

616.89-008.454-053.6:159.922.73

Д-р мед. наук Э. А. МИХАЙЛОВА,
д-р мед. наук Т. Ю. ПРОСКУРИНА,
канд. психол. наук Е. Э. БЕЛЯЕВА,
канд. мед. наук Т. Н. МАТКОВСКАЯ,
канд. мед. наук Д. А. МИТЕЛЕВ, Н. А. РЯБОКОНЬ

www.mps.kh.ua

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: КЛИНИКО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины», Харьков

Представлены результаты комплексного клинико-психологического обследования детей и подростков с тревожно-фобическими расстройствами. Исследованы гендерные и возрастные особенности их течения. Выделены четыре кластера тревожных состояний: соматический, когнитивный (более характерные для детей), эмоциональный и поведенческий (более характерные для подростков).

Ключевые слова: тревожное расстройство, карта жалоб, графические маркеры, структура тревожности, дети, подростки.

Исследование психологических аспектов проблемы тревожных расстройств у детей и подростков приобретает особую значимость в условиях увеличения распространенности данной патологии и масштабности ее влияния на психологическое благополучие и социальную адаптацию в юном возрасте [1–3]. Клинический и социальный прогноз, выбор методов терапии и социальной

реабилитации детей с тревожными расстройствами зависят от интегративной оценки целого ряда факторов, включая психологические и средовые [4–6]. В контексте реабилитации особенно важно определение внутренней картины болезни, импринтинг психологических проблем ребенка с тревожными расстройствами [7–10]. Известно, что в реагировании на болезнь особую значимость приобретает

нарушение отношения к своему телесному и духовному «Я», изменение самосознания [11]. Тревога является психофизиологической функцией организма, которая при определенных условиях может трансформироваться из физиологической (нормальной) в тревожное расстройство, подлежащее психологической, психотерапевтической и фармакологической коррекции. Считается, что это происходит, если тревога и страх возникают слишком часто и длятся слишком долго, а их интенсивность и степень дезадаптации неадекватны, значительно выше, чем значимость факторов, вызвавших ситуацию. Когда в генезе расстройства адаптации лежит тревога, подразумевают три аспекта психической дезадаптации: собственно психическую, социально-психологическую, психофизиологическую [12]. Тревога, в отличие от страха, может возникать без каких-либо причин и восприниматься как неконтролируемая, неспецифическая, рассеянная и беспредметная, тогда как страх связан с конкретной ситуацией. Диапазон реакций, доступных ребенку, уже, чем на этапе зрелости. Кроме того, на ранних этапах развития ребенка окружает большое количество незнакомых объектов и явлений, способных провоцировать возникновение у него тревоги и страха. Исследователи отмечают, что устойчивость тревожных состояний при отсутствии адекватной терапии и коррекции у детей и подростков осложняется нарушениями психической адаптации в зрелом возрасте [13–15]. Тревожные расстройства у детей и подростков практически редко диагностируются, так как эти состояния имеют различные маски, что затрудняет раннюю диагностику и терапию. Однако психопатологические особенности невротической тревоги у детей в возрастном аспекте, ее взаимосвязь со стрессом и депрессией, клиническая динамика невротического процесса, аффинитет к другим невротическим симптомам недостаточно изучены.

Цель данной работы — исследование клинико-феноменологических и психологических паттернов тревожного расстройства у детей и подростков в возрастном и гендерном аспектах.

Проведено комплексное клинико-психопатологическое и психодиагностическое обследование 103 пациентов (42 мальчика и 61 девочка) в возрасте 7–17 лет с тревожными расстройствами, которые находились на стационарном лечении в отделении психиатрии Института охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины в период 2015–2017 гг. Возрастное распределение таково: дети (7–11 лет), младшие (12–14 лет) и старшие (15–17 лет) подростки.

