

КОГЕРЕНТНІСТЬ ПЕРЕЖИТОГО НЕГАТИВНОГО СІМЕЙНОГО ДОСВІДУ  
В ДИТИНСТВІ ТА НАВ'ЯЗЛИВИХ СТАНІВ У РАННІЙ ДОРОСЛОСТІ  
COHERENCE OF NEGATIVE FAMILY EXPERIENCES IN CHILDHOOD  
AND OBSESSIVE STATES IN EARLY ADULTHOOD

Стаття присвячена дослідженню когерентності пережитого негативного сімейного досвіду в дитинстві та нав'язливих станів у ранній дорослості. Розглядаються теоретичні розвідки в розрізі вивчення феноменів obsесій та компульсій, визначено основні діагностичні критерії їх прояву. Зазначено, що obsесії та компульсії являють собою повторювальні думки, образи, поведінку, що викликають занепокоєння та виникають як реакція на ситуацію, що є стресовою, неприємною, і людина намагається знизити негативний вплив цієї ситуації за їхній рахунок. Аналіз дотичних до теми досліджень дозволив встановити, що пережитий негативний дитячий досвід щодо взаємодії у системі «батьки–діти» може бути чинником розвитку появи нав'язливих думок, образів та поведінки. Визначено основні форми негативного дитячого досвіду, його наслідки, що вказує на наявний взаємозв'язок між типом дитячо-батьківської взаємодії та появою нав'язливих станів у період дорослості. Визначено, що когерентність являє собою узгодженість певних особливостей у поведінці, значущі взаємозв'язки між окремими психологічними сутностями, бути логічно інтегрованим, послідовним і зрозумілим. Проведений теоретичний аналіз літератури дозволив визначити перелік діагностичного інструментарію для проведення психодіагностичного дослідження визначених метою цієї роботи феноменів. Використання надійного та валідного інструментарію дозволило встановити, що для більшості респондентів характерним є прояв нав'язливих думок, румінацій, мимовільно виникаючих образів та певних поведінкових або ментальних ритуалів у відповідь на obsесії у разі збереження критичного до них ставлення і спроб подолати їх. При цьому визначено, що ці респонденти в дитинстві переживали жорстоке поводження або нехтування з боку батьків, були свідками насильства у сім'ї, частих конфліктів, проявів залежної поведінки членів сім'ї, відчували емоційну холодність тощо. Зазначено, що перспективою подальших досліджень може стати більш ґрунтовне дослідження причини виникнення феноменів нав'язливих станів, а також знаходження ефективних шляхів превенції щодо їх прояву.

**Ключові слова:** нав'язливі стани, obsесії, компульсії, когерентність, рання дорослість, негативний дитячий досвід.

The article is devoted to the study of the coherence of negative family experiences in childhood and obsessive states in early adulthood. Theoretical researches in the context of studying the phenomena of obsessions and compulsions are considered, the main diagnostic criteria for their manifestation are determined. It is noted that obsessions and compulsions are repetitive thoughts, images, behaviours that cause anxiety and arise as a reaction to a situation that is stressful, unpleasant and a person tries to reduce the negative impact of this situation at their expense. The analysis of related studies has revealed that negative childhood experiences in the interaction in the parent-child system can be a factor in the development of obsessive thoughts, images, and behaviour. The main forms of negative childhood experiences and their consequences are identified, which indicates the existing relationship between the type of child-parent interaction and the emergence of obsessive states in adulthood. It is determined that coherence is the alignment of certain features in behaviour, significant relationships between individual psychological entities, being logically integrated, consistent and understandable. The theoretical analysis of the literature made it possible to determine the list of diagnostic tools for conducting a psychodiagnostic study of the phenomena defined by the purpose of this work. The use of reliable and valid tools allowed us to establish that most respondents are characterized by the manifestation of obsessive thoughts, rumination, spontaneously arising images and certain behavioural or mental rituals in response to obsessions, while maintaining a critical attitude towards them and attempts to overcome them. It is determined that these respondents experienced childhood abuse or neglect by their parents, witnessed domestic violence, frequent conflicts, manifestations of addictive behaviour of family members, felt emotional coldness, etc. It is noted that the prospect of further research may be a more thorough study of the causes of the phenomena of obsessive states, as well as finding effective ways to prevent their manifestation.

