

616.89-008.454-053.6:159.922.73

Д-р мед. наук Е. А. МИХАЙЛОВА

ФЕНОМЕНОЛОГІЯ ФОБІЇ У ДІТЕЙ ІЗ ТРИВОЖНИМИ РОЗЛАДАМИ

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», Харків

Визначено типологію фобій у дітей із тривожними розладами у віковому аспекті та їхню роль у формуванні стійкої психопатології невротичного спектра. Підкреслено необхідність урахування фобічних утворень при формуванні програм медико-психологічного втручання.

Ключові слова: тривожні розлади, фобії, діти, підлітки.

Синдроми тривоги і страхів є одними з найпоширеніших психопатологічних феноменів у дитинстві [1–6]. Це пов'язано з тим, що діапазон доступних дитині реакцій більш вузький, ніж на етапі зрілості. Крім того, на ранніх етапах розвитку дитину оточує велика кількість незнайомих об'єктів і явищ, що закономірно провокують виникнення афекту страху, такого роду психопатологічні феномени можуть зберігатися у підлітковому та дорослому віці. Феноменологію фобій у дітей у віковому аспекті широко висвітлено у підручнику з дитячої психіатрії за ред. Є. Г. Ейдемільера, в якому наводиться близько 150 найменувань фобій, характерних для дітей і підлітків [7].

В останні десятиліття більшість дослідників поділяють фобії згідно з прийнятими міжнародними класифікаціями МКХ-10 и DSM-IV-R [8–14].

Основна частина дослідників, що займаються проблемами страхів, вважають, що в дитячому віці головна відмінність між страхом і фобією — це відповідність перших за фабулою і періодом їх виникнення віковим параметрам і відсутність їх впливу на повсякденне життя і функціонування особистості, яка розвивається. Дитячі страхи розглядаються у контексті феномену розвитку.

Специфічна фобія характеризується надмірним або необґрунтованим страхом перед певними предметами або ситуаціями (наприклад, польоти, висота, тварини, кров). Потрапляння у фобічну ситуацію, уявлення фобічних об'єктів або стимулів спричиняє тривожну реакцію, яка зазвичай уникається або із жахом переноситься пацієнтами і впливає на повсякденне функціонування.

Соціально-тривожний розлад характеризується постійним, вираженим і необґрунтованим

страхом, що виникає у ситуаціях спостереження або негативної оцінки, а також іншої соціальної взаємодії, роботи, спілкування і асоціюється із соматичними та когнітивними симптомами. Фобічні ситуації (виступ перед публікою, розмова з незнайомими людьми) уникаються або переносяться з інтенсивною тривогою чи дистресом.

Обсесивно-компульсивний розлад характеризується повторюваними нав'язливими думками (обсесії), нав'язливими діями (компульсії) або і тим, і іншим, що спричиняють дистрес і перешкоджають нормальному функціонуванню. Найпоширенішими обсесіями є страх забруднення, заподіяння шкоди, думки сексуального чи релігійного характеру. Комппульсії включають нав'язливе миття, перевірки, повторення, наведення порядку, рахунок і накопичення.

Посттравматичний стресовий розлад розвивається після жаклих подій, які включають фізичну шкоду або її загрозу. Цей розлад характеризується повторюваними і настирливими дискомфорними спогадами про подію, нічними кошмарами з ілюзіями, галюцинаціями або дисоціативними епізодами флешбеку (повторного яскравого переживання травмуючої ситуації), інтенсивним психологічним дистресом при нагадуванні про травмуючу подію, надмірним реагуванням. Виявлення ключових ознак розладу допомагає класифікувати тип тривожного розладу відповідно до діагностичного алгоритму.

Розділ DSM-V більше не включає обсесивно-компульсивний розлад (який перенесено до обсесивно-компульсивних та споріднених) або посттравматичний стресовий та гострий стресовий розлади (віднесено до розладів, що пов'язані з травматизуючими та стресогенними чинниками). Однак послідовний порядок цих розділів у DSM-V відображає міцні зв'язки між ними.