Психодиагностическое обследование включало методику оценки детской тревожности (МОДТ),

шкалу Спилбергера — Ханина для определения личностной и ситуативной тревоги (СТ), цветовой тест Люшера, социально-психологическое интервьюирование, а также пакет проективных рисуночных методик: «Я в прошлом», «Я в настоящем», «Я в будущем», «Я в этом мире», «Моя семья», «Человек под дождем». Для классификации психосоциальных стрессоров была использована авторская методика «Карта жалоб», включающая определение спектра психогений с дифференциацией стрессоров в зависимости от их длительности и интенсивности; выяснение вектора направленности психосоциального стрессора [16]. Оценка патологической степени страхов проводилась с помощью параметров адекватности (обоснованности), т. е. соответствия их выраженности реальной опасности, интенсивности и контролируемости ребенком, что определяется на основании дезорганизации деятельности и самочувствия охваченного страхом ребенка и его способности преодолеть этот страх.

В ходе исследования были изучены гендерные и возрастные аспекты клинической феноменологии тревожного расстройства у детей. Среди пациентов в возрасте 7–11 лет они достоверно чаще регистрировались у мальчиков, чем у девочек ($p < 0,001$), тогда как у подростков младшего и старшего возраста — у девочек ($p < 0,001$ и $p < 0,001$ соответственно).

Что касается возрастного аспекта, то следует констатировать превалирование тревожного расстройства у подростков — в целом 71,8%. Анализ клинических проявлений тревожных расстройств у детей в возрастном аспекте показал, что для большинства были характерны соматические, эмоциональные, поведенческие симптомы. Обращали на себя внимание факты постоянного беспокойства, эмоциональной напряженности, утомляемости, головной боли напряжения различной локализации и интенсивности, регистрируемые у всех детей, независимо от возраста и пола. При этом постоянное беспокойство и напряженность не соответствовали реальным причинам. Среди других субъективных жалоб — беспокойство, снижение аппетита, плаксивость, ухудшение успеваемости в школе, страхи и соматические признаки. Указаний на тревогу либо другие симптомы тревожного расстройства пациенты и родители не высказывали.

Нами была разработана специальная карта, включавшая перечень жалоб тревожного и депрессивного спектра, которая использовалась при интервьюировании пациентов и их родителей. Перечень охватывал достаточно широкий диапазон жалоб, требующих последующей категориальной психопатологической дифференциации на

симптоматическом, синдромологическом и нозологическом уровнях.

Анализ симптомов позволил рубрифицировать их, выделив основные категориальные блоки. Наиболее частыми жалобами обследованных детей 7–11 лет были: беспокойство (100,0%), раздражительность (100,0%), утомляемость (100,0%), поведенческие нарушения (100,0%), тревожность (100,0%), головная боль (100,0%), снижение концентрации внимания (96,5%), множественные фобии (100,0%), возбудимость (82,6%), гастралгии (82,6%), обсессивные действия в виде онихофагии либо ритуальных обсессивных действий (72,4%), беспокойный сон (72,4%).

У подростков наиболее часто отмечались: раздражительность (100,0%), тревожность (100,0%), утомляемость (100,0%), головная боль (100,0%), потливость (94,6%), возбудимость (93,2%), изолированные фобии (93,2%), общее беспокойство (77,0%), снижение памяти (77,0%), учащенное сердцебиение (75,6%), сниженное настроение (70,2%), трудное засыпание (66,2%).

У детей младшего школьного возраста с тревожными расстройствами достоверно чаще, чем у подростков, наблюдались симптомы множественных фобий (100,0 и 6,6% соответственно, $p < 0,005$), беспокойный сон (72,4 и 52,7%, $p < 0,01$), снижение концентрации внимания (96,5 и 68,9%, $p < 0,01$), снижение памяти (86,2 и 77,0%, $p < 0,01$), боль и дискомфорт в области живота (82,6 и 24,3%, $p < 0,01$), нарушения поведения (100,0 и 59,5%, $p < 0,001$).

Агрессивное поведение регистрировалось более чем в половине случаев как у детей, так и у подростков (58,6 и 64,9% соответственно, $p < 0,05$) с их превалированием у последних. Факт агрессии, по сути, свидетельствует о выраженной напряженности и нарастании тревоги.

Другие симптомы невротического регистра в виде плаксивости (65,5 и 37,3% соответственно), обсессивных действий (онихофагия, яктация, трихотилломания) (72,4 и 22,9%) достоверно чаще ($p < 0,001$ и $p < 0,001$ соответственно) регистрировались в когорте детей 7–11 лет. У подростков достоверно чаще наблюдались симптомы изолированных фобий (93,2 и 0,0% соответственно, $p < 0,001$), пресомнические расстройства (66,2 и 58,6%, $p < 0,05$), снижение работоспособности (93,2 и 65,5%, $p < 0,001$), головокружение (51,3 и 13,7%, $p < 0,001$), диспноэ (36,7 и 27,5%, $p < 0,05$), учащенное сердцебиение (75,6 и 10,3%, $p < 0,001$), сенестопатии (33,8 и 3,4%, $p < 0,001$).

