологія тематики обсесій (полісимптомний байдуже-аутистичний тип, виснажливо-афективний тип с критичним осмисленням, простий психотравматично-проеційований тип).

3. Специфічний кластер структурно-динамічних характеристик (за критеріями специфіки структури обсесій та компульсій, транспарентності етіологічного фактору СОКС, перебігу (періодичності виникнення) СОКС, та інтенсивності СОКС).

4. Варіанти їх клінічного аранжування (гіпопатичний, іпохондричний, астенічний, депресивний, дереалізаційний, диссомнічний, дисфоричний, істеричний, фобічний та анксіозний).

5. Специфічна констеляція суб'єктивно відчуваємих та об'єктивно спостерігаємих анксіозних проявів.

Зазначені критерії дозволили розробити алгоритм диференційної діагностики та релевантності нозологічної кваліфікації СОКС. Алгоритм складається з трьох модулів: трьохступеньового фабульно-тематичний модуля, трикомпонентного структурно-динамічного модуля та нозоспецифічного модуля клінічного аранжування.

На підставі отриманих результатів було розроблено базові принципи та підходи до терапії СОКС в структурі шизоформних, невротичних та

емоційно-поведінкових розладів: застосування адаптованого для дитячого та підліткового віку клініко-психофеноменологічного методу; врахування специфіки ракурсного психоанамнестичного дослідження; врахування фабульно-тематичної специфіки та конкретного типу тематики обсесій для формування нозоспецифічної програми психотерапії, що вимагає створення терапевтичного фармакологічного фону як спеціального для цілей психотерапії; врахування специфіки клінічних аранжувань при підборі терапевтичних стратегій для досягнення ефекту таргетної специфічної персоналізованої корекції психічного стану хворих шляхом елімінації/мінімізації коморбідної до СОКС психопатології; застосування модифікованого за віковими ознаками психотерапевтичного діагнозу задля цілей підбору методів та методик психотерапії; підбор методів та методик психотерапії в залежності від нозологічної кваліфікації СОКС; врахування вікових та нозоспецифічних особливостей клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів та їх етологічного корелят-механізму; залучення батьків до терапії дітей та підлітків із СОКС для запобігання формування агравуючого та дестабілізуючого ко-обсесивного реагування батьків, проводити психоосвітні заходи для роз’яснення суті захворювання дитини та навчання саногенним формам реагування на СОКС.

Результати досліджень даного розділу наведено в публікаціях здобувача: [17-19].

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Обсесивно-компульсивні симптоми дедалі частіше зустрічаються у осіб дитячого та підліткового віку, однак не завжди вказують на наявність ОКР у дитини. Підходи до встановлення діагнозу ОКР у практиці дитячої психіатрії змінювалися з часом, і наразі достовірно відомо, що не всі нав'язливі думки та дії, які виникають у осіб дитячого віку, можуть бути кваліфіковані в рамках класичної невротичної рубрики. Незважаючи на іноді вкрай значний масив обсесивної симптоматики у дітей, та, особливо, підлітків, діагноз ОКР зазвичай не встановлюється через структурну незавершеність нозоформи в даних контингентах. Так, доволі часто нав'язливості виступають не єдиною, а іноді і не центральною семіотичною ознакою з боку психіки, а також не завжди супроводжується видимими компульсивними діями.

Обсесивна симптоматика у дітей наразі зазнає як істинного, так і терапевтичного та псевдоморфозу. Спостерігаються зміни в тематиці, проявах, силі вираженості, частоті та першопричинах виникнення обсесій, а також у механізмах реалізації та формах спонукання до захисних компульсивних актів, які вимагають особливих підходів до розпізнання та лікування. Нажаль, через недостатню обізнаність лікарів-практиків щодо існуючих клінічно значущих відмінностей між характеристиками динаміки обсесивної симптоматики в структурі різних нозологій вони не завжди враховуються в ході рутинної психодіагностичної процедури, що призводить до значного погіршення її якості.

Таким чином, актуальним завданням сучасної дитячої психіатрії є встановлення сучасного стану тематики обсесій у дітей з різними психічними розладами, а також відстежування патоморфозу нав'язливостей та супроводжуючих їх компульсій в динаміці, та створення базових принципів

терапії обсесієформної симптоматики відповідно до її нозологічної приналежності.

На кафедрі психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології ЗДМФУ, а також на її клінічних базах за умов інформованої згоди пацієнтів та їх батьків/опікунів було стаціонарно та амбулаторно обстежено 117 дітей та підлітків віком від 8 до 18 років з обсесивною симптоматикою і молодих осіб віком від 18 до 25 років з обсесіями, що вперше виникли у них в дитячому або підлітковому віці (за даними психоанамнестичного дослідження), з яких для подальшого дослідження було відібрано 100 осіб. Відповідно до нозологічної приналежності їх було розподілено на 3 групи. До Г1 увійшли 40 осіб із шизоформними розладами. Г2 складалася із 30 осіб, у яких були наявні розлади невротичного спектру. До Г3 увійшли 30 осіб з емоційно-поведінковими розладами.

Дизайн дослідження носив проспективно-ретроспективний характер та складався із трьох етапів. Сенсом першого – клініко-аналітичного етапу було встановлення поточного психічного статусу та збір психоанамнестичних даних, а також визначення медико-психологічних та клініко-психопатологічних характеристик хворих із обсесієформною симптоматикою різного генезу. На другому етапі дослідження – клініко-синтетичному – було здійснено систематизація важливих для диференційної діагностики та релевантності нозологічної кваліфікації параметрів СОКС. На третьому етапі дослідження – прогностично-терапевтичному – було здійснено підбір базових принципів та підходів до терапії СОКС з урахуванням характеристик нав’язливостей та природи захворювання осіб із розладами шизоформного, невротичного та емоційно-поведінкового спектру.

Задля досягнення мети використовувалися такі методи дослідження: психоанамнестичний, клініко-психопатологічний з допоміжним клініко-

етологічним методом, патопсихологічний, клініко-психофеноменологічний, клініко-статистичний.

В результаті комплексного дослідження хворих з невротичними, шизоформними та емоційно-поведінковими розладами виявлено та описано сучасний стан тематики обсесій, встановлено їх специфічні якісні характеристики та розроблено їх типологію.

Не було виявлено значної різниці в поширеності та представленості певних тематик обсесій у хворих з різними психічними розладами, проте спостерігалися помітні відмінності в їх аранжуванні. Обсесії з тематикою страху контамінації та інфікування виявилися найпоширенішими як серед хворих з розладами шизоформного спектру, так і серед хворих з розладами невротичного кола. У хворих із розладами емоційно-поведінкового спектру найчастіше зустрічалися нав'язливості символізації. Інші тематики нав'язливостей зустрічалися без статистично значущих відмінностей в усіх трьох групах, однак у хворих дітей з розладами шизоформного кола нав'язливості характеризувалися вираженою химерністю, що призводить до певної деформації типових тематик обсесій. Також варто відзначити, що у хворих із розладами шизоформного спектру превалювали політематичні нав'язливості (наявність нав'язливостей різної тематики у однієї особи), в той час як у хворих із емоційно-поведінковими розладами нав'язливості були монотематичними.

Виявлено, що у різних групах обсесії відрізнялися за специфічними якісними характеристиками їх тематики, а саме за характеристиками масштабу, афективної насиченості, зв'язку з психотравмою, асоціювання тематики, реалістичності, простоти, наявності критики до тематики обсесій, проявленості та персоналізації. Так, відмічалася різниця в афективній насиченості обсесій: у хворих із Г2 та Г3 вона була високою, в той час як у хворих з Г1 обсесії були вихолощеними та майже не викликали у таких хворих емоційного відгуку (так, існуюче емоційне забарвлення у вигляді

тривоги та страху існувало паралельно з обсесіями та лише частково було пов’язане з їх тематикою).

Зв'язок з психотравмою, включно зі звучанням останньої в тематиці нав’язливостей, найвираженішим був у хворих з Г3; у хворих з Г2 він був зареєстрований значно рідше, а у хворих з Г1 – в поодиноких випадках.

Рівень і характер трансформації психотравми в тематиці обсесій також мали помітні відмінності: у хворих з Г3 психотравма продовжувала звучати в обсесіях у майже незмінному вигляді, в той час як у хворих із Г2 психотравма є лише певним фактором запуску обсесій, сама ж їх тематика часто відрізняється від змісту психотравмуючої події; у хворих з Г1 між пережитою психотравмою і змістом нав’язливостей спостерігався лише умовний зв'язок, зазвичай помітний лише на початку захворювання, надалі ж відбувається специфічна трансформація тематики обсесій, сполучена з ускладненням і розростанням масиву нав’язливостей і розширенням кола асоціювання. Таким чином, у хворих з Г1 можна констатувати високий ступінь фабулювання обсесій, що зовсім не характерно для хворих з Г2 та Г3.