Агорафобія, специфічна фобія та соціальний тривожний розлад (соціальна фобія). Тривожність має бути непропорційною реальній небезпеці або загрози у конкретній ситуації після прийняття до уваги культуральних контекстуальних чинників. До того ж шестимісячна тривалість, яка у DSM-IV була обмежена особами молодше 18 років, тепер поширюється на будь-який вік. Ця зміна має на меті мінімізацію надмірної діагностики минулих страхів.

Специфічна фобія. Ключові риси цієї фобії залишаються тими самими, але більше не існує вимоги, щоб особи старше 18 років визнавали, що їхні страхи та тривожність є надмірними або безпідставними. Вимоги до тривалості («типово тривають шість місяців та більше») тепер стосуються будь-якого віку. Хоча вони й розглядаються зараз як специфікатори, різні типи специфічних фобій в основному залишилися незмінними.

Соціальний тривожний розлад (соціальна фобія). Його ключові риси залишаються тими самими. Більш значущою зміною є те, що специфікатор «генералізований» був видалений та замінений на специфікатор «тільки виконання». Проблема генералізованого специфікатора DSM-IV полягала у тому, що було складно оперувати специфікатором «страхи включають більшість соціальних ситуацій». Виявляється, що особи, які бояться тільки ситуацій виконання (тобто розмови або виступу перед аудиторією), становлять окрему підкатегорію соціального тривожного розладу з точки зору етіології, віку дебюту, фізіологічної відповіді та відповіді на лікування. Вивчення соціальної фобії підтверджує, що початок її розвитку припадає на раннє дитинство і підлітковий вік [10].

Сепараційний тривожний розлад. Хоча у DSM-IV цей розлад був класифікований у секції «Розлади, що зазвичай вперше діагностуються у дитячому чи підлітковому періоді», тепер класифікується як тривожний. Фігури прив'язаності можуть включати дітей із сепараційним тривожним розладом, а поведінка уникання може спостерігатися у школі. На відміну від DSM-IV, діагностичні критерії більше не конкретизують, що вік дебюту припадає на період до 18 років, оскільки значна кількість дорослих повідомляє про початок сепараційної тривожності після 18 років. Для дорослих був доданий критерій тривалості — «типово триває шість місяців та більше» — для мінімізації надмірної діагностики минулих страхів.

Автор дослідження [15], дотримуючись вікових принципів розвитку страху у дітей, стверджує, що до 2–3 років у дитини у нормі переважають тривоги і страхи, пов'язані з чужими людьми і незнайомими предметами, а також розлукою з матір'ю, яка є основним об'єктом її прихильності. Наявність елементів страху розлуки не може розцінюватися як патологія (за відсутності дезадаптивного впливу на повсякденне життя дитини) аж до досягнення препубертатного віку.

У дітей дошкільного віку (до 5 років) превалюють страхи темряви і тварин (у тому числі комах і плазунів). У віковий період 5–7 років на перше місце виходять страхи уявних істот, при цьому потрібно враховувати, що показники поширеності тих чи інших фобічних сюжетів у дитячій популяції досить приблизні.

За даними Є. П. Ільїна [16], боязнь звуків і незнайомців, характерна для немовлят, у дітей у віці від 1 до 6 років зменшується, але зростає страх перед уявними ситуаціями. У дітей до початку шкільного навчання помітно знижується кількість страхів, пов'язаних з темрявою, вигаданими істотами. Вважають, що ці страхи пов'язують із більш високим рівнем когнітивного розвитку, здатністю

краще диференціювати уявне і реальне. Дослідник вважає, що у старшому шкільному віці на перше місце виходять страхи можливої втрати престижу (невдачі на іспитах, неспроможності, публічних виступів). На другому місці опинились «реальні» страхи (нападу хуліганів, за життя і безпеку близьких, висоти, війни). Наступну позицію посіли страхи, позначені як «уявні» (комах, гризунів, медичних маніпуляцій, мерців, крові, темряви), що, за даними автора, трапляються у дівчат у шість разів частіше, ніж у юнаків.

У різні періоди життя дитина схильна до страхів певної фабули, так, наприклад, у десятирічних найчастіше виявляються страхи темряви, школи, смерті. До страхів у підлітків приєднуються побоювання, пов'язані з особистими взаєминами, недоліками власної зовнішності, майбутнім, казкових персонажів замінюють надприродні явища й істоти [17–20].

