

Список літератури

1. Петраков Б. Д., Цыганков Б. Д. Эпидемиология психических расстройств. — М., 1996. — 133 с.
 2. Das neue Handbuch der Bipolaren und Depressiven Erkrankungen / Marneros A. — Stuttgart — New York: Georg Thieme Verlag, 2004. — 781 s.
 3. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. 2001. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда — ВОЗ: Изд-во «Весь мир», 2001. — 217 с.

4. Ротштейн В. Г., Богдан М. Н., Долгов С. А. Эпидемиология депрессий. Депрессии и коморбидные расстройства / Под ред. А. Б. Смулевича. — М., 1997. — С. 138—164.
 5. Murphy J., Laird N., Monson R., et al. A 40-Year perspective on the prevalence of depression: the stirling count study // Arch. Gen. Psychiatry. — 2000; 57: 209—215.
 6. Танселла М., Джироламо Д., Сарториус Н. Аннотированная библиография психиатрической эпидемиологии. — К.: Сфера, 1998. — 240 с.

Надійшла до редакції 19.02.2009 р.

*В. С. Подкорытов, О. И. Серикова,
 Л. И. Дьяченко, С. А. Сазонов, О. В. Скрынник*

**Факторы, в наибольшей степени влияющие на показатели
 учтенной заболеваемости и распространенности
 психических расстройств среди населения Украины
 (Первое сообщение)**

*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
 АМН Украины» (г. Харьков)*

Посредством клинко-статистического метода и методов математической статистики были проанализированы особенности структуры, организации и форм предоставления психиатрической помощи населению. Также была исследована связь между динамикой учтенной заболеваемости и распространенности основных форм психических расстройств за последние 35 лет в различных областях Украины с изменениями организационно-методических подходов и условий предоставления психиатрической помощи населению.

*V. S. Pidkorytov, O. I. Serikova,
 L. I. Dyachenko, S. O. Sazonov, O. V. Skrynnyk*

**Factors, in most degree affecting registered disease
 incidence and mental disorders' prevalence
 among the population of Ukraine
 (The first report)**

*State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology
 of the AMS of Ukraine"
 (Kharkiv)*

Peculiarities of structure, organization and forms of mental care in Ukraine with a help of the clinical-statistical method and methods of mathematical statistics were analysed. Also there were studied the relations between changes in registered disease incidence and mental disorders' prevalence for the last 35 years in the different regions of Ukraine with the changes of organizational-methodical approaches and mental care's management in Ukrainian population.

УДК:616.89-008.441.33-053.5:159.92

В. И. Пономарев

Харьковский национальный медицинский университет (г. Харьков)

**АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ,
 ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИХ К РАЗВИТИЮ И УСУГУБЛЯЮЩИХ ТЕЧЕНИЕ
 ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТОКСИКОМАНИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

В настоящее время проблема распространенности употребления и злоупотребления различными психоактивных веществ (ПАВ) среди современной молодежи является весьма актуальной. Ведь первые пробы ПАВ отмечаются уже в 5—6 летнем возрасте. Особенно беспокоит проблема зависимости вследствие злоупотребления летучими органическими соединениями (ЛОС), тем более, что данная форма зависимости является в основном прерогативой детско-подросткового возраста и несет в себе необратимые изменения (органическое поражение головного мозга, деградацию личности, необратимые патохарактерологические, поведенческие расстройства и т. д.), что особенно актуально для незрелого детского организма. По многочисленным данным 40 % правонарушителей (детей и подростков с зависимостью от различных ПАВ, в том числе и от ЛОС) обучаются во вспомогательной школе, 67 % злоупотребляют алкоголем, 71 % бродяжничают, у 33 % отмечают сексуальные перверсии [1—5].