Реалістичність та простота тематики обсесій були характерними для хворих із Г3; у хворих із Г2 рівень простоти та реалістичності тематики обсесій був дещо нижчим, однак хворі розуміли, що їх нав’язливі переживання не можуть справдитися. Для Г1 характерними були вітієваті, вичурні, відірвані від реальності обсесії, в реальності яких, однак, хворі були переконані.

Коло асоціювання ініціальної тематики обсесій у хворих із Г2 було досить вузьким і завжди дотичним до початкової тематики нав’язливостей, а у хворих із Г3 – майже відсутнім. В той самий час для хворих із Г1 характерною була тенденція до значного розширення кола асоціювання нав’язливостей.

Хворі із Г1 не приховували тематику обсесій, на які страждали, та відкрито говорили про неї, якою б вона не була, навіть якщо це викликало негативні емоції у батьків чи інших оточуючих. В Г3 хворі також були схильні говорити про свої нав'язливості, однак свої переживання розкривали лише особам із найближчого оточення, та у деяких випадках все ж соромилися. В Г2 хворі говорили про свої нав'язливості значно рідше та неохоче розкривали її тематику оскільки розуміли, що їх переживання не мають реального базису та можуть викликати нерозуміння з боку батьків та інших оточуючих.

На основі вищезазначених характеристик було виділено типологію тематики обсесій у хворих з шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами. Встановлено, що для Г1 характерний полісимптомний байдуже-аутистичний тип (дереїстично-експансивний, маніфестно-акритичний, апсихотравматичний). Для Г2 характерним був виснажливо-афективний тип с критичним осмисленням (комплікований афективно-акцентований, аграваційно-критичний, алієнаціонно-маніфестний. Для Г3 характерним був простий психотравматично-проецій ований тип (афективно-психотравматичний, екзистенціально-критичний з мнемонічною ампліфікацією, маніфестно-реалістичний).

За допомогою психоанамнестичного та клініко-психопатологічного методів було встановлено основні кількісні характеристики та структурні особливості обсесій та компульсій, а реконструювати загальну картину динаміки обсесій у осіб з невротичними, шизоформними та емоційно-поведінковими розладами із дебютом у дитячому віці.

Першопричини обсесій у хворих як з розладами шизоформного, так і з розладами невротичного спектру доволі широко варіюються, і ідентифікувати їх не завжди являється можливим. Проте варто відмітити, що у хворих із Г2 обсесії частіше виникали як наслідок патологічного впливу особисто значущих факторів, в той час як у хворих із Г1 пусковими для

маніфестації обсесієформної симптоматики зазвичай виступали фактори, не пов'язані з життєвою ситуацією, особистістю та системою відносин хворого. У хворих із Г3 першопричиною обсесій завжди виступала тільки психотравматизація.

Структура обсесій у хворих з Г1 завжди була «калейдоскопічною» – мінливою та малозалежачою від зовнішніх обставин. У хворих з Г2 превалювала «растрова» структура обсесій – така, що плавно видозмінювалася від початкової тематики нав'язливостей. В Г3 превалювала «монотонна» тематика обсесій – незмінна протягом усього періоду захворювання, відображаюча початкову психотравматизацію.

Компульсії, що супроводжували появу обсесивних переживань у хворих із Г1, зазвичай потребували термінової реалізації, та не могли бути відтерміновані навіть з огляду на наявність сторонніх спостерігачів. Хворі із Г2 мали значно більший контроль за компульсіями та в більшості випадків могли редукувати їх або відкласти до більш слушного моменту, наприклад, коли вони залишаться наодинці. В Г3 компульсії завдяки їх клінічної суті (нав'язливі спогади) часто були непомітними для оточуючих.

Періодичність виникнення обсесій була найвищою у контингенті хворих із Г1; з плином часу вона тільки наростала. В Г2 періодичність активізації нав'язливостей також була високою, однак вона залишалася сталою протягом усього періоду захворювання. В Г3 періодичність виникнення обсесій була найнижчою, та мала тенденцію до вгасання.

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

Ситуативна тривога виявилася найвищою в Г3 (55,0±10,9 балів). В даній групі була зареєстрована найбільша кількість осіб із високим рівнем ситуативної тривожності, найнижча кількість осіб із середнім її рівнем, а

також спостерігалася відсутність хворих із низьким рівнем ситуативної тривожності, що пояснюється їх схильністю до нестримної, виразної афектації та навіть експлозивного реагування через затримку розвитку механізмів регуляції поведінки. В той самий час рівень особистісної тривоги (36,8±11,5 балів) у групі хворих із емоційно-поведінковими розладами був визначений як найнижчий серед обстежених груп, а отже тривожність як особистісна риса у хворих даної групи не залучена до психопатогенезу обсесивної симптоматики.

У Г1 рівні вираженості особистісної (41,6±12,7 балів) та ситуативної тривоги (43,2±12,4 балів) не відрізнялися та відповідали середньому рівню. Також дана група виявилася єдиною групою, де кількість хворих із середнім рівнем ситуативної тривожності перевищила кількість хворих із високим її рівнем.

У Г2 особистісна тривога (54,2±13,3) балів превалювала над ситуативною (49,9±13,8 балів) та становила базис для розвитку обсесивно-компульсивної симптоматики. Найбільша кількість хворих із високим рівнем особистісної тривоги була виявлена саме в цій групі, а хворі із низьким її рівнем в Г2 були відсутні. Однак як ситуативна, так і особистісна тривога у хворих даної групи відповідала високому рівню вираженості.

Зовнішні показники тривожності, що видимі батькам та опікунам, найвищими виявилися в Г1 та склали 15,7±4,3 балів, що відповідає високому рівню тривожності. Через неспроможність дітей із Г1 до відстрочування реалізації компульсій (через їх подібність за механізмом виникнення до насильницьких дій, які майже неможливо контролювати) неадекватні дії дитини помічаються батьками та пояснюються реалізацією високого рівня їх тривожності (оскільки альтернатива у вигляді визнання наявності у дитини ендогенно-процесуального захворювання їх лякає через асоційовану з ним соціальну стигму).

В Г3 було виявлено високий рівень зовнішніх проявів тривожності, що склав 15,5±3,9 балів. Внаслідок фіксованості дітей із емоційно-поведінковими розладами на травматичними подіями і пов'язаних з ними афективно насиченими нав'язливостями, діти із даної групи не схильні приховувати їх через бажання отримати співчуття, розраду, а тому батьками останніх рівень тривожності дітей оцінюється як високий.

Через здатність дітей із Г2 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 (13,5±4,7 балів).

Інтенсивність обсесивно-компульсивних симптомів виявилася найвищою у хворих із Г2 та склала 28,7±5,8 балів, що відповідає тяжкому перебігу захворювання; при цьому у даній групі спостерігалася найбільша кількість хворих із тяжким і вкрай тяжким перебігом захворювання.

В Г1 інтенсивність обсесивно-компульсивних симптомів склала 24,7±6,9 балів, що відповідає середній важкості перебігу захворювання. Найбільшу частку хворих у даній групі склали хворі із помірною вираженістю обсесивної симптоматики.

В Г3 інтенсивність обсесивно-компульсивних симптомів склала 18,2±5,6 балів, що відповідає середній важкості перебігу захворювання. Г3 виявилася єдиною групою, де значна кількість хворих (33,3%) продемонструвала легку ступінь вираженості обсесивної симптоматики – в Г1 такі показники були виявлені лише у 5% обстежених, а в Г2 особи із легким перебігом захворювання були повністю відсутні.

Встановлено, що інтенсивність обсесивно-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 було виявлено статистично значущий негативний кореляційний зв'язок середньої сили між інтенсивністю обсесивно-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).

Таким чином, тяжкість обсесивно-компульсивної симптоматики відповідає рівню особистої тривожності в усіх групах, в той час як ситуативна тривожність та сприйняття рівню тривожності дитини батьками не відображають реальної інтенсивності обсесивної семіотики і не можуть являтися достовірними критеріями для встановлення тяжкості обсесивно-компульсивної симптоматики. Авторська типологія нав'язливостей частково корелює з результатами CY-BOCS та STAI-C, що підтверджує її клінічну релевантність та обґрунтовує подальшу психометричну валідацію.