У роботі [21] із формуванням абстрактного мислення співвідноситься поява страху смерті (вектор якого може бути спрямований як на саму дитину, так і на її родичів), побоювання, пов'язані із фізичною шкодою. Початок навчання у школі супроводжується динамікою фабул побоювань: «страхи уявлення» змінюють сюжети, пов'язані зі школою, власним здоров'ям і реальними небезпеками навколишнього світу. У дітей шкільного віку та підлітків найбільш значущим у розвитку страхів є фактор шкільного навчання. Лише до завершального етапу навчання афективна зарядженість цього фактора дещо знижується.

Прояви тривоги і страху у дітей залишаються недооціненими фахівцями досить тривалий час. Частка шкільної фобії (як варіант соціофобії) становить 5,0% усіх школярів, які звертаються по допомогу до психіатра.

Як відомо, у формуванні будь-якої психічної патології, в тому числі й фобій, важливе значення має особистість, яка розглядається у генетичному, психологічному (поведінковому), соціальному і клінічному аспектах, що зумовлює складність її структури у кожному окремому випадку.

У дослідженні [19] висунуто думку, що декомпенсація розладів особистості «тривожного» кластера за DSM-IV (схильного до формування відповідних порушень) із високою ймовірністю виявиться фобічною симптоматикою. З дитинства і особливо у підлітковому періоді такі пацієнти віддають перевагу поведінковому й емоційному патернам «уникання шкідливості». Крім різних проявів специфічних, пов'язаних із потенційною небезпекою, фобій (темряви, тварин, транспорту, фізичної шкоди, медичних маніпуляцій, природних явищ), у них із початком шкільного навчання з'являються ізольовані та генералізовані соціофобії

(коморбідність таких розладів особистості і фобічних утворень сягає 90,0%).

Умови розвитку і конкретне оформлення фобічного синдрому у дітей визначає й віковий фактор. Аналізуючи вікову динаміку патологічних страхів, дослідники відзначали, що для дитини 4 років характерні монотематичність, простий конкретний зміст, пароксизмальний характер порушень, поєднання з яскравими, нерідко візуалізованими страшними образами. До 6 років виникають побоювання, пов'язані зі смертю. У 7 років серед фабул з'являється іпохондрична тематика. Численні нозофобії, що розглядаються як прояв пубертатної конституціональної структури, вважаються характерними для підлітків 12–15 років. При описі страхів у дітей із неврозом нав'язливих станів відзначають ранній вік появи сюжетів, пов'язаних із ситуацією загрози життю й благополуччю (смертю, шкодою, зараженням) [22].

У синдром надцінних страхів у дітей включаються такі, що пов'язані з психотравмою, тривога і різні сенестопатичні симптоми. Джерело синдрому надцінних страхів Т. Н. Ollendick et al. [23] бачать як у психотравмуючих впливах, так і в гіперопіці з боку батьків (які побоюються за здоров'я і благополуччя дитини), особливій структурі особистості дитини, що поєднує тривожно-недовірливі властивості й прояви психічного інфантилізму.

Несприятливий перебіг невротичних фобічних розладів з інтеграцією фобічних проявів в особистісну структуру хворого описано неодноразово. Фобічні розлади при шизофренії, що розпочиналися в дитячо-підлітковому віці, включають страхи, тематично пов'язані переважно з потенційною шкодою (зараження, забруднення, смерті, різноманітні іпохондричні побоювання) [24]. Відомо, що до початку підліткового віку картина фобій помітно ускладнюється, збагачуючись новими сюжетами і більш складними формами стратегій подолання (як більш конструктивних, так і мало-ефективних). Сам підлітковий вік оцінюється як фактор, що призводить до розвитку фобій. Аналіз іпохондричних страхів у структурі непсихотичних іпохондричних розладів в їх порівняльно-віковому аспекті було дано А. А. Кашніковою і співавт. [24]. Такі страхи мають переважно ендогенну природу і набагато рідше виявляються реактивними. У міру дорослішання дитини страхи ускладнюються, деталізуються фабули страхів, приєднуються соматовегетативна симптоматика при збереженні загальної незавершеності й фрагментарності клінічної картини, нестабільності окремих її складових.