У подростков чаще отмечались симптомы напряжения мышц (дорсалгии, миалгии) (66,2 и 6,9% соответственно, $p < 0,005$). Более чем у половины из них были обнаружены симптомы аффективного

регистра: ухудшение настроения, снижение самооценки, утрата интереса, что также встречалось значительно чаще, чем у детей 7–11 лет. Более чем у трети подростков с тревожными расстройствами регистрировались обсессивные мысли (36,5 и 13,7% соответственно, $p < 0,001$), что свидетельствовало о коморбидности тревоги с обсессивными расстройствами.

Когнитивные нарушения в виде нарушений памяти в клинической картине тревожного расстройства имели достаточно высокий удельный вес как у детей, так и у подростков (77,0 и 86,2% соответственно, $p < 0,05$). Снижение концентрации внимания превалировало у детей (96,5 и 68,9%, соответственно, $p < 0,001$), а нарушение умственной работоспособности — у подростков (93,2 и 65,5%, $p < 0,001$).

Кластеризация симптомов позволила выделить четыре синдромокомплекса: соматический, когнитивный, эмоциональный и поведенческий, имевшие различную констелляцию в зависимости от возраста пациентов, что важно для клинической дифференциации тревожных расстройств у детей в возрастном аспекте.

Соматический кластер включал ощущения удушья или «комка в горле», чувство сдавленности или дискомфорт в груди (сердцебиение или тахикардия), одышку (диспноэ), головокружение, снижение аппетита, трудности с засыпанием и беспокойный сон, головную боль, онемение в разных частях тела (парестезии), абдоминальный дискомфорт (тошнота и неприятные ощущения в животе), дрожь, потливость.

Когнитивный кластер состоял из нарушения темпа умственной работоспособности и когнитивного социального функционирования; неустойчивости и недостаточной концентрации внимания, замедленности переключения, рассеянности. Синдром дефицита внимания у детей с тревожными расстройствами включал такие клинические признаки: гиперкинетические движения конечностей, невозможность сидеть спокойно на месте, легкую отвлекаемость на посторонние стимулы, нетерпеливость, сложности при выполнении предложенных заданий, склонность мешать другим, терять вещи. Мнестические нарушения проявлялись уменьшением объема закрепленного в памяти материала либо нарушениями памяти по неустойчивому типу.

Эмоциональный кластер объединял пониженное настроение с двигательной заторможенностью и замедлением ассоциативного процесса; страх — чувство внутренней напряженности, связанное с ожиданием конкретных угрожающих событий, действий (страх проецировался преимущественно вовне — боязнь животных, учителей, сверстников

и др.). Страхи обнаружены у всех обследуемых пациентов, причем детям были свойственны множественные фобии — 86,0% ($p < 0,001$), а у подростков отмечались местоизолированные фобии (93,2%). Установлено, что для 27 (93,1%) детей был наиболее характерен комбинированный тип фобических образований, а для подростков — доминирующий (29 (39,2%) обследованных). Изолированные фобии регистрировались более чем у половины пациентов подросткового возраста (45 (60,8%) обследованных).

К числу частых эмоциональных паттернов тревожного расстройства относились также беспокойство (чувство напряженного, беспредметного ожидания), обида, утрата чувства радости, удовольствия (агедония) и затруднение либо неспособность описать словами собственные эмоциональные переживания (алекситимия) и агрессия.

Поведенческий кластер предусматривал наличие фобического избегающего поведения.

В проективных рисуночных тестах клинические симптомы страха и тревоги у детей проявлялись плотной штриховкой, затемнением контурных линий (шпы, заслоны, защита сверху), пустыми глазницами в изображениях человеческих лиц. Их агрессивность отражалась в изображениях когтей, оскала зубов, клыков, взъерошенной шерсти и перьев, рогов, острого клюва, демонических образов, свидетельствующих о высокой степени неконтролируемой агрессии и аутоагрессии, виктимизации.