На підставі наведених в попередніх розділах результатів дослідження сформовано чотири основні і один додатковий критерії диференційної діагностики та релевантності нозологічної кваліфікації СОКС у хворих із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами:

1. Специфічний кластер якісних фабульно-тематичних характеристик (за критеріями масштабу, афективної насиченості, зв'язку з психотравмою, асоціювання тематики, реалістичності, простоти, наявності критики до тематики обсесій, проявленості та персоналізації).

2. Типологія тематики обсесій (полісимптомний байдуже-аутистичний тип, виснажливо-афективний тип с критичним осмисленням, простий психотравматично-проецийований тип).

3. Специфічний кластер структурно-динамічних характеристик (за критеріями специфіки структури обсесій та компульсій, транспарентності етіологічного фактору СОКС, перебігу (періодичності виникнення) СОКС, та інтенсивності СОКС).

4. Варіанти їх клінічного аранжування (гіпопатичний, іпохондричний, астенічний, депресивний, дереалізаційний, диссомнічний, дисфоричний, істеричний, фобічний та анксіозний).

5. Специфічна констеляція суб'єктивно відчуваємих та об'єктивно спостерігаємих анксіозних проявів.

Зазначені критерії стали підставою для розробки алгоритму диференційної діагностики та релевантності нозологічної кваліфікації СОКС. Алгоритм складається з трьох модулів: трьохступеньового фабульно-тематичний модуля, трикомпонентного структурно-динамічного модуля та нозоспецифічного модуля клінічного аранжування.

На підставі отриманих результатів було розроблено базові принципи та підходи до терапії СОКС в структурі шизоформних, невротичних та емоційно-поведінкових розладів: застосування адаптованого для дитячого та підліткового віку клініко-психофеноменологічного методу; врахування специфіки ракурсного психоанамнестичного дослідження; врахування фабульно-тематичної специфіки та конкретного типу тематики обсесій для формування нозоспецифічної програми психотерапії, що вимагає створення терапевтичного фармакологічного фону як спеціального для цілей психотерапії; врахування специфіки клінічних аранжувань при підборі терапевтичних стратегій для досягнення ефекту таргетної специфічної персоналізованої корекції психічного стану хворих шляхом елімінації/мінімізації коморбідної до СОКС психопатології; застосування модифікованого за віковими ознаками психотерапевтичного діагнозу задля цілей підбору методів та методик психотерапії; підбор методів та методик психотерапії в залежності від нозологічної кваліфікації СОКС; врахування вікових та нозоспецифічних особливостей клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів та їх етологічного корелят-механізму; залучення батьків до терапії дітей та підлітків із СОКС для запобігання формування агравуючого та дестабілізуючого ко-обсесивного реагування батьків, проводити

психоосвітні заходи для роз’яснення суті захворювання дитини та навчання саногенним формам реагування на СОКС.

ВИСНОВКИ

1. У дисертації вирішено важливу наукову задачу в галузі психіатрії: на підгрунті аналізу психоанамнестичних, клініко-психопатологічних, клініко-етологічних, патопсихологічних особливостей дітей із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами встановлено структурно-динамічні та фабульно-тематичні особливості СОКС, що дозволило підвищити ефективність її диференційної діагностики та релевантності нозологічної кваліфікації, а також розробити базові принципи та підходи до її терапії. СОКС у роботі розглядалася як узагальнена аналітична модель опису обсесивно-компульсивної симптоматики поза межами вузького розуміння ОКР, з урахуванням її наявності у структурі інших психічних розладів із дебютом у дитячому віці.

2. Встановлено, що у різних групах хворих обсесії відрізнялися за дев'ятьма специфічними якісними характеристиками їх тематики, а саме: масштабу, афективної насиченості, зв'язку з психотравмою, асоціювання тематики, реалістичності, простоти, наявності критики до тематики обсесій, проявленості та персоналізації. На підставі останніх розроблено типологію тематики обсесій при розладах шизоформного, невротичного та емоційно-поведінкового спектру у хворих із дебютом у дитячому віці: для Г1 характерний полісимптомний байдуже-аутистичний тип (дереїстично-експансивний, маніфестно-акритичний, апсихотравматичний), для Г2 – виснажливо-афективний тип с критичним осмисленням (комплікований афективно-акцентований, аграваційно-критичний, алієнаціонно-маніфестний), для Г3 – простий психотравматично-проецій ований тип (афективно-психотравматичний, екзистенціально-критичний з мнемонічною ампліфікацією, маніфестно-реалістичний). Авторська типологія нав'язливостей частково корелює з результатами CY-BOCS та STAI-C, що

підтверджує її клінічну релевантність та обґрунтовує подальшу психометричну валідацію.

3. Виявлено структурно-динамічні характеристики СОКС за критеріями: специфіки структури обсесій та компульсій, транспарентності етіологічного фактору, перебігу (періодичності виникнення), інтенсивності у хворих із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами, що мали диференційно діагностичні відмінності.

Встановлено основні клінічні варіанти та аранжування СОКС за рахунок імпрегнації останніх іншою психопатологічною симптоматикою: для Г1 були характерні апатичний та іпохондричний варіанти, для Г2 – депресивний, астенічний, диссомнічний та дереалізаційний, а для Г3 – дисфоричний, істеричний та фобічний. Анксіозний варіант клінічного аранжування СОКС являвся спільним для усіх груп.

4. Встановлено специфічний розподіл (констеляцію) суб'єктивно відчуваємих та об'єктивно спостерігаємих анксіозних проявів як найбільш експліцитних ознак СОКС. В Г1 відзначався середній рівень вираженості особистісної тривоги, середній рівень вираженості ситуативної тривоги та високий рівень вираженості зовнішніх проявів тривоги; в Г2 відзначався високий рівень особистісної тривоги, високий рівень ситуативної тривоги та середній рівень зовнішніх проявів тривоги; в Г3 відзначався середній рівень особистісної тривоги, високий рівень ситуативної тривоги, високий рівень зовнішніх проявів тривоги.

5. Сформовано чотири основні і один додатковий критерії диференційної діагностики та релевантності нозологічної кваліфікації СОКС у хворих із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами із дебютом у дитячому віці: специфічний кластер якісних фабульно-тематичних характеристик, типологія тематики обсесій, специфічний кластер структурно-динамічних характеристик, варіанти їх клінічного аранжування та специфічна констеляція суб'єктивно відчуваємих

та об’єктивно спостерігаємих анксіозних проявів. Зазначені критерії стали основою розробки алгоритму диференційної діагностики та релевантності нозологічної кваліфікації СОКС, що складається з трьох модулів: трьохступеньового фабульно-тематичний модуля, трикомпонентного структурно-динамічного модуля та нозоспецифічного модуля клінічного аранжування.

На підставі отриманих результатів було розроблено базові принципи та підходи до терапії СОКС в структурі шизоформних, невротичних та емоційно-поведінкових розладів із дебютом у дитячому віці.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Застосовувати розроблену типологію тематики СОКС, що має диференційно-діагностичне, нозологічно-кваліфікаційне та прогностичне значення у клінічній практиці.

2. Використовувати розроблені критерії диференційної діагностики та релевантності нозологічної кваліфікації СОКС та трьохмодульний алгоритм диференційної діагностики та релевантності нозологічної кваліфікації СОКС в психіатричній практиці для підвищення ефективності діагностики СОКС в рамках різних нозологій.

3. Застосувати базові принципи та підходи до терапії СОКС в структурі шизоформних, невротичних та емоційно-поведінкових розладів із дебютом у дитячому віці для підвищення ефективності лікування хворих даних груп.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Вовк О. І. З історії розвитку світової психіатрії: хронологічна таблиця //Психіатрія, неврологія та медична психологія. – 2016. – №. 3,№ 2. – С. 138-145.

2. Гриневич, Є. Особливості обсесивної та псевдообсесивної симптоматики у хворих на ОКР та у хворих із розладами спектру шизофренії // Психосоматична медицина та загальна практика. – 2025. – Т. 10, № 1. – DOI: 10.26766/pmgp.v10i1.586. – Режим доступу: https://doi.org/10.26766/pmgp.v10i1.586

3. Гриневич, Є. Особливості психічного стану внутрішньо переміщених осіб із обсесивно-компульсивним розладом // Психосоматична медицина та загальна практика. – 2024. – Т. 9, № 4. – DOI: 10.26766/pmgp.v9i4.575.

4. Дац В. В., Скрипник А. С. Зв'язок між сіалологічними показниками та психопатологією у дітей з різним рівнем психічного здоров’я. Сучасні аспекти медицини та фармації – 2021 : мат. Всеукр. наук.-практ. конф. молод. вч. та студ. з міжн. уч. 15-16 квітня 2021 р., м. Запоріжжя.