Аналіз психогеній у підлітків із непсихотичною психічною патологією продемонстрував високу (до 40,0%) питому вагу станів тривожно-фобічної

структури, причому з переважанням соціофобічної тематики.

Депресивно-фобічні стани у підлітковому віці характеризуються дисморфофобічними проявами, нав'язливими побоюваннями власної неспроможності. Надалі вони переростають у страх перед навчальною діяльністю з подальшою трансформацією у фобію, різноманітними пасивними й активними реакціями уникнення, властивими таким хворим. Особливістю фобій є денотативний вектор тривоги, спрямований на власну особистість, що відображає егоцентричність, притаманну пубертатним переживанням.

Обсесивно-фобічні, дисморфофобічні симптомокомплекси у підлітків досліджувалися і в структурі розладів харчової поведінки. У цих випадках їх відрізняє особлива стійкість, резистентність до різних видів терапевтичних втручань.

У період підліткової кризи часто трапляються складні, клінічно «розмиті», нестійкі стани з різноманітними специфічними за тематикою віковими дитячими (підлітковими) страхами, дратівливістю, невпевненістю, тривогою, гіперестезіями, розладами сну [6].

Якщо тривожно-фобічні й обсесивно-фобічні розлади в дорослому віці докладно, глибоко і концептуально розглядаються у роботах як вітчизняних, так і зарубіжних психіатрів, то сучасні клінічні дослідження у галузі дитячої та особливо підліткової психіатрії малочисленні.

Наведені в літературі показники поширеності фобічних розладів у населення, у тому числі в дитячо-підлітковій популяції, свідомо нижчі за реальні. Звідси випливає, що досить тривалий час прояви тривоги і страху залишаються недооціненими, оскільки можуть бути феноменами нормального розвитку і, крім того, на відміну від розладів поведінки, вони значно меншою мірою привертають увагу оточуючих, тобто не порушують соціальне функціонування, що дає їм змогу набагато довше залишатися поза увагою фахівців [25]. При описі тривожно-фобічних порушень фабули патологічних страхів й особливості їх клінічної картини часто співвідносилися із закономірностями нормального розвитку. Було встановлено, що вік багато в чому визначає умови розвитку і конкретне оформлення фобічного синдрому у дітей та підлітків, полегшуючи їх виникнення і закріплення дезадаптуючою поведінкою.

Незважаючи на численні публікації, клінічні аспекти невротичної тривоги та фобій у дітей залишаються недостатньо вивченими. Зокрема, потребують поглиблених досліджень психопатологічні особливості невротичної тривоги, її клінічна типологія, взаємозв'язок зі стресом і фобіями, клінічна динаміка на різних етапах

онтогенетичного розвитку, афінітет до інших невротичних симптомів.

Мета нашої роботи — вивчити взаємозв'язок фобії і формування тривожного розладу у дітей та підлітків.

У дослідженні взяли участь 103 дітей у віці 7–18 років (29 дітей та 74 підлітки; хлопців було 42, дівчат — 61). Використано такі методи дослідження: клініко-психопатологічний, соціопсихологічне інтерв'ю, психодіагностичні методики (тест Люшера, тест визначення депресії CDRS-R, шкалу загального клінічного враження (CGI), проективні малюнкові тести «Будинок», «Дерево», «Людина»).

У проведеному дослідженні було проаналізовано страхи дітей із тривожними розладами залежно від віку (табл. 1). Страхи відзначено у всіх хворих, причому у дітей превалювали множинні фобії, у підлітків (93,2%) — ізольовані.

У дітей 7–11 років достовірно частіше, ніж у підлітків, трапляється страх втрати батьків ($p < 0,001$), незнайомих осіб ($p < 0,001$), темряви ($p < 0,001$), тварин (собак), нападу ($p < 0,05$), незнайомих ($p < 0,001$), невідповідності соціальним вимогам ($p < 0,001$), запізнення в школу ($p < 0,001$), шкільний страх ($p < 0,001$), страх помилок ($p < 0,001$), блискавки ($p < 0,001$), монстрів ($p < 0,001$), поїзду у транспорті ($p < 0,001$), незрозумілі страхи ($p < 0,001$), страх привидів ($p < 0,001$), природних стихій (блискавка, грім, ураган, смерч) ($p < 0,001$), фізичної травми ($p < 0,001$), ін'єкцій ($p < 0,001$), смерті близьких людей ($p < 0,001$), комах (мух, комарів як носіїв тяжких хвороб) ($p < 0,001$), змії ($p < 0,001$), страх утонуту ($p < 0,001$).