**Key words:** obsessive states, obsessions, compulsions, coherence, early adulthood, negative childhood experience.

УДК 316.6:159.922.6/7  
DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.53.34>

**Літвінова О.В.**

к.психол.н., доцент,  
завідувачка кафедри психології,  
педагогіки та філософії  
Кременчуцький національний  
університет імені Михайла  
Остроградського

**Клюшніченко О.Д.**

здобувачка другого (магістерського)  
рівня за спеціальністю 053  
«Психологія»  
Кременчуцький національний  
університет імені Михайла  
Остроградського

У сучасному суспільстві все більше уваги привертає дослідження взаємозв'язку між негативним сімейним досвідом дитинства та

його тривалим впливом на психологічне благополуччя людини. Одним із важливих аспектів цього зв'язку, який потребує подальшого

дослідження, є прояв нав'язливих станів у ранньому дорослому віці, які поєднуються з тривогою, депресією, поведінковими проявами (повторюваніми, тривалими спонуканнями або ритуалами). Поява цих симптомів у ранньому дорослому віці може суттєво впливати на особисте та професійне життя людини, що актуалізує проблему вивчення основних факторів, які сприяють їхньому розвитку.

Поширеність таких проявів неухильно зростає протягом останніх років, що може бути пояснено як ситуацією хронічного стресу в умовах війни, так і особливостями раннього дитячого досвіду взаємодії у сім'ї. Розуміння передумов виникнення нав'язливої поведінки є головним для розробки стратегій раннього втручання. Проблема впливу негативного сімейного досвіду в дитинстві на психічне здоров'я дорослих також набуває актуальності особливо з огляду на мінливу динаміку сімейних структур і суспільних норм. Вивчаючи зв'язок між раннім сімейним негативним досвідом і проявом нав'язливих станів, можна більш детально з'ясувати потенційні довгострокові наслідки несприятливого дитячого досвіду та зробити кроки щодо покращення психічного здоров'я особистості.

Мета статті – дослідити когерентність між негативним сімейним досвідом у дитинстві та виникненням нав'язливих станів у ранньому дорослому віці шляхом проведення всебічного огляду наявної літератури та представлення оригінальних результатів дослідження.

Перший клінічний опис обсесії та компульсії зробив у 1614 р. Ф. Платер. Спроба точніше окреслити розглянуті явища була зроблена Б. Морелем у 1866 р., який описав нав'язливі стани під назвою «*delire emotif*», відносячи їх до неврозів. Поступово почали з'являтися описи численних різновидів обсесії та компульсії, що характеризувалися різними термінами: «*idees fixes*» (нерухомі, закріплені ідеї), «*obsessions*» (одержимість), «*impulsions consciences*» (усвідомлювані потяги), «*idees imperatives*» (наказові ідеї) та ін. [12].

У 1877 р. В. Грізінгер та К. Вестфаль приписували прояв нав'язливих думок та дій до неврозу нав'язливих станів. Вони вважали, що в їх основі лежить розлад мислення, але він не впливає на інші аспекти поведінки. Розвиток і перебіг подібних станів іноді супроводжується сильним хвилюванням, особливо в разі безуспішних старань позбутися нав'язливих запитань та сумнівів; інколи ці безперервні думки доводять до знемоги, червоніння, сильного потовиділення. Нерідко такі стани повторюються нападами – пароксизмами, після закінчення яких людина на деякий час звільняється від нав'язливих думок.

Т. Ціген у 1897 р. відзначав, що на пізніших стадіях нав'язливих станів виявляється зни-

ження інтересів, відгородженість від людей, порушення сімейних стосунків, а також уникнення ситуацій, через що є ризик появи фобій.

У середині ХХ ст. для пояснення етіології обсесивно-компульсивних станів стала використовуватися теоретична база біхевіоризму та теорія научіння. Ця концепція роздвинулася появу страху та тривоги дією умовних стимулів: нейтральні стимули поєднуються у свідомості з безумовним стимулом, починаючи самостійно викликати тривогу. У 1939 р. О. Моурер запропонував двоступеневу модель появи страху у разі обсесії та компульсивної поведінки: поява страху пов'язана з класичним зумовленням, а його постійне відтворення – з оперантним зумовленням (негативним підкріпленням) [11]. Теорія оперантного зумовлення постулює, що вироблена нова компульсивна поведінка (ритуали) постійно підтримується завдяки тому, що тимчасово зменшує дистрес, який виникає від нав'язливих думок. Полегшення, що настає слідом за виконанням ритуалу (або іншої нейтралізуючої поведінки), стає підкріплювальним стимулом, тобто реалізація ритуальної поведінки (наприклад, миття рук) тимчасово полегшує стан тривоги, і тому постійно поновлюється у разі зіткнення з умовними подразниками в реальності або в уяві.