5. Ісаков Р. І., Герасименко Л. О. Етіопатогенетичні аспекти обсесивно-компульсивного розладу «Вісник проблем біології і медицини», 2025 №1, (176), С. 27-33. DOI:10.29254/2077-4214-2025-1-176-27-33.

6. Лаврентьева, Тітаренко. Опитувальник "Рівень тривожності дитини". Режим доступу: https://mon.gov.ua/static-objects/mon/sites/1/doshkilna/2022/06/23/List.MON-4.1196-22-08.6.2022.pdf

7. Лямець А. М. Актуальні класифікації обсесивно-компульсивного розладу. Вісник післядипломної освіти. Серія: Соціальні та поведінкові науки. 2019. № 7. С. 118-133.3

8. Малишева К., Келлер В. Нейропсихологічні кореляти мозкових дисфункцій у осіб з обсесивно-компульсивним розладом. PSYCHOLOGICAL JOURNAL. 2019. Т. 5. № 1. С. 78-89.

9. Маркова М. В., Дрюченко М. О.. Алекситимія та психопатологічна симптоматика у хворих на обсесивно-компульствний розлад та шизофренію із псевдообсесивною симптоматикою: порівняльний аналіз зв'язків. // М. В. Маркова, М. О. Дрюченко. Український вісник психоневрології. 2025. Т.33, №1 (122). DOI: https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is1-2025-6

10. Марценковський І. А., Дубовик К. В. Обсесивно-компульсивні розлади в педіатричній практиці. НейроNEWS. 2017. № 6. С. 42-49.

11. Михайлова Е. А. Соціодемографічні, психологічні, біологічні чинники предикції тривожних розладів у дітей //Медична психологія. – 2018. – №. 13,№ 2. – С. 7-14.

12. Мішиєв В. Д., Герасименко А. І. Специфічні фобії: типологія, клініка //ЖУРНАЛ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ. – 2009. – Т. 1. – С. 126.

13. Пилягіна Г. Я. Аутоагресивна поведінка: патогенетичні механізми та клініко-типологічні аспекти діагностики і лікування. — Автореф. дис. … д-ра мед. наук: 14.01.16. — Київ, 2004. — 32 с.

14. Пилягіна Г.Я., Кузнецов В.М., Гончар Т.О., Челядин Ю.Я. Терапія психологічного захисту та упорядкованої поведінки при обсесивно компульсивних розладах. Інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я. 2016. Випуск 15. № 281.

15. Пілягіна, Г., Михайлов, Б., Гриневич, Є. Стресові реакції у хворих спектру шизофренії та комплексний підхід в їх лікуванні // Психосоматична медицина та загальна практика. – 2023. – Т. 8, № 2. – DOI: 10.26766/pmgp.v8i2.452. – Режим доступу: https://e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/452.

16. Седнєв В. В. Клініка і динаміка обсесивно-компульсивного невротичного розладу у дітей // Одеський медичний журнал. 2004. № 3 (83). С. 74-76.

17. Скрипник А. С. Динамічні характеристики обсесій в структурі шизоформних, невротичних та емоційно-поведінкових розладів у дітей // А. С. Скрипник. Український вісник психоневрології. 2023. Т.31, №3 (116). С. 104-107. DOI: https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is3-2023-17

18. Скрипник А. С. Зв’язок об’єктивно реєстрованих та суб’єктивно ідентифікованих проявів тривоги із обсесіями та компульсіями у дітей із шизоформними, невротичними, емоційно-поведінковими розладами// А. С. Скрипник. Український вісник психоневрології. 2024. Т.32, №3 (120). С. 78-83. DOI: https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is3-2024-13

19. Скрипник А. С. Тематика обсесій і її особливості у дітей з шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами// А. С. Скрипник. Чоловіче здоров’я, гендерна та психосоматична медицина. 2023. №1(16). С. 20-25. DOI: 10.37321/UJMH.2023.1-03

20. Скрипник А. С. Клінічний випадок шизокарного процесу у дівчинки підліткового віку / А. С. Скрипник [наук. кер. д-р мед. наук В. В. Чугунов]// Досягнення сучасної медичної та фармацевтичної науки – 2022 : зб. тез доп. Всеукр. наук.-практ. конф. студентів та молодих вчених, м. Запоріжжя, 4 лютого 2022 р. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2022. - С. 16.

21. Скрипник А. С. Прокляття, бруд та голос диявола: шизофренія під маскою нав'язливостей / А. С. Скрипник ; [наук. кер. д-р мед. наук В. В. Чугунов] // Bimco journal : зб. матеріалів Буковин. міжнар. медико-фармацевтич. конгресу студентів і молодих учених. - Chernivtsi, 2023. - С. 214.

22. Скрипник А. С. Псевдообсесії та їх тематичне навповнення у дітей із розладами шизоформного спектру / А. С. Скрипник [наук. кер. д-р мед. наук В. В. Чугунов]// Актуальні питання сучасної медицини і фармації–

2024 : зб. тез доп. Всеукр. наук.-практ. конф. студентів та молодих вчених, м. Запоріжжя, 23-24 травня 2024 р. – Запоріжжя : ЗДМФУ, 2024. - С. 44-45.

23. Скрипніков А. М. Роль інформаційної дезадаптації при обсесивно-компульсивному розладі у жінок / А. М. Скрипніков, Л. О. Герасименко, Р. І. Ісаков, Ю. О. Фисун , К. В. Гринь // Вісник проблем біології і медицини. – 2020. – Вип. 3 (157).– С. 146–149

24. Хаустова, О. О., Асанова, А. Є., Дзеружинська, Н. О., Матяш, М. М. Особливості персоналізованого підбору антипсихотичних препаратів для лікування шизофренії // Медичні перспективи. – 2024. – Т. 29, № 1. – С. 43–52. – ISSN 2307-0404 (Print), 2786-4804 (Online). – DOI: 10.26641/2307-0404.2024.1.300499. – Режим доступу: http://repo.dma.dp.ua/id/eprint/8927

25. Челядин Ю.Я. Оптимізація лікування та реабілітації хворих з обсесивно-компульсивним розладом [Текст] : автореферат дис. . канд. мед. наук : 14.01.16 - Київ, 2019. - 23 с.

26. Чугунов В. В. Діагностика в психотерапії та психотерапевтичний діагноз : [навч. посіб.] / В. В. Чугунов. — Харків: Наука, 2009.— 304 с.

27. Чугунов В. В. Психопатологічна синдромологія: психотерапевтичні підходи : навч. посіб. / В. В. Чугунов. - 6-е вид., доповн. і розширене. — Львів : Видавець Марченко Т. В., 2020. — 360 с.

28. Чугунов В. В. Психотерапевтичний діагноз : навч. посіб. / В. В. Чугунов. - Львів : Видавець Марченко Т. В., 2020. - 324 с.

29. Чугунов В. В., Городокін А. Д., Столяренко А. М., Скрипник А. С. Концептуально-стилістичний аналіз сучасних танатоцентричних інтернет-спільнот. Сучасні проблеми суїцидології (327с.). Колективна монографія за редакцією професора В. П. Волошина, професора Н. О. Марути - Харків: 2017. С. 296-307.

30. Чугунов В. В., Дац В. В., Скрипник А. С.. Одонтофобічні реакції у дітей із різним рівнем психічного здоров’я: класифікація та клінічне

наповнення / // Медична психологія. - 2019. - Т. 14, № 1. - С. 45-47. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mpsl_2019_14_1_12

31. Чугунов, В. В. Обсесивноподібний (псевдообсесивний) первинний епізод шизофренії: клініка, патогенез, диференціальна діагностика / В. В. Чугунов, Н. В. Данілевська. *Раннє втручання в психоз (нові діагностичні та терапевтичні парадигми)* / за ред. : П. В. Волошина, Н. О. Марути. - Харків, 2019. - - С. 289.

32. Яковлева Н. Ю. Обсесивно-компульсивний розлад у міжнародному форматі DSM-V у людей із вадами слуху в їхньому соціальному житті //Загальна психологія, історія психології. – 2017. – №. 1413. – С. 108.

33. Aardema F., O'Connor K. The menace within: obsessions and the self. International Journal of Cognitive Therapy. 2007. Vol. 21. P.182-197.

34. Abramowitz J. S., Jacoby R. J. Obsessive-compulsive disorder in the DSM-5 //Clinical Psychology: Science and Practice. – 2014. – Т. 21. – №. 3. – С. 221.

35. Alvarenga P. G. et al. Obsessive-compulsive disorder: A historical overview //Handbook of child and adolescent obsessive-compulsive disorder. – Routledge, 2007. – С. 15-29.