Не вызывает сомнений тот факт, что любое поведение, характеризующееся признаками зависимости, имеет не внешнее, а внутреннее происхождение. Индивид становится зависимым от чего-либо или кого-либо не в силу давления или принуждения извне, а благодаря готовности подчиняться. Справедливости ради следует признать, что внешние факторы играют определенную роль в формировании зависимого поведения. Но они являются условиями, а не причинами становления

зависимостей. Формирование любой зависимости базируется на индивидуально-личностных качествах человека. То есть можно с высокой вероятностью предполагать, что зависимая личность, сформированная в процессе социализации, сама, даже без внешнего инициирования способна легко найти себе в окружающем мире «подходящий» объект или субъект зависимости. Ведь соблазнить можно только того, в ком уже созрело искушение. Соблазном обозначается нечто влекущее. А, как известно, влечение — это внутреннее состояние, заставляющее действовать определенным предвзятым образом. Подавляющее большинство изучающих различные формы зависимого поведения сходятся во мнении о том, что в основе подобного поведения лежат доболезненные (предпатологические) личностные особенности, в силу которых у индивида и сформировалась зависимость. Однако список значимых личностных особенностей настолько широк (а иногда и противоречив), что затруднительно выделить существенных характеристик индивида, склонного к зависимому поведению.

Знание психологических особенностей личностей, склонных к употреблению и злоупотреблению ПАВ, позволяет выстраивать адекватные и эффективные мероприятия по профилактике, коррекции и психотерапии зависимостей [6—9].

Целью данного исследования явилось выявление и изучение путем анализа личностных профилей детей и подростков с зависимостью от ЛОС «уязвимых

звеньев» с учетом имеющихся у них типов акцентуации, а также описание ведущих личностных черт, которые могут явиться предрасполагающими к развитию зависимости от ЛОС и усугубляющими ее течение.

Было обследовано 155 детей и подростков в возрасте от 6 до 16 лет, находившихся в Харьковском областном приюте для несовершеннолетних (с 2008 года Харьковский областной приют для детей), а также на обследовании и лечении в 9-м, 22-м детских и 24-м подростковом отделениях Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 по поводу ингаляционной токсикомании ЛОС. У всех больных диагностирован синдром зависимости — F 18.2 по МКБ-10.

В ходе работы нами выделены 3 группы обследуемых, которые на момент манифестных проб ЛОС имели клинически диагностированный преморбид и были условно обозначены как: 1 группа — «психически здоровые» — 35 человек; 2 группа — «интеллектуальные расстройства» — 47 человек; 3 группа — «поведенческие девиации» — 73 человека.

В работе для достижения цели исследования у детей и подростков с ингаляционной токсикоманией вследствие злоупотребления ЛОС нами были изучены особенности личности, касающиеся самых различных сторон их жизни: взаимоотношений со сверстниками, отношений в семье, поведения в школе, на улице, социальных установок, а также самооценки. Исследование было проведено с помощью опросника Р. Кеттелла для детей и подростков [10, 11].

Анализ результатов исследования позволил выявить характерные для детей и подростков устойчивые личностные факторы с учетом имеющихся у них типов акцентуаций. Мы попытались выявить комбинации относительно независимых свойств для каждого типа акцентуаций, которые могли оказаться «проблемными зонами» или «уязвимыми звеньями» для повышения

риска попадания детей и подростков в асоциальные компании и употребления ПАВ, в том числе и ЛОС.

Данные тестового обследования детей и подростков с неустойчивым типом акцентуаций выявили статистически значимое ($p < 0,05$) повышение показателей по факторам А, Е, D, F, H, Q₄ и значительное снижение ($p > 0,05$) по факторам I, G, Q₃, а также некоторое снижение ($p > 0,05$) по фактору В (см. таблицу).

Результаты обследования этих детей и подростков свидетельствуют о том, что они отличаются доминированием (Е+), повышенной возбудимостью (D+), переоценкой своих возможностей (F+), повышенной общительностью (А+), решительностью, авантюризмом (H+), фрустрированностью (Q₄-), низкой самокритичностью (Q₃-), преобладанием конкретных форм мышления (В-), самоуверенностью (I-), независимостью, безответственностью (G-).

Анализ исследованных показателей выявил, что для неустойчивых детей и подростков были характерны общительность, легкость в социальном приспособлении (А+). Их отличительной особенностью было существенное повышение ($p < 0,05$) показателя по фактору Е, что свидетельствовало о властности, самоуверенности, упрямстве, агрессивности, склонности к самоутверждению, противопоставлению себя как детям, так и взрослым. Эти дети и подростки конфликтны, агрессивны, в возникновении конфликтов всегда обвиняли других, и вели себя всегда авторитарно. При этом в их поведении прослеживались переоценка своих возможностей, беспечность, пренебрежение опасностью, склонность к риску (F+), а также выраженная импульсивность, повышение возбудимости, самонадеянность (D+). Они отличались самоуверенностью, черствостью в отношении, ожиданием малого от жизни, циничностью (I-), а также недисциплинированностью, отсутствием контроля над своим поведением, они не обеспокоены выполнением социальных норм и требований (Q₃-).