В проективном тесте «Я в прошлом» 53,7% детей с тревожными расстройствами рисовали свои автопортреты с тонкой шеей и мелкими плечами, что отражало их ощущения физической слабости и снижения уверенности в себе. В тесте «Я в настоящем» в 23,4% случаев регистрировался признак «крупное туловище», что указывало на наличие неудовлетворенной потребности. Признак «необычно маленькое туловище» демонстрировали 22,9% больных детей, что указывало на их неудовлетворенность своим реальным физическим состоянием. О страхах и внутреннем напряжении свидетельствовали руки, изображенные слишком близко прижатыми к телу, — в 62,0% случаях. В проективных рисунках нередко прорисовывались растопыренные и примитивно изображенные пальцы (28,7% наблюдений), что отражало регрессивные черты и трудности социальной адаптации. В проективном рисунке семьи у 82,4% детей с тревожными расстройствами было диагностировано нарушение эмоциональных семейных связей.

Выделены графические признаки тревоги у детей: плотная штриховка, изменения силы нажима, профильное изображение фигуры, изображение со спины, обилие стираний, начало рисования

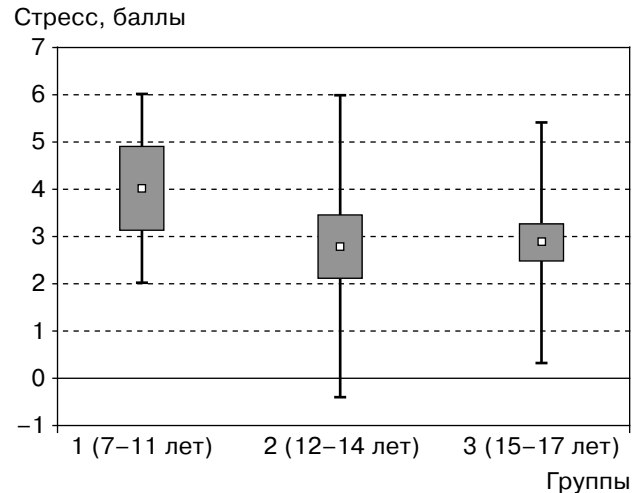


Рис. 1. Параметры показателей стресса по данным теста Люшера в трех возрастных группах пациентов с тревожными расстройствами: □ — среднее, ■ — среднее ± стат. ошибка, I — среднее ± стат. отклонение. То же на рис. 2

фигуры человека с ног. Информативные диагностические маркеры фобий — пустые или зачерненные глазницы, интенсивная штриховка волос. Графические показатели депрессии при тревожном расстройстве — мелкие размеры рисунка, размещение в нижней части листа, слабый нажим, опущенные плечи, человек, промокший под дождем.

Тревожное расстройство у детей достоверно чаще включало проявления соматического и когнитивного кластеров, тогда как для подростков более характерными были эмоциональный и поведенческий.

Данные проективной психодиагностики на основе определения цветовых предпочтений в тесте Люшера позволили охарактеризовать неосознаваемые составляющие стрессового напряжения у обследованных детей и подростков. Средний показатель стресса составлял $3,15 \pm 0,29$ балла, причем $2,65 \pm 0,42$ балла — у мальчиков, $3,37 \pm 0,37$ балла — у девочек.

В возрастном аспекте (рис. 1) показатель стресса по данным теста Люшера достиг $4,0 \pm 0,89$ балла в группе детей 7–11 лет, у пациентов 12–14 лет этот показатель в среднем был несколько ниже — $2,8 \pm 0,67$ балла; у 15–17-летних — $2,9 \pm 0,41$ балла.

СТ, определяемая самооценочной шкалой, отображала актуальный уровень тревожного напряжения ребенка в данный момент. Средний уровень СТ у обследованных пациентов составлял $44,3 \pm 1,28$ балла, что соответствовало средним значениям показателя.