Всі люди відчувають небажані повторювані думки, але лише у деяких з них розвиваються обсесії. С. Рахман стверджував, що ця невелика група є вразливою через свої попередні переконання та когнітивні викривлення у зв'язку з певним несприятливим досвідом [13].

За Дж. Абрамовіцем, обсесивно-компульсивні стани зазвичай виникають у підлітковому або ранньому дорослому віці, характеризуються виникненням або нав'язливих ідей, або нав'язливих ритуалів, або, найчастіше, і того, й іншого. Обсесії мають чотири основні ознаки: 1) повторювані та стійкі думки, імпульси або образи, які сприймаються як нав'язливі та викликають сильне занепокоєння; 2) це не просто надмірне занепокоєння з приводу реальних життєвих проблем; 3) людина, яка страждає на обсесії, намагається ігнорувати, пригнічувати або нейтралізувати їх за допомогою інших думок чи дій; 4) людина усвідомлює, що такі думки – це вигадка власного розуму.

Компульсії – це повторювана поведінка (наприклад, повторюване миття рук, накази або перевірки) або розумові дії (наприклад, повторювана молитва, підрахунок або мислення хороших думок, щоб скасувати або замінити погані думки), які людина відчуває, що змушена робити у відповідь на нав'язливу ідею. Примуси спрямовані на запобігання якось жажливої події або зменшення дистресу,

однак вони є надмірними або не мають реального зв'язку з тим, що вони покликані запобігти [4].

О. Бобров та О. Гомозова розглядали обсесивно-компульсивні прояви як групу синдромів, і етіологічно феномен було пояснено низкою емоційних, когнітивних та особистісних розладів, які характеризуються як «німі» психопатологічні прояви [2].

Основні діагностичні критерії обсесій та компульсій визначаються за DSM-5: обсесивні думки являють собою стійкі думки, потяги чи образи, які особа переживає у певний період під час порушення як нав'язливі та небажані та які у більшості осіб викликають помітну тривогу чи дистрес. Особа намагається ігнорувати або придушувати такі думки, потяги чи образи або нейтралізувати їх якоюсь іншою думкою чи дією (а саме виконуючи компульсію).

Компульсивні дії або ритуали являють собою повторювану поведінку або розумові дії, які особа змушена виконувати у відповідь на обсесію або згідно з правилами, яких необхідно неухильно дотримуватися. Поведінка або розумові дії покликані запобігти тривозі чи дистресу або редукувати їх, або ж запобігти якійсь жакливій події чи ситуації; однак така поведінка чи розумові дії не пов'язані реалістично з тим, що вони призначені нейтралізувати чи чомусь запобігти, або є виразно надмірними [1].

Р. Шавітт до проявів обсесій додавала помилкові установки та судження: схильність перебільшувати почуття власної відповідальності за майбутні події та наслідки невдач; перфекціонізм; низьку толерантність до невизначеності; переоцінку важливості думок; переконання у можливості та необхідності постійно контролювати мислення [6].

До поширених типів нав'язливих думок належать: занепокоєння щодо сексуальної орієнтації, страх перед мікробами або забрудненням, побоювання захворіти або померти, страх зробити щось насильницьке, побоювання, що може статися щось погане, тривожні сексуальні думки, позиви або образи, думки релігійного характеру. До поширених компульсій належать: надмірне миття або прибирання, постійне приведення речей у певний порядок, нав'язливий підрахунок, постійна перевірка (наприклад, чи замкнені двері або вимкнена плита), робити щось знову і знову, поки не стане «як треба», постійно шукати заспокоєння від інших, надмірна молитва [10].

Загальнонауковий рівень аналізу нав'язливих станів характеризує дуальність сприйняття обсесій та компульсій, які в різних контекстах трактуються як норма або патологія. З цього погляду симптоматика у деяких випадках є лише проявом втоми, стресів середньої тяжкості, дитячих травм. З іншого боку, виникає

питання, які чинники переформатовують адекватні відповіді ЦНС у патологічні зрушення, які охоплюють увесь організм [2].