Средние значения личностных факторов обследованных детей и подростков в зависимости от типа акцентуации характера

Тип акцентуации (n = 155)	Средние значения факторов	Факторы (данные в стенах)											
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	O	Q ₃	Q ₄
Неустойчивый (n = 37)	X	8,1*	3,8	5,6	7,8*	8,9*	9,2*	2,4*	8,5*	2,2*	6,8	3,4*	8,7*
	S	1,9	1,3	1,5	1,8	2,1	2,3	1,3	1,7	1,4	1,6	1,3	1,8
Эпилептоидный (n = 30)	X	7,9*	5,4	4,6	8,3*	8,5*	5,9	2,5*	8,1*	1,8*	6,5	3,4*	9,2*
	S	1,2	1,8	2,1	1,3	1,5	1,1	1,6	1,4	1,2	1,7	1,9	1,1
Конформный (n = 29)	X	4,5	3,9	3,2*	5,2	2,2*	5,9	1,8*	3,5*	8,8*	6,3	2,7*	6,9
	S	1,2	1,4	1,1	2,1	1,8	1,1	1,3	1,5	1,4	1,7	1,1	1,8
Гипертимный (n = 28)	X	8,3*	8,6*	4,6	6,1	5,5	8,1*	2,3*	8,4*	6,0	3,5*	2,8*	5,9
	S	1,2	1,6	1,4	1,9	1,7	1,3	1,1	1,6	1,8	1,5	1,3	1,1
Лабильный (n = 13)	X	6,4	2,1*	3,4*	5,7	3,7*	6,1	5,8	5,2	8,3*	7,7*	3,2*	8,9*
	S	1,4	1,3	2,1	1,7	1,3	1,5	1,1	1,9	1,1	1,7	1,3	1,6
Истероидный (n = 8)	X	5,5	6,2	3,2*	7,9*	4,8	4,3	2,9*	6,5	8,3*	8,6*	2,1*	8,4*
	S	1,4	1,7	1,1	1,5	1,3	1,3	1,4	1,1	1,8	1,3	1,4	1,9
Шизоидный (n = 7)	X	3,1*	8,4*	6,2	5,5	4,8	2,7*	2,3*	1,9*	3,4*	4,4	3,1*	2,5*
	S	1,2	1,6	1,1	1,7	1,4	1,3	2,1	1,8	2,3	1,2	1,4	1,7
Сенситивный (n = 3)	X	3,3*	2,1*	1,7*	8,5*	2,3*	6,4	3,3*	3,5*	6,3	7,3*	2,1*	7,2
	S	1,2	1,3	1,1	1,8	1,3	1,5	1,4	1,4	1,5	1,7	1,8	1,6

Примечания: X — средняя арифметическая, S — ошибка средней. Значком * обозначены достоверные различия с нормативными показателями, равными 4—7 стенов.

Выраженные отклонения от нормативных показателей ($p < 0,05$) у детей и подростков с неустойчивым типом по фактору G свидетельствуют о неорганизованности, безответственности, несоблюдении норм и правил поведения, игнорировании обязанностей, потворстве своим желаниям, а свобода от влияния взрослых часто приводила к асоциальному поведению. Тестовое обследование показало у них снижение по сравнению с нормой значения фактора В (интеллект). Низкая степень сформированности интеллектуальных функций, недостаточный объем знаний, трудности в усвоении новых знаний, примитивность подхода к решению своих проблем у этих пациентов чаще всего были связаны с социально-педагогической запущенностью и отсутствием нормальных отношений с родителями.

Вместе с тем у неустойчивых детей и подростков наблюдалась предприимчивость, социальная смелость, склонность к авантюрам, к риску, расторможенность, они не реагируют на знаки опасности в социальных ситуациях (Н+), в их поведении преобладают нервное напряжение, взвинченность, избыток побуждений, напряженность и фрустрированность (Q_4+). Им свойственно активное неудовлетворение стремлений.