У мальчиков средние значения СТ составляли $38,60 \pm 1,70$ балла, что соответствовало среднему уровню выраженности признака, а у девочек этот показатель был на 8 баллов выше — $46,52 \pm 1,57$

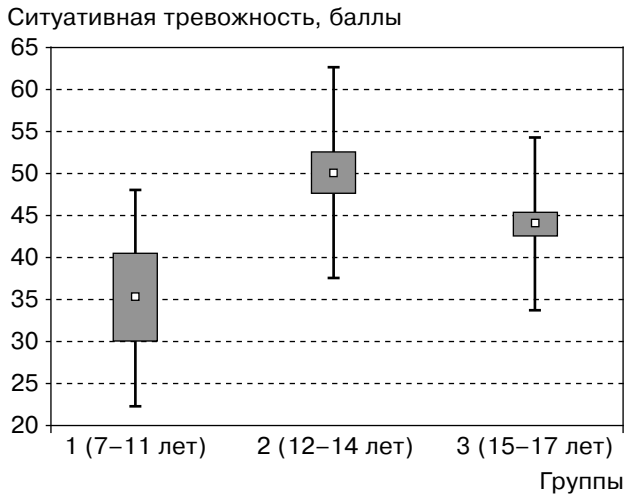


Рис. 2. Параметры показателей уровня ситуативной тревожности в трех возрастных группах детей и подростков с тревожными расстройствами

балла, что отражало высокий уровень ($t = -2,87$; $Pt < 0,01$).

Показатель СТ (рис. 2) в группе детей 7–11 лет составлял $35,3 \pm 5,24$ балла, тогда как у младших подростков 12–14 лет он достигал в среднем $50,1 \pm 2,5$ балла. Высокие показатели СТ оказались и у старших подростков (15–17 лет), составляя в среднем $44,1 \pm 1,51$ балла. Таким образом, показатели СТ достоверно различались во всех трех группах обследованных ($Pt < 0,03$).

Низкие показатели тревожности по данным самооценочных шкал в сочетании с более высокими показателями тревоги и стресса по данным проективного тестирования указывают на снижение уровня самопонимания эмоционального

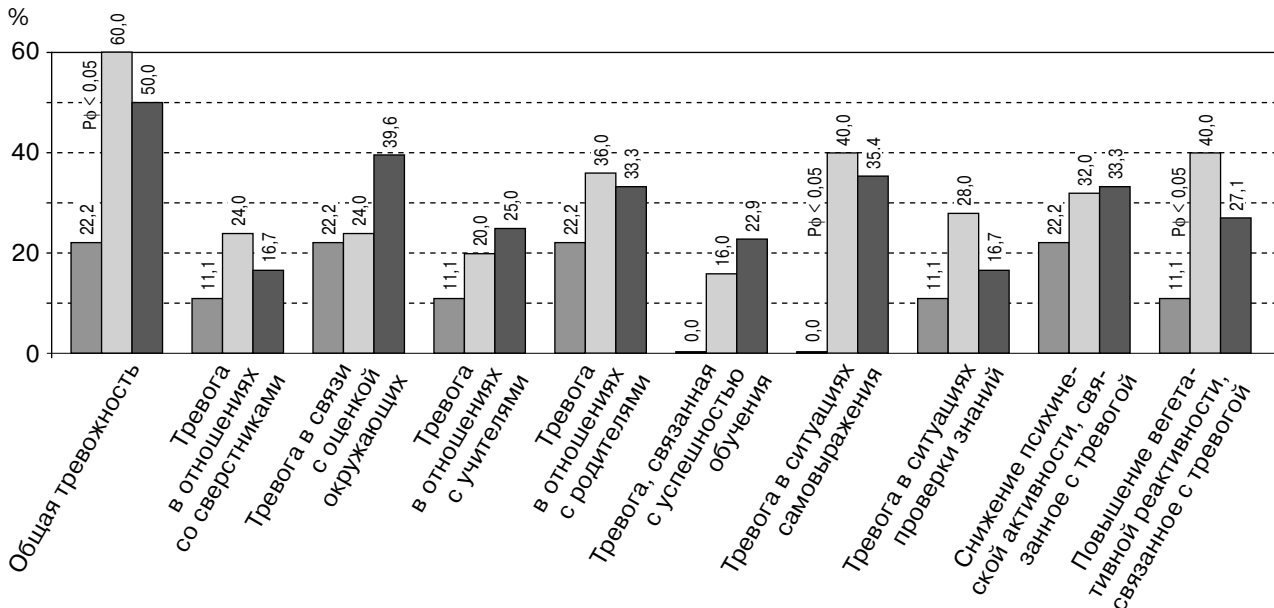


Рис. 3. Частота высоких и очень высоких показателей различных шкал тревожности по данным методики оценки детской тревожности у детей и подростков с тревожными расстройствами в возрастном аспекте: ■ — 7–11 лет; □ — 12–14 лет; ▨ — 15–17 лет

состояния, трудности распознавания тревожности в младшей возрастной группе.