36. Aspvall K. et al. Effect of an internet-delivered stepped-care program vs in-person cognitive behavioral therapy on obsessive-compulsive disorder symptoms in children and adolescents: a randomized clinical trial //Jama. – 2021. – Т. 325. – №. 18. – С. 1863-1873.

37. Babiano-Espinosa L. et al. Acceptability and feasibility of enhanced cognitive behavioral therapy (eCBT) for children and adolescents with obsessive–compulsive disorder //Child and adolescent psychiatry and mental health. – 2021. – Т. 15. – С. 1-11.

38. Bedford S. A., Hunsche M. C., Kerns C. M. Co-occurrence, assessment and treatment of obsessive compulsive disorder in children and

adults with autism spectrum disorder //Current psychiatry reports. – 2020. – Т. 22. – С. 1-11.

39. Berrios G. E. Obsessive-compulsive disorder: its conceptual history in France during the 19th century //Comprehensive psychiatry. – 1989. – Т. 30. – №. 4. – С. 283-295.

40. Bloch M. H. et al. Obsessive–compulsive disorder //Rosenberg's Molecular and Genetic Basis of Neurological and Psychiatric Disease. – Academic Press, 2020. – С. 663-674.

41. Brezinka V., Mailänder V., Walitza S. Obsessive compulsive disorder in very young children–a case series from a specialized outpatient clinic //BMC psychiatry. – 2020. – Т. 20. – С. 1-8.

42. Brierley M. E. E. et al. Lifestyle interventions in the treatment of Obsessive-Compulsive and Related Disorders: A systematic review //Psychosomatic medicine. – 2021. – Т. 83. – №. 8. – С. 817-833.

43. Çelebi F. et al. The features of comorbidity of childhood ADHD in patients with obsessive compulsive disorder //Journal of Attention Disorders. – 2020. – Т. 24. – №. 7. – С. 973-980.

44. Chugunov V. V. Motivational patterns of internet-addiction in members of anonymous online communities / V. V. Chugunov, A. D. Gorodokin, A. S. Skripnik // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, вип.3. – С. 74-76.

45. Cocuzza S. et al. Obsessive-compulsive disorder in PANS/PANDAS i

46. Conzelmann A. et al. Internet-based psychotherapy in children with obsessive-compulsive disorder (OCD): protocol of a randomized controlled trial //Trials. – 2022. – Т. 23. – №. 1. – С. 164.

47. Cyr M. et al. Altered fronto-amygdalar functional connectivity predicts response to cognitive behavioral therapy in pediatric

obsessive-compulsive disorder //Depression and anxiety. – 2021. – Т. 38. – №. 8. – С. 836-845.

48. Davis L. J. Obsession: A history. – University of Chicago Press, 2019.

49. Davis M. L. et al. Clinicians' perspectives of interfering behaviors in the treatment of anxiety and obsessive-compulsive disorders in adults and children //Cognitive Behaviour Therapy. – 2020. – Т. 49. – №. 1. – С. 81-96.

50. De Putter L. M. S., Van Yper L., Koster E. H. W. Obsessions and compulsions in the lab: A meta-analysis of procedures to induce symptoms of obsessive-compulsive disorder. Clinical Psychology Review. 2017. Т. 52. С. 137-147.

51. Dekel I. et al. The feasibility of a parent group treatment for youth with anxiety disorders and obsessive compulsive disorder //Child Psychiatry & Human Development. – 2021. – Т. 52. – С. 1044-1049.

52. Demaria F. et al. Psychoeducation focused on family accommodation: a practical intervention for parents of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder //Italian journal of pediatrics. – 2021. – Т. 47. – С. 1-7.

53. Duholm C. S. et al. Health anxiety symptoms in pediatric obsessive–compulsive disorder: patient characteristics and effect on treatment outcome //European Child & Adolescent Psychiatry. – 2021. – С. 1-12.

54. Farhat L. C. et al. Systematic review and meta-analysis: an empirical approach to defining treatment response and remission in pediatric obsessive-compulsive disorder //Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. – 2022. – Т. 61. – №. 4. – С. 495-507.

55. Farrell L. J. et al. Clinical expression and treatment response among children with comorbid obsessive compulsive disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder //Journal of affective disorders. – 2020. – Т. 266. – С. 585-594.

56. Farrell L. J. et al. Efficacy of D-cycloserine augmented brief intensive cognitive-behavioural therapy for paediatric obsessive-compulsive disorder: A randomised clinical trial //Depression and Anxiety. – 2022. – Т. 39. – №. 6. – С. 461-473.

57. Fettes P., Schulze L., Downar J. Cortico-striatal-thalamic loop circuits of the orbitofrontal cortex: promising therapeutic targets in psychiatric illness //Frontiers in systems neuroscience. – 2017. – Т. 11. – С. 25.

58. Fineberg N. A. et al. Clinical advances in obsessive-compulsive disorder: a position statement by the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders //International clinical psychopharmacology. – 2020. – Т. 35. – №. 4. – С. 173-193.

59. Garcia A. M. et al. Predictors of treatment outcome and length of stay in a partial hospital program for pediatric obsessive-compulsive disorder //Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health. – 2024. – Т. 9. – №. 4. – С. 439-452.

60. Geller D. A. et al. Developmental aspects of obsessive compulsive disorder: findings in children, adolescents, and adults //The Journal of nervous and mental disease. – 2001. – Т. 189. – №. 7. – С. 471-477.

61. Geller D. A. Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents //Psychiatric Clinics. – 2006. – Т. 29. – №. 2. – С. 353-370.

62. Goodman W. K. et al. Obsessive-compulsive disorder //Psychiatric Clinics. – 2014. – Т. 37. – №. 3. – С. 257-267.

63. Goodman W. K., Storch E. A., Sheth S. A. Harmonizing the neurobiology and treatment of obsessive-compulsive disorder //American Journal of Psychiatry. – 2021. – Т. 178. – №. 1. – С. 17-29.

64. Grant J. E., Chamberlain S. R. Exploring the neurobiology of OCD: clinical implications //The Psychiatric Times. – 2020. – Т. 2020.

65. Guzick A. G. et al. Irritability in children and adolescents with OCD //Behavior therapy. – 2021. – Т. 52. – №. 4. – С. 883-896.

66. Hezel D. M., Simpson H. B. Exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A review and new directions //Indian journal of psychiatry. – 2019. – Т. 61. – №. Suppl 1. – С. S85-S92.

67. Hollmann K. et al. Internet-based cognitive behavioral therapy in children and adolescents with obsessive compulsive disorder: a feasibility study //Journal of Neural Transmission. – 2021. – Т. 128. – №. 9. – С. 1445-1459.

68. Hollmann K. et al. Internet-based cognitive behavioral therapy in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial //Frontiers in Psychiatry. – 2022. – Т. 13. – С. 989550.

69. Ivarsson T. et al. The place of and evidence for serotonin reuptake inhibitors (SRIs) for obsessive compulsive disorder (OCD) in children and adolescents: Views based on a systematic review and meta-analysis Psychiatry research. 2015. Т. 227. № 1. С. 93-103.

70. Ivarsson T., Valderhaug R. Symptom patterns in children and adolescents with obsessive–compulsive disorder (OCD) //Behaviour Research and Therapy. – 2006. – Т. 44. – №. 8. – С. 1105-1116.

71. Jenike M., Baer L., Minichiello W. Obsessive Compulsive Disorders: Theory and Management. Chicago: Year Book Medical. Littleton, MA: PSG Publishing. 1986. P. 249-282.

72. Jensen S. et al. Distinct trajectories of long-term symptom severity in pediatric obsessive–compulsive disorder during and after stepped-care treatment //Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 2020. – Т. 61. – №. 9. – С. 969-978.

73. Jensen S. et al. Quality of life in pediatric patients with obsessive–compulsive disorder during and 3 years after stepped-care treatment //European Child & Adolescent Psychiatry. – 2022. – Т. 31. – №. 9. – С. 1377-1389.

74. Jones H. F. et al. Maternal autoimmunity and inflammation are associated with childhood tics and obsessive-compulsive disorder: transcriptomic data show common enriched innate immune pathways //Brain, Behavior, and Immunity. – 2021. – Т. 94. – С. 308-317.

75. Kemp J. et al. Moderators of psychosocial treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: Summary and recommendations for future directions //Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. – 2021. – Т. 50. – №. 4. – С. 478-485.

76. Krebs G., Heyman I. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents Archives of disease in childhood. 2015. Т. 100. № 5. С. 495-499.