Выявленные у этих детей и подростков личностные черты, такие как импульсивность, фрустрированность, расторможенность, неорганизованность, повышенная возбудимость, агрессивность, недостаточность интеллектуального развития приводили к плохой успеваемости в школе, что создавало предпосылки для возникновения психической напряженности в школе и способствовало деформации личностной сферы этих детей и подростков, которая проявлялась в усугублении агрессивных черт, чрезмерной аффективности, озлобленности, и в итоге — возникновению конфликтов в школе и в семье. Таким образом, «уязвимым звеном» неустойчивых детей и подростков оказались такие черты как возбудимость, агрессивность, расторможенность.

Результаты исследования детей и подростков с эпилептоидным типом акцентуации свидетельствуют о достоверном ($p < 0,05$) повышении показателей по факторам А, D, E, H, Q_4 и снижении по факторам G, I, Q_3 . Характерными личностными проявлениями пациентов с данным типом акцентуации были повышенная общительность (А+), возбудимость (D+), напористость (E+), склонность к риску (H+), фрустрированность (Q_4+), недобросовестность (G-), неорганизованность (Q_3-), самоуверенность и жестокость (I-).

Эти дети и подростки проявляют непринужденность в общении, естественность в поведении, охотно общаются с людьми (А+), не боятся критики, легко откликаются на любые события (H+). Они отличаются независимостью в суждениях и поведении, считают только свое мнение правильным, стремятся властвовать и не признают власти и давления со стороны, противопоставляют себя другим детям и подросткам, поэтому часто попадают в конфликтные ситуации, упрямы и агрессивны, часто ведут себя враждебно (E+). При этом им свойственно резкое повышение возбудимости, выраженная импульсивность и сверхреактивность на слабые провоцирующие факторы, в поведении преобладают нервное напряжение, фрустрированность (Q_4+), а также чрезвычайная самонадеянность (D+), отсутствие контроля над своим поведением в отношении социальных нормативов (Q_3-). В отношениях с людьми проявляют черствость и даже жестокость (I-). Им была характерна

неорганизованность, безответственность, когда свобода от влияния взрослых приводила часто к асоциальному поведению (G-).

Нарушения личностной сферы проявлялось у них в повышенной возбудимости, а протестные реакции — в чрезмерной аффективности, агрессии, озлобленности.

Таким образом, «уязвимым звеном» пациентов с эпилептоидным типом акцентуации, определяющим специфичность и выраженность их проблемных поведенческих реакций, являются факторы D, E, I, G, Q_3 , Q_4 .

Анализ показателей личностных характеристик детей и подростков с конформным типом акцентуации позволил установить ($p < 0,05$) повышение у них показателей по фактору I, а также снижение показателей по факторам C, E, G, H и Q_3 и тенденцию к снижению ($p > 0,05$) по фактору В. Пациенты с этим типом акцентуации отличались зависимостью (I+), покорностью (H-), недостатком понимания социальных нормативов (Q_3-), безответственностью (G-), подчиняемостью (E-), неуверенностью (C-).

Характерными личностными особенностями конформных детей и подростков являются зависимость и мягкость, они испытывают постоянную потребность в поддержке, очень подвержены влиянию среды (I+). Им свойственны застенчивость, пассивность вплоть до покорности, неуверенность в своих силах (H-). В их поведении проявляются осторожность, уступчивость, зависимость от окружающих, они с легкостью подчиняются сверстникам (E-). Пациенты с таким типом акцентуаций отличались неуверенностью в себе, ранимостью и плохим контролем над своими эмоциями, обнаруживали неустойчивость настроения и испытывали трудности в приспособлении к новым условиям (C-). Они не умели контролировать свое поведение и себя организовать (Q_3-). Выявленные низкие показатели по фактору G отражают такие качества как несобранность, пренебрежение своими обязанностями, безответственность, беспринципность, непостоянство и отсутствие стойкой мотивации и установки по отношению к социальным нормам.

Таким образом, «уязвимым звеном» конформных детей и подростков явилась зависимость, неуверенность в своих силах, безропотное подчинение. Психотравмирующей для них была ситуация, связанная с трудностями во взаимоотношениях со сверстниками или неприятием группой.