Виділяють декілька основних чинників прояву обсесивно-компульсивних станів. У досліджуваних з подібними симптомами частіше трапляються члени сім'ї, які проявляють таку ж поведінку [7]. Близнюкові дослідження дорослих свідчать про те, що обсесивно-компульсивні симптоми є помірно спадковими, з генетичними факторами, що становлять 27–47% дисперсії в балах. Решта 53–73% дисперсії пояснюється факторами навколишнього середовища [14].

Сімейні фактори є основним негенетичним фактором. Рання взаємодія батьків з дитиною може призвести до психотравмуючих ситуацій та суттєво вплинути на схильність до нав'язливих станів та поведінки. До них належить наявність подібної поведінки у батьків, втрата батьків, неблагополучна сімейна обстановка, стресові й травмуючі ситуації у житті дитини, негативний вплив мікро- та макросоціуму, суворий стиль виховання та надмірний контроль, сімейна дисфункція, завищені, нездійсненні вимоги та правила до дитини [7].

Особливу увагу в цих факторах приділяють негативному дитячому досвіду, пов'язаному із сімейною системою. Несприятливий дитячий досвід (далі – НДД) – це травматичні події, які трапляються від народження до 17 років. Цей негативний досвід впливає на мозок і здоров'я дитини, коли вона стає дорослою. Подія або переживання, які викликають тривалий (хронічний) стрес або екстремальний стрес (токсичний стрес), є травматичною подією. Різні типи травматичних подій, які відносять до негативного дитячого досвіду, включають у себе: знущання над дитиною, втрату члена сім'ї, розлучення батьків або тривалі конфліктні ситуації, наявність в одного з батьків психічного розладу, насильство (фізичне, сексуальне та/або емоційне), нехтування (фізичне та емоційне), наявність члена родини, який перебуває у в'язниці, наявність у сім'ї значущих дорослих, які мають проблеми із вживанням алкоголю або наркотиків тощо. Несприятливий досвід дитинства є поширеним явищем. Дослідження, проведене серед дорослих у США, показало, що від 60% до 80% мали, принаймні, один тип несприятливого досвіду в дитинстві. З тієї ж тестової групи один з шести сказав, що у віці від 1 до 17 років пережив чотири або більше несприятливих подій у дитинстві [5]. Негативний дитячий досвід пов'язаний з важкими клінічними симптомами – ознаками психозу, підвищеним рівнем суїцидальності, вживанням психоактивних речовин, перцептивними порушеннями сприйняття та афективними симптомами, зниженням нервово-психічної

працездатності, хронічним безсонням, obsесивними та компульсивними порушеннями [3; 11; 16].

НДД може не лише спричиняти виникнення obsесивно-компульсивного розладу або нав'язливих станів, але й впливати на збільшення інтенсивності та частоту виникнення obsесій чи компульсій, а також зміни в змісті нав'язливостей. Зокрема, на розвиток цих проявів впливає пережите емоційне насильство та нехтування в дитинстві [8; 15]. Результати китайських дослідників також свідчать про зв'язок негативного дитячого досвіду, зокрема емоційного нехтування, з п'ятьма психічними розладами: зловживанням психоактивними речовинами, шизофренією, депресією, біполярним розладом та obsесивно-компульсивним розладом [17].

Проведений теоретичний аналіз зазначеної проблеми дозволив визначити методики для з'ясування когерентності пережитого негативного сімейного досвіду в дитинстві та нав'язливих станів у ранній дорослості: «Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale», «Obsessive-Compulsive Inventory (OCI)», «Adverse Childhood Experience Questionnaire for Adults», «Child Trauma Questionnaire (CTQ)». Емпіричне дослідження проводилось онлайн шляхом анкетування за згодою респондентів за допомогою Google Form; загалом 30 досліджуваних віком від 20 до 31 року. Усі респонденти володіють англійською мовою, тому питання методик були надані в оригінальній версії. Також жоден з респондентів не має психічного діагнозу, зокрема діагнозу «obsесивно-компульсивний розлад».