77. Krzanowska E., Kuleta M. From anxiety to compulsivity: A review of changes to OCD classification in DSM-5 and ICD-11 //Archives of psychiatry and psychotherapy. – 2017. – Т. 19. – №. 3.

78. Levy F. Cortico-striatal-thalamic-cortical (CSTC) circuits, Tourette's disorder, and OCD //The ADHD Report. – 2011. – Т. 19. – №. 2. – С. 8-9, 15.

79. Li F. et al. N-acetylcysteine for pediatric obsessive-compulsive disorder: a small pilot study //Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology. – 2020. – Т. 30. – №. 1. – С. 32-37.

80. Liu J. et al. Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis //Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology. – 2021. – Т. 31. – №. 2. – С. 95-101.

81. Luo L. et al. Clinical characteristics of moderate–severe obsessive–compulsive disorder in children and adolescents in China //Journal of International Medical Research. – 2020. – Т. 48. – №. 5. – С. 0300060520922679.

82. Lyamets A. Класифікації обсесивно-компульсивного розладу у XXI ст. //Psychological journal. 2019. Т. 5. №. 1. С. 215-232.

83. Malysheva K., Keller V. Нейропсихологічні кореляти мозкових дисфункцій у осіб з обсесивно-компульсивним розладом //PSYCHOLOGICAL JOURNAL. – 2019. – Т. 5. – №. 1. – С. 78-89.

84. Marincowitz C., Lochner C., Stein D. J. The neurobiology of obsessive–compulsive personality disorder: A systematic review //CNS spectrums. – 2022. – Т. 27. – №. 6. – С. 664-675.

85. Marks I. M. et al. Obsessive compulsive neurosis in identical twins //The British Journal of Psychiatry. – 1969. – Т. 115. – №. 526. – С. 991-998.

86. Marras A., Fineberg N., Pallanti S. Obsessive compulsive and related disorders: comparing DSM-5 and ICD-11 //CNS spectrums. – 2016. – Т. 21. – №. 4. – С. 324-333.

87. Mataix-Cols D. et al. Structure of obsessive-compulsive symptoms in pediatric OCD //Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. – 2008. – Т. 47. – №. 7. – С. 773-778.

88. Mattheisen M. et al. Genome-wide association study in obsessive-compulsive disorder: results from the OCGAS //Molecular psychiatry. – 2015. – Т. 20. – №. 3. – С. 337-344.

89. McKenzie M. L. et al. Variability in emotion regulation in paediatric obsessive-compulsive disorder: Associations with symptom presentation and response to treatment //Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. – 2020. – Т. 24. – С. 100502.

90. Melin K. et al. Treatment gains are sustainable in pediatric obsessive-compulsive disorder: three-year follow-up from the NordLOTS //Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. – 2020. – Т. 59. – №. 2. – С. 244-253.

91. Mohammadi M. R. et al. Prevalence, comorbidity, and predictors of obsessive-compulsive disorder in Iranian children and adolescents //Journal of Psychiatric Research. – 2021. – Т. 141. – С. 192-198.

92. Monzani B. et al. The role of paternal accommodation of paediatric OCD symptoms: patterns and implications for treatment outcomes //Journal of abnormal child psychology. – 2020. – Т. 48. – С. 1313-1323.

93. Monzani B. et al. The structure of genetic and environmental risk factors for dimensional representations of DSM-5 obsessive-compulsive spectrum disorders //JAMA psychiatry. – 2014. – Т. 71. – №. 2. – С. 182-189.

94. Nazeer A. et al. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and management //Translational pediatrics. 2020. Т. 9. №. Suppl 1. С. S76.

95. Orlovska S. et al. Association of streptococcal throat infection with mental disorders: testing key aspects of the PANDAS hypothesis in a nationwide study //JAMA psychiatry. – 2017. – Т. 74. – №. 7. – С. 740-746.

96. Pagliaccio D. et al. Obsessive-compulsive symptoms among children in the adolescent brain and cognitive development study: clinical, cognitive, and brain connectivity correlates //Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging. – 2021. – Т. 6. – №. 4. – С. 399-409.

97. Pagsberg A. K. et al. Family-based cognitive behavioural therapy versus family-based relaxation therapy for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: protocol for a randomised clinical trial (the TECTO trial) //BMC psychiatry. – 2022. – Т. 22. – №. 1. – С. 204.

98. Pauls D. L. et al. Obsessive–compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective //Nature Reviews Neuroscience. – 2014. – Т. 15. – №. 6. – С. 410-424.

99. Pauls D. L. The genetics of obsessive compulsive disorder: a review of the evidence //American journal of medical genetics part C: seminars in medical genetics. – Hoboken : Wiley Subscription Services, Inc., A Wiley Company, 2008. – Т. 148. – №. 2. – С. 133-139.

100. Pazuniak M., Pekrul S. R. Obsessive–compulsive disorder in autism spectrum disorder across the lifespan //Child and Adolescent Psychiatric Clinics. – 2020. – Т. 29. – №. 2. – С. 419-432.

101. Peters S. K., Dunlop K., Downar J. Cortico-striatal-thalamic loop circuits of the salience network: a central pathway in psychiatric disease and treatment //Frontiers in systems neuroscience. – 2016. – Т. 10. – С. 104.

102. Pinciotti C. M. et al. Co-Occurring Obsessive-Compulsive and Posttraumatic Stress Disorder: A Review of Conceptualization, Assessment, and Cognitive Behavioral Treatment //Journal of cognitive psychotherapy. – 2022. – Т. 36. – №. 3.

103. Plaisted H. et al. Optimising exposure for children and adolescents with anxiety, OCD and PTSD: A systematic review //Clinical Child and Family Psychology Review. – 2021. – Т. 24. – №. 2. – С. 348-369.

104. Pomohaibo V., Berezan O., Petrushov O. ГЕНЕТИКА ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РОЗЛАДУ //Психологія і особистість. – 2021. – №. 1. – С. 270-280.

105. Porth R., Geller D. Atypical symptom presentations in children and adolescents with obsessive compulsive disorder Comprehensive psychiatry. 2018. Т. 86. С. 25-30.

106. Posthuma D. et al. Revealing the complex genetic architecture of obsessive-compulsive disorder using meta-analysis //Molecular psychiatry. – 2018. – Т. 23. – №. 5. – С. 1181-1188.

107. Potter A. et al. Impact of DSM-5 Revisions to Obsessive-Compulsive Disorder on Prevalence Rates in Youth //Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 2020. – Т. 60. – №. 4. – С. 421.

108. Preti A. et al. Through the prism of comorbidity: A strategic rethinking of early intervention in obsessive-compulsive disorder //Schizophrenia research. – 2022. – Т. 239. – С. 128-133.

109. Price L. H., Rasmussen S. A., Eisen J. L. The natural history of obsessive-compulsive disorder //Archives of general psychiatry. – 1999. – Т. 56. – №. 2. – С. 131-132.

110. Rajendram R. et al. Glutamate genetics in obsessive-compulsive disorder: a review. Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2017. Т. 26. №. 3. С. 205.

111. Reid J. E. et al. Cognitive behavioural therapy with exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials //Comprehensive psychiatry. – 2021. – Т. 106. – С. 152223.

112. Scahill, L., Riddle, M.A., McSwiggin-Hardin, M., Ort, S.I., King, R.A., Goodman, W.K., Cicchetti, D. & Leckman, J.F. (1997). Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: reliability and validity. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36(6):844-852.

113. Schachar R. J. et al. Obsessive-compulsive disorder in children and youth: neurocognitive function in clinic and community samples //Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 2022. – Т. 63. – №. 8. – С. 881-889.

114. Schuyler M. K., Geller D. A. Childhood obsessive–compulsive disorder //Psychiatric Clinics. – 2023. – Т. 46. – №. 1. – С. 89-106.

115. Selles R. R. et al. Avoidance, insight, impairment recognition concordance, and cognitive-behavioral therapy outcomes in pediatric obsessive-compulsive disorder //Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. – 2020. – Т. 59. – №. 5. – С. 650-659. e2.

116. Sharma E. et al. Comorbidities in obsessive-compulsive disorder across the lifespan: a systematic review and meta-analysis //Frontiers in psychiatry. – 2021. – Т. 12. – С. 703701.

117. Sperling J. The role of intolerance of uncertainty in treatment for pediatric anxiety disorders and obsessive-compulsive disorder //Evidence-

Based Practice in Child and Adolescent Mental Health. – 2023. – Т. 8. – №. 4. – С. 429-438.

118. Spielberger C. D. et al. Measuring anxiety and anger with the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI). – Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1999.