Результаты исследования детей и подростков с гипертимным типом акцентуации свидетельствуют о достоверном повышении ($p < 0,05$) показателей по факторам А, В, F, H и достоверном снижении ($p < 0,05$) показателей по факторам G, O и Q_3 . Характерными личностными проявлениями у этих пациентов были повышенная общительность (А+), высокая степень сформированности интеллектуальных функций (В+), жизнерадостность и импульсивность (F+). Чрезвычайная активность этих детей и подростков сочеталась с авантюризмом и склонностью к риску (H+), безответственным и недобросовестным поведением (G-), а также самоуверенностью и беспечностью (O-), недисциплинированностью (Q_3-).

Гипертимные дети и подростки отличались уверенностью в себе, социальной смелостью, склонностью к риску, отсутствием тревожности, что позволяло им эффективно взаимодействовать с окружающими (H+). Они доминировали среди сверстников и отличались независимостью, были легки в общении (А+). При этом

характерный для них чрезмерный оптимизм (O-), переоценка собственных возможностей (F+), а также низкий самоконтроль, недисциплинированность (Q₃-) и пренебрежение своими обязанностями (G-) обуславливали возникновение школьных трудностей, способом реагирования на которые служил активный протест против общепринятых правил и норм поведения. В случаях, если к этому добавлялись трудности в освоении учебного материала из-за прогулов и употребления наркотических средств, то нарушения адаптации становились неизбежными: снижалась школьная успеваемость и ухудшались взаимоотношения, как с учителями, так и с родителями. Длительное пребывание детей и подростков в подобной ситуации приводило как к изменениям эмоционального состояния, так и способствовало усугублению асоциального поведения.

Таким образом, результаты проведенного анализа личностных профилей пациентов с гипертимной акцентуацией свидетельствуют, что «уязвимым звеном», запускающим механизмы асоциального поведения и наркотической зависимости, у них являются высокая склонность к риску (H+), импульсивность (F+), пренебрежение социальными нормами (G-), самоуверенность и беспечность (O-), низкий самоконтроль и недисциплинированность (Q₃-).

При анализе результатов обследования детей и подростков с лабильным типом акцентуации выявлено статистически значимое ($p < 0,05$) повышение показателей по факторам I, O, Q₄ и снижение — по факторам B, C, E, Q₃. Для лабильных пациентов были характерны выраженная фрустрированность (Q₄+), крайняя изменчивость настроения (O+), повышенная чувствительность (I+), снижение интеллекта (B-), неустойчивость эмоций (C-), зависимость (E-), неорганизованность (Q₃-).

Анализ показателей личностных профилей этих детей и подростков показал, что отличительной их чертой является крайняя изменчивость настроения. Их ведущими характеристиками являются излишняя впечатлительность, зависимость, стремление к покровительству, они ждут внимания и помощи со стороны окружающих (I+). Они податливы, уступчивы, иногда покорны, склонны паниковать в сложных ситуациях, легко подчиняются сверстникам (E-). Высокие показатели по фактору тревожности (O+) проявлялись у них пониженным настроением, предчувствием неудач, быстрой потерей душевного равновесия. Пациенты характеризовались неуверенностью в себе, ранимостью, плохим контролем над своими эмоциями, обнаруживали неустойчивость настроения (C-). Высокие значения фактора Q₄ свидетельствуют о напряженности, раздражительности, фрустрированности этих пациентов. Они отличались слабой социальной приспособляемостью, не способны следовать требованиям и правилам, слабо контролируют свое поведение в отношении социальных нормативов (Q₃-). У лабильных детей и подростков проявления низкой степени сформированности когнитивных функций, снижение памяти и внимания (B-), отвлекаемость и неорганизованность приводили к плохой успеваемости, трудностям в усвоении школьной программы, что способствовало психической напряженности в школе. Любая, даже незначительная психотравмирующая ситуация негативно влияла на адаптацию лабильного пациента и приводила к эмоциональным расстройствам, переживаниям и попыткам избегания школьных неудач путем прогулов уроков и непосещения школьных занятий вообще, что приводило детей и подростков на улицу.

Таким образом, «уязвимым звеном» детей и подростков с лабильным типом акцентуации являлась комбинация личностных факторов, которая была представлена блоком эмоционально-волевых качеств — C, E, I, O, Q₃, Q₄. Высокие значения факторов невротической триады (O, Q₃, Q₄) свидетельствуют о значительном уровне их эмоциональной напряженности и фрустрированности.