За методикою «Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale» було встановлено, що у 17% досліджуваних obsесивно-фобічні прояви не спостерігаються; 27% респондентів проявляють obsесивні та компульсивні порушення на слабкому рівні, а для 43% респондентів показники перебувають на середньому рівні; 13% респондентів показали наявність високого рівня таких проявів. Отже, було встановлено, що 83% опитуваних на різних рівнях вираженості стикаються з проявами та порушеннями obsесивності й компульсивності у формі нав'язливих думок, румінацій, мимовільно виникаючих образів та певних поведінкових або ментальних ритуалів у відповідь на obsесії у разі збереження критичного до них ставлення і спроб подолати їх. Такі прояви можуть бути як наслідками стресових травматичних подій у житті людини, так і симптомами погіршення психічного здоров'я.

За результатами тесту «Obsessive-Compulsive Inventory (OCI)» було встановлено, що у 57% респондентів прояв obsесивно-компульсивних розладів перебуває на низькому рівні або не яскраво виражений; 43% мають

високий рівень прояву, що вказує на ймовірну наявність obsесивно-компульсивного розладу, але не є діагностичним показником задля встановлення діагнозу. У респондентів, які отримали високі показники, проявлені були підшкали «Перевірка», «Сумніви», «Obsесії» та «Психічна нейтралізація».

Отримані результати за методикою «Adverse Childhood Experience Questionnaire for Adults» засвідчують, що негативний дитячий досвід не був характерним для 57% респондентів; у 43% спостерігається значний негативний дитячий досвід, який суттєво вплинув на їхнє психологічне здоров'я. Серед респондентів були відзначені такі його прояви, як: переживання жорстокого поводження або нехтування, свідок насильства у сім'ї, прояв залежної поведінки членів сім'ї, проблеми з психічним здоров'ям, нестабільність через розлучення батьків, емоційне та фізичне насильство.

Результати за методикою «Child Trauma Questionnaire (CTQ)» розподілилися таким чином: на відсутність емоційного насильства в дитинстві вказали 33% респондентів, низький рівень характерний для 23%. Високий рівень мають 44% досліджуваних, що говорить про те, що у період до 18 років вони стикалися з образами, приниженнями чи лайкою на свою адресу з боку батьків або інших дорослих у родині. Фізичне насильство не спостерігалось у 47% респондентів, а на низькому рівні було присутнє у 17%. На середньому рівні фізичне насильство виявлялося у 13% досліджуваних, а на високому – у 23%. Результати свідчать, що більшість опитуваних так чи інакше стикалася з цим проявом аб'юзу в дитинстві, що включає у себе будь-яку навмисну дію батьків або членів родини, що спричиняє шкоду або травму дитині шляхом нанесення тілесних ушкоджень. Із сексуальним насильством не стикалися 70% респондентів. 30% респондентів зазнали такої форми аб'юзу. Ці досліджувані зазнали такої форми насильства, за якої дорослий або старший член родини використовує дитину для сексуальної стимуляції або задоволення. Емоційна занедбаність була відсутня у 40% респондентів, 37% опитуваних стикнулися з цим на низькому рівні, 3% – на середньому, у 20% респондентів прояв емоційної занедбаності у сім'ї спостерігається на високому рівні. Емоційна занедбаність свідчить про незадоволення потреби дитини в любові, прийнятті, уважності до емоційного стану. Фізична занедбаність не була проявлена у сім'ях 57% респондентів, у 23% опитуваних це було на низькому рівні, у 3% – на середньому та у 17% – на високому рівні. Фізична занедбаність – стан, коли батьки або піклувальники не надають дитині базового догляду, необхідного для її виживання та розвитку. Це включає задоволення основних

фізичних потреб, таких як їжа, одяг, житло та доступ до медичної та стоматологічної допомоги. Незадоволення базових потреб може становити загрозу здоров'ю та безпеці дитини і відображається на подальшому психічному та фізичному здоров'ю людини.

Результати дослідження демонструють, що ті респонденти, які відзначали наявність пережитого негативного дитячого досвіду (емоційне, фізичне, сексуальне насильство та емоційну та фізичну занедбаність), мали високий прояв нав'язливих станів. Опитувані відзначали сильний вплив травматичних дитячих подій на їхнє здоров'я. Ці респонденти отримали високі показники обсессивно-компульсивних проявів, особливо проявляються обсеції та сумніви стосовно власних цінностей, дій, думок, поведінки, що викликає певну напругу, тривогу і стрес, у відповідь на які респонденти вдаються до перевірок та ментальних ритуалів, покликаних «нейтралізувати» нав'язливі думки. В ході дослідження також було виявлено, що найбільш часто трапляються як у минулому, так у теперішньому агресивні, сексуальні, різноманітні обсеції по типу ментальних образів, звуків, потреби пам'ятати особливі речі тощо. Серед компульсій у минулому і теперішньому найбільше балів отримали компульсії перевірки та різноманітні компульсії, такі як потреба у ментальних ритуалах, торкання конкретних речей, нав'язлива потреба говорити та зізнаватися у чомусь, ритуалізована харчова поведінка тощо.