У підлітків достовірно частіше, ніж у дітей, зареєстровано такі фобії: страх смерті ($p < 0,001$), нав'язливий страх зараження ($p < 0,001$), страх невідповідності соціальним вимогам ($p < 0,001$), зайвої ваги ($p < 0,001$), перебування на відкритих і великих просторах (на вулиці, на площі, у натовпі в метро) ($p < 0,001$), самотності ($p < 0,001$), захворювання невиліковною хворобою ($p < 0,001$), однолітків ($p < 0,001$). Визначено інформативні ознаки, що складають структуру фобічних утворень та забезпечують надійну психопатологічну диференціацію. Установлено, що домінуючий тип, який визначає клінічну картину, становить 12,4%, акцесорний (комбінований) (у формуванні складних синдромокомплексів) — 68,6%, ізольований (моносимптомний) — 19,0% (фобії у вигляді моносимптому поза зв'язком із домінуючими проявами). У дітей 7–11 років із тривожними розладами превалює комбінований тип фобічних утворень (93,1%), а у підлітків — ізольований (60,8%) та домінуючий (39,2%).

Умовно страхи, як відомо, розділено на соціальні, природні й техногенні. У даному контексті

**Клінічна феноменологія фобій
у дітей із тривожними розладами у віковому аспекті**

Фобії	Діти, n = 29		Підлітки, n = 74	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Страх смерті	1	3,4	5	6,7*
Страх втрати батьків	5	17,2	1	1,4
Страх незнайомих	5	17,2***	6	8,1
Страх нападу	7	24,1*	10	13,5
Страх темряви	12	41,7***	5	6,7
Страх тварин (собак)	15	51,7**	2	2,7
Страх запізнення	9	31,0	0	0,0
Нав'язливий страх зараження	1	3,4	7	9,5***
Страх невідповідності соціальним вимогам	5	17,2	2	2,7
Страх запізнення в школу	4	13,8	0	0,0
Шкільний страх	17	58,6	5	6,7*
Страх помилок	11	37,9	2	2,7***
Страх блискавки	6	20,7	0	0,0
Страх фізичного каліцтва	0	0,0	1	1,4***
Страх зайвої ваги	0	0,0	0	0,0***
Страх війни	5	17,2	5	14,3
Страх монстрів	6	20,7***	0	0,0
Незрозумілі страхи	9	31,0	3	4,1
Страх поїздок у транспорті	8	27,6	0	0,0***
Страх захворювання невиліковною хворобою	0	0,0	4	5,4***
Страх перебування на відкритих і великих просторах	0	0,0	5	6,7**
Страх закритих просторів (клаустрофобія)	1	3,4	6	8,1
Страх комах (мух, ос, комарів, кліщів)	7	24,1	0	0,0
Страх привидів	9	31,0	0	0,0
Страх невиліковної хвороби	2	6,8	6	8,1
Страх висоти	3	10,3	5	6,7
Страх утоннути	6	20,6	3	4,0
Страх ін'єкцій	15	51,7	0	0,0
Страх смерті близьких	5	17,2	1	1,3
Страх змій	9	31,1	3	4,1
Страх самотності	1	3,4	12	16,2
Страх фізичної травми	10	34,4	1	1,3
Страх природних явищ (грим, блискавка, смерч, ураган)	12	41,3	2	2,7
Страх електроприладів	2	6,8	0	0,0
Страх дзеркал	2	6,8	0	0,0
Страх Бен-Ладена (розбиття домів, потягів, авткатастроф)	5	17,2	0	0,0
Страх загубитися	2	6,8	0	0,0
Страх нудоти	0	0,0	2	2,7
Страх однолітків	0	0,0	3	4,1

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ — достовірність розбіжностей між дітьми та підлітками. Те саме в табл. 2, 3.