119. Steuber E. R., McGuire J. F. A systematic review of fear learning, extinction learning, and reversal learning in obsessive-compulsive disorder: implications for treatment //The Journal of Clinical Psychiatry. – 2022. – Т. 83. – №. 6. – С. 43190.

120. Stevens S., Smith-Schrandt H. L. Scrupulosity Obsessive-Compulsive Disorder in Children //Journal of psychosocial nursing and mental health services. – 2023. – Т. 61. – №. 11. – С. 10-16.

121. Stewart S. E. et al. Four-factor structure of obsessive-compulsive disorder symptoms in children, adolescents, and adults //Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. – 2008. – Т. 47. – №. 7. – С. 763-772.

122. Stewart S. E. et al. Meta-analysis of association between obsessive-compulsive disorder and the 3′ region of neuronal glutamate transporter gene SLC1A1 //American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics. – 2013. – Т. 162. – №. 4. – С. 367-379.

123. Stewart S. E. et al. Principal components analysis of obsessive–compulsive disorder symptoms in children and adolescents //Biological psychiatry. – 2007. – Т. 61. – №. 3. – С. 285-291.

124. Stewart S. E., Pauls D. L. The genetics of obsessive-compulsive disorder //Focus. – 2010. – Т. 8. – №. 3. – С. 350-357.

125. Tanir Y. et al. Exacerbation of obsessive compulsive disorder symptoms in children and adolescents during COVID-19 pandemic //Psychiatry research. – 2020. – Т. 293. – С. 113363.

126. Tao Y. et al. Comparing the efficacy of pharmacological and psychological treatment, alone and in combination, in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: A network meta-analysis //Journal of Psychiatric Research. – 2022. – Т. 148. – С. 95-102.

127. Thompson E. M. et al. Psychological flexibility and inflexibility in obsessive-compulsive symptom dimensions, disability, and quality of life: An online longitudinal study //Journal of Contextual Behavioral Science. – 2022. – Т. 23. – С. 38-47.

128. Tini E. et al. Therapeutic drug monitoring of sertraline in children and adolescents: A naturalistic study with insights into the clinical response and treatment of obsessive-compulsive disorder //Comprehensive psychiatry. – 2022. – Т. 115. – С. 152301.

129. Uhre C. F. et al. Atypical neurocognitive functioning in children and adolescents with obsessive–compulsive disorder (OCD) //European Child & Adolescent Psychiatry. – 2024. – Т. 33. – №. 7. – С. 2291-2300.

130. Uhre C. F. et al. Systematic review and meta-analysis: cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents //Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. – 2020. – Т. 59. – №. 1. – С. 64-77.

131. Vause T. et al. Functional behavior-based cognitive-behavioral therapy for obsessive compulsive behavior in children with autism spectrum disorder: A randomized controlled trial //Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2020. – Т. 50. – С. 2375-2388.

132. Vazquez M. et al. The relationship between adverse childhood experiences, symptom severity, negative thinking, comorbidity, and treatment response in youth with obsessive-compulsive disorder //Child Psychiatry & Human Development. – 2024. – Т. 55. – №. 5. – С. 1201-1210.

133. Visser H. A. et al. The relationship between adverse childhood experiences and symptom severity, chronicity, and comorbidity in patients with

obsessive-compulsive disorder //The Journal of clinical psychiatry. 2014. T. 75. №. 10. C. 17275.

134. Weeland C. J. et al. Brain morphology associated with obsessive-compulsive symptoms in 2,551 children from the general population //Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. – 2021. – T. 60. – №. 4. – C. 470-478.

135. Weeland C. J. et al. Thalamic subregions and obsessive-compulsive symptoms in 2,500 children from the general population //Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. – 2022. – T. 61. – №. 2. – C. 321-330.

136. Westenberg H. G. M., Fineberg N. A., Denys D. Neurobiology of obsessive-compulsive disorder: serotonin and beyond //CNS spectrums. – 2007. – T. 12. – №. S3. – C. 14-27.

137. Wichers R. H. et al. Psychotherapy for co-occurring symptoms of depression, anxiety and obsessive-compulsive disorder in children and adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis //Psychological Medicine. – 2023. – T. 53. – №. 1. – C. 17-33.

138. Wolters L. H. et al. Feasibility, acceptability, and effectiveness of enhanced cognitive behavioral therapy (eCBT) for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: Protocol for an open trial and therapeutic intervention //JMIR research protocols. – 2020. – T. 9. – №. 12. – C. e24057.

139. Xiong A. et al. Relationship between cognitive fusion, experiential avoidance, and obsessive–compulsive symptoms in patients with obsessive–compulsive disorder //Frontiers in Psychology. – 2021. – T. 12. – C. 655154.

140. Yan J. et al. The prevalence and comorbidity of Tic Disorders and obsessive-compulsive disorder in Chinese School Students aged 6–16: a National Survey //Brain Sciences. – 2022. – T. 12. – №. 5. – C. 650.

141. Yu D. et al. Cross-disorder genome-wide analyses suggest a complex genetic relationship between Tourette's syndrome and OCD //American Journal of Psychiatry. – 2015. – Т. 172. – №. 1. – С. 82-93.

142. Zhang Y. D., Shi D. D., Wang Z. Neurobiology of Obsessive–Compulsive Disorder from Genes to Circuits: Insights from Animal Models //Neuroscience Bulletin. – 2024. – С. 1-20.

143. Zohar A. H. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents //Child and Adolescent Psychiatric Clinics. – 1999. – Т. 8. – №. 3. – С. 445-460.

ДОДАТОК А
АКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Директор КНП
«Обласний клінічний заклад
психоневрологічної допомоги
та соціально значущих хвороб» ЗОР
Ф.В.Паталах
«___» _____20___ року

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва пропозиції для впровадження.** Особливості динаміки обсесієформних феноменів в структурі шизоформних, невротичних та емоційно-поведінкових розладів із початком у дитячому віці
2. **Ким запропоновано, адреса, виконавці**: НУОЗ України імені П. Л. Шупика, 04112, Київ. Дорогожицька 9; виконавець Чугунова Анна Сергіївна
3. **Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, матеріали з'їздів, наукових конференцій, семінарів та ін.).** Скрипник А. С. Динамічні характеристики обсесій в структурі шизоформних, невротичних та емоційно-поведінкових розладів у дітей // А. С. Скрипник. Український вісник психоневрології. 2023. Т.31, №3 (116). С. 104-107. DOI: https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is3-2023-17
4. **Де впроваджено.** В лікувально-профілактичну роботу КНП «Обласний клінічний заклад психоневрологічної допомоги та соціально значущих хвороб» ЗОР
5. **Термін впровадження**: березень 2025.
6. **Ефективність впровадження.** Підвищено точність прогнозу динаміки обсесій у дітей із різними психічними розладами.
7. **Зауваження, пропозиції**: немає.

Відповідальний за впровадження:

Медичний директор
КНП «Обласний клінічний заклад
психоневрологічної допомоги
та соціально значущих хвороб» ЗОР Т. Г. Судовська

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Перший проректор закладу вищої освіти
з науково-педагогічної роботи
Полтавського державного
медичного університету
д. мед. н., професор
Валентин ДВОРНИК
«__» _____ 2025 року

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва пропозиції для впровадження.** Сучасні уявлення щодо характеристик тематики обсесій в структурі шизоформних, невротичних та емоційно-поведінкових розладів із початком у дитячому віці.
2. **Ким запропоновано, адреса, виконавці**: НУОЗ України імені П. Л. Шупика, 04112, Київ. Дорогожицька 9; виконавець Чугунова Анна Сергіївна.
3. **Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, матеріали з'їздів, наукових конференцій, семінарів та ін.).** Тематика обсесій і її особливості у дітей з шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами// А. С. Скрипник. Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина. 2023. №1(16). С. 20-25. DOI: 10.37321/UJMH.2023.1-03
4. **Де впроваджено.** В навчальну роботу кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ПДМУ.
5. **Термін впровадження**: травень 2025.
6. **Ефективність впровадження.** Впровадження у навчальний процес запропонованої інформації дозволило підвищити рівень теоретичних уявлень лікарів-інтернів та слухачів циклів ТУ щодо характеристик тематики обсесій в структурі шизоформних, невротичних та емоційно-поведінкових розладів із початком у дитячому віці.
7. **Зауваження, пропозиції**: немає.
8. **Обговорено та затверджено** на засіданні кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ПДМУ, протокол № 1 від 28 серпня 2025.