Результаты анализа личностных профилей обследованных детей и подростков с истероидным типом акцентуации свидетельствуют о статистически значимом ($p < 0,05$) повышении показателей факторов I, D, O, Q₄, и снижении показателей ($p < 0,05$) факторов C, G, Q₃. В соответствии с результатами тестирования характерными особенностями истероидных пациентов являлись повышенная возбудимость (D+), эмоциональная чувствительность (I+), фрустрированность (Q₄), неустойчивость настроения (C-), безответственность (G-), внутренняя конфликтность представлений о себе (Q₃).

Установлено, что для этих пациентов характерно ожидание внимания от окружающих, помощи и симпатии с их стороны, они отличаются артистичностью, художественным восприятием окружающего, чувствительны, склонны к фантазированию, притворству и сентиментальности (I+). Истероидным детям и подросткам было свойственно моторное беспокойство, повышенная возбудимость и сверхреактивность. Чрезвычайная активность сочетается у них с самонадеянностью, отвлекаемостью и недостаточной концентрацией внимания (D+). Эти дети и подростки отличались тревожностью, депрессивностью, ранимостью и впечатлительностью, о чем свидетельствуют высокие показатели ($p < 0,05$) по фактору O. Легко теряют душевное равновесие, неустойчивы в интересах, уклоняются от ответственности (C-). С трудом воспринимают и выполняют правила и нормы поведения, предъявляемые взрослыми, в связи с чем часто конфликтуют (G-). Обычно им было характерно неумение контролировать свое поведение в отношении социальных норм, достаточная самоудовлетворенность, небрежность, неделикатность, и недисциплинированность (Q₃-). Они отличались раздражительностью, избытком побуждений, которые часто не находили разрядки в процессе практической деятельности (Q₄+).

Отличительной особенностью истероидных детей и подростков были поверхностность и недостаточная глубина эмоций и переживаний. «Уязвимым звеном» для них была незрелость мотивационно-потребностной сферы, высокая заинтересованность в оценке окружающих, о чем свидетельствует сочетание факторов C- и Q₃-. Повышенная внушаемость, склонность к фантазированию и чувствительность приводили к тому, что они легко поддавались чужому влиянию, а недооценка к тому же социальных норм обуславливали легкость попадания в асоциальные компании.

Характеристика показателей личностного профиля детей и подростков с шизоидным типом акцентуации показала достоверное ($p < 0,05$) повышение показателя по фактору B и снижение — по факторам A, F, G, H, I, Q₃, Q₄. Характерными личностными особенностями пациентов с данным типом акцентуации являлись высокий общий интеллектуальный показатель (B+), серьезность, рассудительность (F-), сдержанность (H-), замкнутость (A-), недобросовестность, безответственность (G-) и недисциплинированность (Q₃-).

Выявленные в процессе обследования высокие ($p < 0,05$) показатели по фактору B, свидетельствующие о высоком уровне сформированности когнитивных

функцій и развитии абстрактных форм мышления (В+), сочетались с недостаточной степенью общительности, недоверчивости и замкнутости (А-). Низкие показатели ($p < 0,05$) по фактору А характеризовали их как холодных и равнодушных, упрямых и бескомпромиссных, замкнутых и не имеющих близких друзей. У них отсутствовала интуиция в межличностных отношениях, в их поведении отмечались неприспособленность и подозрительность (А-).

Шизоидные дети и подростки отличаются обычно скептической настроенностью, излишней критичностью в оценке окружающих, холодностью по отношению к ним. Им свойственны серьезность, рассудительность, неразговорчивость, а также склонность к пессимистическому восприятию действительности, ожиданию неудач, склонность все усложнять, беспокоиться о будущем, (F-). Они не были склонны прилагать усилия к выполнению общепринятых моральных норм и требований, игнорировали свои обязанности, вследствие чего нарушались их взаимоотношения с взрослыми и сверстниками (G-). У них отмечались неорганизованность, безответственность, непостоянство и беспринципность. Отличительной чертой их характера являлась застенчивость, неуверенность в своих силах и робость (H-). Дети и подростки предпочитали уединение, не любили шумных компаний и старались оставаться в тени. Они плохо контролировали свои эмоции и поведение, не были способны выполнять социальные требования поведения, что явилось свидетельством слабости внутреннего контроля поведения. Они проявляли пренебрежение своими обязанностями и недостаточное понимание социальных требований и норм (Q₃-).