Нозологічна типологія тривожних розладів у дітей

Нозологічні форми тривожних розладів	Вікові групи					
	7–11 років		12–14 років		15 років і більше	
	<i>n</i> = 29	%	<i>n</i> = 36	%	<i>n</i> = 38	%
Тривожно-фобічний	27	93,1***	16	44,5**	11	28,9
Тривожно-депресивний	2	6,9	20	55,6*	27	71,1***

установлено, що дітям 7–11 років притаманні страхи природного і соціального походження, а підліткам — соціальні та вітальні. Установлено, що фобії у дітей маніфестують безпосередньо слідом за дією психотравмуючої ситуації. У подальшому формування тривожно-фобічних розладів пов'язане з психологічним орієнтуванням хворої дитини в минулому й майбутньому.

Важлива клінічна значущість тривожних розладів підтверджується особливостями їх перебігу у дитячо-підліткової популяції. Доведено, що для тривожних розладів характерним є не ремітуючий, а хронічний перебіг, і навіть при успішному лікуванні вони залишаються резидуальними. Характеризуючи основні ознаки тривожного розладу у дітей і підлітків, слід зазначити факт домінування вторинної тривоги. У дітей тривожний розлад виявляється у вигляді постійної напруженості, побоювань, занепокоєння, настороженості, заклопотаності з різних причин. Соматичні прояви тривоги у дітей мають вікові відмінності і включають різноманітні симптоми вегетативної лабільності, м'язову напругу. Клінічні особливості емоційного стану дітей із тривожними розладами характеризуються такими психологічними феноменами, як розгубленість, образа, розчарування, що служать фундаментом невротичного реагування у динаміці захворювання. Варіанти унікаючої поведінки у дітей в подальшому впливають із симптомокомплексів тривожно-фобічних розладів, типології емоційних переживань травматичної події і продовження психотравмуючого нерозв'язаного конфлікту. Наявність вегетативних порушень у структурі тривожного розладу з включенням пароксизмальних станів (тахікардія, запаморочення, задишка, панічні атаки) сприяє імпринтингу невротичних проявів та ранній соматизації. Описані закономірності формують диференційно-діагностичні труднощі тривожних розладів у дитячому віці і є причиною пізньої діагностики цих станів.

У дослідженнях установлено недостатність когнітивної бази для використання методів психологічної компенсації у дітей молодшого шкільного віку та у молодших підлітків, що у принципі сприяє подальшій невротизації. При використанні у цьому дослідженні методу кластеризації

симптомокомплексів визначено клінічні варіанти тривожних розладів залежно від віку (табл. 2).

Тривожно-фобічні розлади превалюють достовірно частіше у дітей 7–11 років ($p < 0,001$), у міру дорослішання простежено їх зниження (44,5 і 28,9% відповідно). Зворотну закономірність зафіксовано при тривожно-депресивному розладі (6,9; 55,6 і 71,1% відповідно).

Було проведено аналіз клінічних варіантів тривожного розладу у дітей залежно від гендерної належності (табл. 3).

Так, тривожно-фобічний розлад достовірно частіше реєструвався у хлопців (69,0 і 54,1% відповідно, $p < 0,01$), а тривожно-депресивний — у дівчат (45,9 і 31,0% відповідно, $p < 0,001$).

Таким чином, у ході дослідження встановлено, що психопатологічна симптоматика тривожних розладів у дітей гетерогенна і має вікові відмінності. Тривожно-фобічні розлади у дітей коморбідні з когнітивними (порушення уваги та пам'яті), а у підлітків — з емоційними (депресія) і поведінковими порушеннями (унікаюча поведінка).

Феноменологію тривожного розладу у дітей і підлітків представлено у вигляді трьох варіантів: I — домінування симптомів вторинної тривоги з наявністю когнітивного (вектор спрямованості ззовні) і емоційного компонентів; II — особистісно-залежні стани — наявність симптомів вторинної тривоги з когнітивним компонентом (вектор тривоги спрямований на власне «Я» з домінуванням емоційного ригідного компоненту); III — вітальний. Страхи відзначено у всіх опитуваних, причому у дітей множинні фобії, а у підлітків — ізольовані.