Отже, результати дослідження показали, що є переконливий зв'язок між негативним дитячим досвідом і виникненням нав'язливих станів у ранньому дорослому віці. Це підкреслює необхідність розпізнавання, подолання та запобігання несприятливому дитячому досвіду та важливість втручань, які враховують наслідки, в тому числі й обсессивно-фобічні порушення, з якими стикаються люди, що пережили несприятливі події в дитинстві. Перспективними напрямками подальших досліджень є поглиблене з'ясування інших причин виникнення нав'язливих станів у ранній дорослості, знаходження кореляційних зв'язків між даними діагностичного обстеження, а також знаходження ефективних шляхів превенції щодо прояву таких станів.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Довідник діагностичних критеріїв DSM-5 від Американської психіатричної асоціації / пер. з англ. О. Лисак, М. Прокопович; за наук. ред. В. Горбунової, Л. Засекіної, О. Плевачук. Львів : Галицька Видавнича Спілка, 2023. С. 157–159.
2. Лямець А.М. Класифікації обсессивно-компульсивного розладу у XXI ст. *Психологічний часопис*, 2019. № 1 (21). С. 215–232.

3. Aas M., Andreassen O., Aminoff S. A history of childhood trauma is associated with slower improvement rates: findings from a one-year follow-up study of patients with a first-episode psychosis. *BMC Psychiatry*, 2016. No. 16. P. 1–8.

4. Abramowitz J., Khandker M., Nelson C., Deacon B., Rygwall R. The role of cognitive factors in the pathogenesis of obsessions and compulsions: a prospective study. *Behav Res Ther*, 2006. No. 44. P. 1361–1374.

5. ACEs Aware. Adverse Childhood Experiences (ACEs). URL: <https://www.acesaware.org/ace-fundamentals/> (дата звернення: 04.04.2023).

6. Clark D. *Intrusive Thoughts in Clinical Disorders: Theory, Research, and Treatment*. New York and London : Guilford Press, 2005. 255 p.

7. Hanna G., Himle J., Curtis G., et al. A family study of obsessive-compulsive disorder with pediatric probands. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Gen*, 2005. No. 134 (1). P. 13–19.

8. Hettema J., Neale M., Kendler K. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 2001. No. 158. P. 1568–1578.

9. Huh H., Kim K., Lee H. The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: the mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *J Affect Disord*, 2017. No. 213. P. 44–50.

10. Huppert, J., Moser, J., Gershuny, B., Riggs, D., Spokas M., Filip J., Foa E. The relationship between obsessive-compulsive and posttraumatic stress symptoms in clinical and non-clinical samples. *The Journal of Anxiety Disorders*, 2005. No. 19. P. 127–136.

11. Laskemoen J., Aas M., Vaskinn A. Sleep disturbance mediates the link between childhood trauma and clinical outcome in severe mental disorders. *Psychol Med*, 2021. No. 51. P. 1–10.

12. Mowrer O. A stimulus-response theory of anxiety. *Psychol. Rev*, 1939. No. 46. P. 553–566.

13. Rachman S. A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 1998. Vol. 36, I. 4. P. 385–401.

14. Rosario-Campos M., Leckman J., Curi M., et al. A family study of early-onset obsessive-compulsive disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*, 2005. No. 136. P. 92–97.

15. Semiz U., Inanc L., Bezgin C. Are trauma and dissociation related to treatment resistance in patients with obsessive-compulsive disorder? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2014. No. 49. P. 1287–1296.

16. Tomassi S., Tosato S., Mondelli V. Influence of childhood trauma on diagnosis and substance use in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry*? 2017. No. 211. P. 151–156.

17. Wenjie G., Qing Z., Chengmei Y., Zhenghui Y., Min Z., Zhen W. Impact of adverse childhood experiences on the symptom severity of different mental disorders: cross-diagnostic study. *General Psychiatry*, 2022. No. 35 (2). P. 1–10.