Анализ результатов исследования структуры тревожности у детей и подростков с тревожно-фобическими расстройствами по шкалам МОДТ позволил установить, что высокие и очень высокие показатели отмечались у 73,4% пациентов, в том числе у 53,8% мальчиков и 80,9% девочек ($\phi = 2,65$; $P\phi < 0,01$).

При анализе возрастных особенностей частоты высоких и очень высоких показателей тревожности по шкалам МОДТ (рис. 3) было установлено, что в группе детей 7–11 лет отмечалось преобладание низких и средних значений по всем шкалам, в группе 12–14 лет — высоких и очень высоких значений по шкалам: общей тревожности (60% случаев), тревожности в ситуациях самовыражения (40%), повышения вегетативной реактивности, связанной с тревогой (40%); различия с группой 7–11 лет достоверны ($P\phi < 0,05$). В старшей подростковой группе (15–17 лет) высокие и очень высокие показатели по шкале общей тревожности отмечены в 50% случаев ($P\phi < 0,05$ с группой 7–11 лет). Высокий уровень тревоги в связи с оценкой окружающих регистрировался у 39,6% пациентов старшего подросткового возраста (22,2 и 24,0% в младшей и средней группах соответственно). Достаточно часто фиксировались высокие показатели тревоги в ситуациях самовыражения (35,4%). Выраженная тревожность в отношениях с родителями регистрировалась у трети представителей средней и старшей возрастных групп.

Результаты проведенного исследования позволили сделать такие выводы. Психопатологическая

симптоматика тривожних расстройств у дітей гетерогенна і має вікові відмінності. Встановлено, що тривожне расстройство у дітей достовірно частіше включає клінічні прояви соматичного і когнітивного кластерів, тоді як для підлітків більш характерні емоційний і поведінковий. У дітей тривожні расстройства коморбидні з когнітивними расстройствами (нарушеннями уваги і пам'яті). Недостатність когнітивної бази для формування способів психологічної компенсації у дітей 7–11 років і у молодших підлітків сприяє їх подальшій невротизації. Тривожні расстройства у підлітків коморбидні з афективними і поведінковими порушеннями (уникаюче поведінку).

Визначені гендерні відмінності тривожних расстройств у дітей: у хлопчиків достовірно частіше реєструється тривожно-фобічне расстройство, у дівчаток — тривожно-депресивне. Психодіагностичні оцінки демонструють достовірно більшу вираженість тривожності у дівчаток. Пацієнти 7–11 років виявляють розбіжності самооцінних і проєктивних показників тривожності, що свідчить про труднощі самопізнання у дітей. Виявлені особливості слід враховувати при визначенні тактики терапії тривожних расстройств у дітей і підлітків.