Відповідальний за впровадження:
завідувач кафедри психіатрії, наркології
та медичної психології ПДМУ,
д. мед.н., проф. Андрій СКРИПНІКОВ

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Директор
КНП «Клінічний заклад з надання психіатричної допомоги «ПСИХІАТРІЯ» виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації)»
д.мед.н. проф. В.Д. Мішиєв
«22» квітня 2025 року

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва пропозиції для впровадження. Алгоритм диференційної діагностики семіотики обсесивно-компульсивного спектру у осіб із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами із дебютом у дитячому віці.

1. **Ким запропоновано, адреса, виконавці**: НУОЗ України імені П. Л. Шупика, 04112, Київ. Дорогожицька 9; виконавець Чугунова Анна Сергіївна

2. **Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, матеріали з'їздів, наукових конференцій, семінарів та ін.).** Чугунова А. С. Критерії диференційної діагностики і релевантності нозологічної кваліфікації семіотики обсесивно-компульсивного спектру у дітей із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами (підстави до клінічної шкали) // А. С. Чугунова. Український вісник психоневрології. 2024. Т.33, №4 (121).

3. **Де впроваджено.** В лікувально-профілактичну роботу КНП «ПСИХІАТРІЯ»

4. **Термін впровадження**: лютий 2025.

6. **Ефективність впровадження.** Збільшено ефективність диференційної діагностики обсесієформної симптоматики у осіб із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами із дебютом у дитячому віці.

7. **Зауваження, пропозиції**: немає.

Відповідальний за впровадження:

Заступник директора Д.С. Лебедєв

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Перший проректор
з науково-педагогічної роботи
ЛНМУ імені Данила Галицького,
_____ Солонинко І. І.
«17» 09 2025 року

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва пропозиції для впровадження.** Сучасні підходи до оцінки динаміки обсесієформних феноменів в структурі шизоформних, невротичних та емоційно-поведінкових розладів із початком у дитячому віці.
2. **Ким запропоновано, адреса, виконавці**: НУОЗ України імені П. Л. Шупика, 04112, Київ. Дорогожицька 9; виконавець Чугунова Анна Сергіївна
3. **Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, матеріали з'їздів, наукових конференцій, семінарів та ін.).** Скрипник А. С. Динамічні характеристики обсесій в структурі шизоформних, невротичних та емоційно-поведінкових розладів у дітей // А. С. Скрипник. Український вісник психоневрології. 2023. Т.31, №3 (116). С. 104-107. DOI: https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is3-2023-17
4. **Де впроваджено.** В педагогічний процес кафедри психіатрії, психології та сексології ЛНМУ МОЗ України.
5. **Термін впровадження**: травень 2025.
6. **Ефективність впровадження.** Впровадження у навчальний процес запропонованої інформації дозволило підвищити рівень теоретичних уявлень лікарів-інтернів та слухачів циклів ТУ щодо сучасних методів оцінки динаміки обсесієформних феноменів в структурі шизоформних, невротичних та емоційно-поведінкових розладів із початком у дитячому віці.
7. **Зауваження, пропозиції**: немає.

Відповідальний за впровадження:

Завідувач кафедри психіатрії,
психології та сексології ЛНМУ
імені Данила Галицького,
д. мед. н., проф. Білобривка Р. І.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Генеральний директор
КП «Дніпропетровська багатопрофільна
клінічна лікарня з надання
психіатричної допомоги» ДОР
д.мед.н., проф. С.М.Мороз
«08» січня 2025 року

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва пропозиції для впровадження.** Метод комбінованої терапії обсесивно-компульсивних феноменів в структурі шизоформних, невротичних та емоційно-поведінкових розладів із початком у дитячому віці.
2. **Ким запропоновано, адреса, виконавці**: НУОЗ України імені П. Л. Шупика, 04112, Київ. Дорогожицька 9; виконавець Чугунова Анна Сергіївна.
3. **Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, матеріали з'їздів, наукових конференцій, семінарів та ін.).** Скрипник А. С. Зв'язок об'єктивно реєстрованих та суб'єктивно ідентифікованих проявів тривоги із обсесіями та компульсіями у дітей із шизоформними, невротичними, емоційно-поведінковими розладами// А. С. Скрипник. Український вісник психоневрології. 2024. Т.32, №3 (120). С. 78-83. DOI: https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is3-2024-13
4. **Де впроваджено.** В лікувально-профілактичну роботу КП «Дніпропетровська багатопрофільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги» ДОР
5. **Термін впровадження**: січень 2025.
6. **Ефективність впровадження.** Підвищено ефективність лікування обсесієформної симптоматики в структурі шизоформних, невротичних та емоційно-поведінкових розладів із початком у дитячому віці.
7. **Зауваження, пропозиції**: немає.

Відповідальний за впровадження:

к.мед.наук, доцент,
заступник медичного директора Семеніхіна Владлена Євгенівна.

ДОДАТОК Б
СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

1. Chugunov V. V. Motivational patterns of internet-addiction in members of anonymous online communities / V. V. Chugunov, A. D. Gorodokin, A. S. Skripnik // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, вип.3. – С. 74-76.

2. Чугунов В. В., Городокін А. Д., Столяренко А. М., Скрипник А. С. Концептуально-стилістичний аналіз сучасних танатоцентричних інтернет-спільнот. *Сучасні проблеми суїцидології* (327с.). Колективна монографія за редакцією професора В. П. Волошина, професора Н. О. Марути - Харків: 2017. С. 296-307.

3. В. В. Чугунов, В. В. Дац, А. С. Скрипник. Одонтофобічні реакції у дітей із різним рівнем психічного здоров'я: класифікація та клінічне наповнення / В. В. Чугунов, В. В. Дац, А. С. Скрипник // Медична психологія. - 2019. - Т. 14, № 1. - С. 45-47. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mpsl_2019_14_1_12

4. Дац В. В., Скрипник А. С. Зв'язок між сіалологічними показниками та психопатологією у дітей з різним рівнем психічного здоров'я. Сучасні аспекти медицини та фармації – 2021 : мат. Всеукр. наук.-практ. конф. молод. вч. та студ. з міжн. уч. 15-16 квітня 2021 р., м. Запоріжжя.

5. Скрипник А. С. Клінічний випадок шизокарного процесу у дівчинки підліткового віку / А. С. Скрипник // Досягнення сучасної медичної та фармацевтичної науки – 2022 : зб. тез доп. Всеукр. наук.-практ. конф. студентів та молодих вчених, м. Запоріжжя, 4 лютого 2022 р. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2022. - С. 16.

6. Скрипник А. С. Прокляття, бруд та голос диявола: шизофренія під маскою нав'язливостей / А. С. Скрипник // Bimco journal : зб. матеріалів Буковин. міжнар. медико-фармацевтич. конгресу студентів і молодих учених. - Chernivtsi, 2023. - С. 214.

7. Скрипник А. С. Динамічні характеристики обсесій в структурі шизоформних, невротичних та емоційно-поведінкових розладів у дітей // А. С. Скрипник. Український вісник психоневрології. 2023. Т.31, №3 (116). С. 104-107. DOI: https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is3-2023-17

8. Скрипник А. С. Тематика обсесій і її особливості у дітей з шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами// А. С. Скрипник. Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина. 2023. №1(16). С. 20-25. DOI: 10.37321/UJMH.2023.1-03

9. Скрипник А. С. Псевдообсесії та їх тематичне навповнення у дітей із розладами шизоформного спектру / А. С. Скрипник // Актуальні питання сучасної медицини і фармації– 2024 : зб. тез доп. Всеукр. наук.-практ. конф. студентів та молодих вчених, м. Запоріжжя, 23-24 травня 2024 р. – Запоріжжя : ЗДМФУ, 2024. - С. 44-45.

10. Скрипник А. С. Зв'язок об'єктивно реєстрованих та суб'єктивно ідентифікованих проявів тривоги із обсесіями та компульсіями у дітей із шизоформними, невротичними, емоційно-поведінковими розладами// А. С. Скрипник. Український вісник психоневрології. 2024. Т.32, №3 (120). С. 78-83. DOI: https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is3-2024-13

11. Чугунова А. С. Критерії диференційної діагностики і релевантності нозологічної кваліфікації семіотики обсесивно-компульсивного спектру у дітей із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами (підстави до клінічної шкали) // А. С. Чугунова. Український вісник психоневрології. 2024. Т.33, №4 (121).

12. Чугунова А. С. Клінічні варіанти та аранжування семіотики обсесивно-компульсивного спектру у осіб із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами дитячого віку/ А. С. Чугунова // Проблеми, пріоритети та перспективи розвитку науки, освіти та суспільства в XXI столітті: зб. тез міжнар. наук.-практ. конф., м. Рівне, 23 січня 2025 р. – Рівне: ЦФЕНД, 2025. - С. 80-81.