Таблиця 3

Клінічні варіанти тривожних розладів у дітей у гендерному аспекті

Нозологічні форми тривожних розладів	Хлопці, <i>n</i> = 42		Дівчата, <i>n</i> = 61	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Тривожно-фобічний	29	69,0	33	54,1**
Тривожно-депресивний	13	31,0	28	45,9**

Визначено гендерні особливості тривожних розладів у дітей: тривожно-фобічний достовірно частіше реєструвався у хлопців, а тривожно-депресивний — у дівчат.

Діагностична оцінка дітей із тривожними розладами включає докладний опис поточної соціальної тривоги і пов'язаних із нею проблем, включаючи ситуації, які спричиняють страх і уникання, симптоми тривоги, а також власний зовнішній вигляд, уявлення про себе, поведінку, що спрямована на пошук безпеки, фіксацію уваги у соціальних ситуаціях, попередні та наступні переживання, сімейні обставини та підтримку групи друзів і однолітків, навчальні та соціальні обставини.

Критеріями патологічного характеру тривоги і страху, що вимагають терапевтичного втручання, як відомо, є їх надмірна інтенсивність. Використовуючи шкалу загального клінічного враження (CGI), ми установили певні особливості перебігу тривожних розладів у контексті тяжкості захворювання. Клінічні симптоми тривожного розладу, які відповідають показнику інтенсивності «помірні» за CGI, частіше виявлялись у підлітків, ніж у дітей (8,1 і 6,9% відповідно, $p < 0,01$). Показники інтенсивності захворювання, які відповідають рівню «помітні», частіше траплялися у дітей (58,6 і 33,8% відповідно, $p < 0,001$), а показники, які відповідають рівню «тяжкі», — у підлітків (55,4 і 34,5% відповідно, $p < 0,001$). Рівень інтенсивності захворювання «тяжкі», який становив 55,4% у підлітків із тривожними розладами, свідчить про пізню діагностику і резистентність до терапії. У 2,7% випадків зареєстровано рівень хвороби, що відповідає показнику «занадто тяжкі».

Зазначено, що тривожно-фобічні розлади превалюють достовірно частіше у дітей 7–11 років ($p < 0,001$), в міру дорослішання простежено закономірність до їх зниження (44,5 і 28,9% відповідно). Зворотню пропорційність простежено щодо тривожно-депресивного розладу — 6,9; 55,6 і 71,1% відповідно.

Отже, визначено феноменологію фобій у дітей із тривожними розладами у віковому аспекті. Установлено типології перебігу тривожного розладу залежно від ступеня тяжкості захворювання. Робота потребує подальшого продовження для виділення клінічних феноменологічних маркерів тривожного розладу і розробки діагностичних критеріїв його варіантів у дітей.