Список літератури

1. *Марута Н. О.* Сучасні проблеми коморбидних расстройств в психіатрії: погляд фахівців / Н. О. Марута // Укр. мед. часопис.— 2013.— № 06 (14).— С. 1–4.— URL: www.umj.com.ua
2. Interrelationships between depression, anxiety and cognitive deficit in primary care patients / A. E. Bobrov, V. N. Krasnov, T. V. Dovzhenko, D. M. Tsarenko // 30th Nordic Congress of Psychiatry Abstract Book.— 2012.— P. 23.
3. *Muris P.* The pathogenesis of childhood anxiety disorders: Consideration from a developmental psychopathology perspective / P. Muris // Int. J. Behav. Devel.— 2006.— № 30 (1).— P. 5–11.
4. Депресія у підлітків (клініко-віковий, нейрокогнітивний, генетичний аспекти) / Е. А. Михайлова, Т. Ю. Проскуріна, Н. В. Багацька [та ін.] // Укр. вісн. психоневрології.— 2015.— Т. 23, № 2 (83).— С. 75–78.
5. *Михайлов Б. В.* Проблема оцінки ефективності і якості надання психотерапевтичної допомоги / Б. В. Михайлов // Укр. вісн. психоневрології.— 2010.— Т. 18, вип. 3 (64).— С. 137–138.
6. *Копейко Г. И.* Смешанные аффективные состояния в юношеском возрасте / Г. И. Копейко // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.— 2011.— № 10.— С. 4–11.
7. *Mykhailova E.* Cognitive and neurophysiological markers of depression in children / E. Mykhailova // Focusing on Access, Quality and Humane Care: 16th World Congress of Psychiatry.— Madrid, 2014.— P. 1074.
8. Clinical, psychological, social and biological risk factors of depression in children / E. Mykhailova, T. Proskurina, T. Matkovska, D. Mitelov // World Psychiatric Association International Congress.— Vienna, 2013.— P. 224.
9. Combined treatment with cognitive-behavioural therapy in adolescent depression: meta-analysis / B. Dubicka, R. Elvins, C. Roberts [et al.] // Br. J. Psychiatr.— 2010.— № 197 (6).— P. 433–440.
10. *Bellantuono C.* Adolescent depression: clinical features and therapeutic strategies / C. Bellantuono // European Review for Medical and Pharmacological Sciences.— 2013.— № 17.— P. 1546–1551.
11. *Венгер А. Л.* Рисунок человека / А. Л. Венгер // Психологические рисуночные тесты: иллюстрированное рук-во.— М.: Владос-пресс, 2004.— С. 16–60.
12. *Березин Ф. Б.* Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф. Б. Березин.— Л.: Наука, 1988.— 270 с.
13. DSM-III-R anxiety disorders in children — sociodemographic and clinical characteristics / C. G. Last, S. Perrin, M. Hersen, A. E. Kazdin // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.— 1992.— № 31 (6).— P. 1070–1076.
14. Comorbidity in youth with specific phobias: Impact of comorbidity on treatment outcome and the impact of treatment on comorbid disorders / T. H. Ollendick, L. G. Ost, L. Reuterskiöld, N. Costa // Behav. Res. Ther.— 2010.— № 48 (9).— P. 827–831.
15. Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for acute anxiety disorders in children and adolescents: study protocol for a network meta-analysis / Yu. Zhang, X. Zhou, A. C. James [et al.] // BMJ Open.— 2015.— № 5 (10).— P. 207–222.
16. Авторське свідчення України № 59503 Технологія виявлення психосоціальних стресорів у дітей із депресією / Е. А. Михайлова, Т. Ю. Проскуріна, Т. М. Матковська, Д. А. Мітельов.— № 59930; заявл. 04.03.2015; опубл. 29.04.2015.

ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ: КЛІНІКО-ФЕНОМЕНОЛОГІЧНІ ТА ПСИХОДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ

Е. А. МИХАЙЛОВА, Т. Ю. ПРОСКУРІНА, О. Е. БЕЛЯЄВА,
Т. М. МАТКОВСЬКА, Д. А. МІТЕЛЬОВ, Н. О. РЯБОКОНЬ

Подано результати комплексного клініко-психологічного обстеження дітей і підлітків із тривожно-фобічними розладами. Досліджено гендерні та вікові особливості їх перебігу. Виділено чотири

кластери тривожних станів: соматичний, когнітивний (більш характерні для дітей), емоційний та поведінковий (більш характерні для підлітків).

Ключові слова: тривожний розлад, карта скарг, графічні маркери, структура тривожності, діти, підлітки.

ANXIETY DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: CLINICAL-PHENOMENOLOGICAL AND PSYCHODIAGNOSTIC PECULIARITIES

E. A. MYKHAILOVA, T. Yu. PROSKURINA, O. E. BIELIAIEVA,
T. M. MATKOVSKA, D. A. MITELOV, N. O. RIABOKON

The results of complex clinical and psychological investigation of children and adolescents with anxiety-phobic disorders are presented. The gender and age characteristics of the course of anxiety-phobic disorder were studied. Four clusters of anxiety states: somatic, cognitive (more typical for children), emotional, and behavioral (more typical for adolescents) were distinguished.

Key words: anxiety disorder, complaints chart, graphic markers, anxiety structure, children, adolescents.

Поступила 20.10.2017