Список літератури

1. Ковалев Ю. В. Особенности тревоги при неврозах / Ю. В. Ковалев, В. В. Васильев, С. Г. Пакриев // Мед. психология в России: электрон. науч. журн.— 2014.— № 3 (26).— URL: <http://mprj.ru>
2. Clinical characteristics of anxiety disordered youth / P. C. Kendall, S. N. Compton, J. T. Walkup [et al.] // *J. Anxiety Disord.*— 2010.— № 24.— P. 360–365.
3. Марута Н. О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні / Н. О. Марута // *НейроNews: психоневрологія і нейропсихіатрія.*— 2010.— № 5 (24).— С. 83–90.
4. Тревожные расстройства у детей и подростков // *Тревожные расстройства в общей врачебной практике: руководство для врачей;* под ред. Л. С. Чутко.— СПб.: Элби-СПб, 2010.— С. 54–74.
5. Астапов В. М. Тревожность у детей / В. М. Астапов.— М.: PerSe, 2008.— 160 с.
6. Табачников С. И. Фобии: клиника, диагностика, лечение, профилактика: монография / С. И. Табачников, В. С. Первый.— Донецк: АРТ-пресс, 2005.— 348 с.
7. Добряков И. В. Общая психопатология детей и подростков / И. В. Добряков // *Детская психиатрия;* под ред. Э. Г. Эйдемиллера.— СПб.: Питер, 2005.— С. 250–277.
8. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств.— СПб.: Оверлайд, 1994.— 302 с.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR.— Washington, DC: Author, 2000.— 405 p.
10. Сергеев И. И. Спорные аспекты проблемы фобий / И. И. Сергеев, А. А. Шмилович, Л. Г. Бородин // *Актуальные вопросы психиатрии: материалы науч.-практ. конф.*— М., 2001.— С. 7–11.
11. Левада О. А. Пациент с депрессией и симптомами тревоги: вопросы дифференциальной диагностики и терапии / О. А. Левада // *НейроNews.*— 2010.— № 2 (21).— С. 34–37.
12. Чутко Л. С. Тревога и страхи у детей и подростков / Л. С. Чутко, С. Ю. Сурушкина, Т. И. Анисимова // *Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.*— 2016.— № 1.— С. 99–103.
13. Ковалев Ю. В. О соотношении тревоги и депрессии в психологии / Ю. В. Ковалев // *Мед. психология в России: электрон. науч. журн.*— 2010.— № 12.— URL: <http://medpsg.ru> (дата обращения: 20.10.2016)
14. Anxiety-depressive disorders in children: neurobiological and neurohormonal aspects / E. Mukhailova [et al.] // *XXV European Congress of Psychiatry.*— Florence, 2017.— P. 459.
15. Захаров А. И. Дневные и ночные страхи у детей / А. И. Захаров.— СПб.: Речь, 2007.— 320 с.
16. Ильин Е. П. Эмоции и чувства / Е. П. Ильин.— СПб.: Питер, 2001.— 749 с.
17. Малкова Е. Е. Тревога как ресурс адаптивного развития личности / Е. Е. Малкова // *Вестн. Санкт-Петербургского ун-та.*— 2014.— Вып. 2, № 16.— С. 34–40.

18. Головина А. Г. Социальные факторы и патоморфоз фобических нарушений в подростковом возрасте / А. Г. Головина // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.— 2011.— № 9.— С. 4–9.
19. Смулевич А. Б. Расстройства личности / А. Б. Смулевич.— М.: МИА, 2007.— 192 с.
20. Крайг Г. Психология развития / Г. Крайг.— СПб.: Питер, 2000.— 992 с.
21. Juvenile mental health history of adult with anxiety disorders / A. M. Gregory, A. Caspi, B. Moffitt [et al.] // Am. J. Psychiat.— 2007.— № 164.— P. 301–308.
22. Прихожан А. М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика / А. М. Прихожан.— М.; Воронеж: Модэк, 2000.— 303 с.
23. Ollendick T. H. Specific Phobia in Youth: Phenomenology and Psychological Characteristics / T. H. Ollendick, N. Raishevich, T. E. Davis // Behav. Ther.— 2010.— № 41 (1).— P. 133–141.
24. Некоторые сравнительно-возрастные особенности формирования небредовых ипохондрических расстройств у детей и подростков / А. А. Кашникова, Ю. Б. Коваленко, Е. В. Корень [и др.] // Вопр. психического здоровья детей и подростков.— 2008.— № 1.— С. 85–90.
25. К проблеме нейрореабилитации детей с тревожно-фобическими расстройствами / Э. А. Михайлова [и др.] // Социальная педиатрия и реабилитология.— 2016.— № 8.— С. 38–39.

ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ФОБИИ У ДЕТЕЙ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Э. А. МИХАЙЛОВА

Определены типология фобий у детей с тревожными расстройствами в возрастном аспекте и их роль в формировании стойкой психопатологии невротического спектра. Подчеркнута необходимость учета фобических образований при формировании программ медико-психологического вмешательства.

Ключевые слова: тревожные расстройства, фобии, дети, подростки.

PHENOMENOLOGY OF PHOBIA IN CHILDREN WITH ANXIETY DISORDERS

Е. А. МЫХАЙЛОВА

The typology of phobias in children with anxiety disorders in the age-related aspect as well as their role in formation of stable psychopathology of the neurotic spectrum was determined. The necessity of accounting phobic formations during formation of programs of medical-psychological intervention was emphasized.

Key words: anxiety disorder, phobias, children, adolescents.

Надійшла 15.08.2018