Выявленные в процессе обследования низкие ($p < 0,05$) показатели по факторам G, H, I, F, Q₃ и Q₄ свидетельствуют о снижении у шизоидных детей и подростков эмоционально-волевых качеств. Они отличались низкой мотивацией, излишней удовлетворенностью, невозмутимостью, вялостью (Q₄-). Этим пациентам были характерны практичность, суровость, рассудительность, низкая чувствительность в отношении (I-), наряду с этим — независимость и невыполнение групповых правил и требований.

Результаты проведенного анализа личностных профилей шизоидных детей и подростков убедительно свидетельствуют о том, что «уязвимым звеном» у них является при высоком уровне мыслительных процессов бедность эмоциональной сферы и недостаточная сформированность коммуникативных функций. Затруднения, возникающие у них в освоении социальных правил и при установлении межличностных контактов, часто приводили к конфликтной, субъективно трудной для них ситуации пребывания в школьном коллективе. Непринятие их коллективом, отчуждение вызывало усиление замкнутости и нарастание обособленности, отгороженности.

Проведенное обследование позволило установить, что дети и подростки с шизоидным типом акцентуации обращены только к своему внутреннему миру, закрыты в себе, отгорожены от окружающих, что не позволяет им эффективно усваивать социальные нормы, способы общения, несмотря на достаточно высокие интеллектуальные возможности. Отношение к школе у этих детей и подростков носило противоречивый характер: с одной стороны — эффективное усвоение учебной программы, с другой — трудности во взаимоотношениях с учителями и одноклассниками приводили к нарастанию

напряженности, усугублению патологических отклонений, еще большей отгороженности от окружающих, а в связи с этим — возможности асоциального поведения.

Характеристика показателей личностного профиля детей и подростков с сенситивным типом акцентуации характера показала статистически значимое ($p < 0,05$) повышение показателей по факторам O и D и статистически значимое ($p < 0,05$) снижение — по факторам A, B, C, E, G, H, Q₃. Результаты исследований сенситивных детей и подростков свидетельствуют о тревожности (O+), недоверчивости (A-), низких умственных способностях (B-), неуверенности в себе, неустойчивости настроения (C-), нетерпеливости, легкой возбудимости (D+).

Анализ показателей личностных профилей пациентов с сенситивным типом акцентуаций выявил ведущие характерные черты этих детей и подростков, а именно: тревожность, озабоченность, они полны предчувствий неудач, их легко можно вывести из состояния душевного равновесия, часто имеют пониженное настроение (O+). Высокие значения ($p < 0,05$) показателя фактора D указывают на нетерпеливость, легкую возбудимость, отвлекаемость, недостаточную концентрацию внимания.

Выявленные в процессе обследования низкие ($p < 0,05$) показатели фактора A отражают такие качества сенситивных детей и подростков, как замкнутость, недоверчивость, обособленность. Низкие показатели по фактору B расценены нами как несобранность, конкретность и ригидность мышления, низкие интеллектуальные способности, неспособность решать абстрактные задачи, что приводило к трудностям в обучении в школе. В соответствии с этим одной из личностных особенностей данных пациентов является незрелость мотивационно-потребностной сферы. Слабая заинтересованность в оценке, невысокий уровень притязаний, внушаемость сочетались у них с недостатками памяти и внимания и медленным темпом выполнения школьных заданий. У этих детей и подростков отмечались эмоциональная неустойчивость, склонность к ипохондрии, утомляемость, в связи с чем они испытывали трудности в приспособлении к новым условиям и оценивали себя как менее способных по сравнению с другими (C-).

Характерными для этих пациентов было достоверное снижение показателей по фактору G, что отражает свойственные им такие качества, как несобранность, пренебрежение своими обязанностями, лень, безответственность, непостоянство и отсутствие стойкой мотивации и гибкие установки, подверженность влиянию случая и обстоятельности. Они не прилагают усилий для выполнения групповых требований и норм. Это свидетельствует о том, что имеется риск возможного патологического личностного отклонения, поскольку свобода от влияния норм может приводить детей и подростков с такими эмоционально-поведенческими расстройствами к асоциальному поведению.

В соответствии с низким ($p < 0,05$) показателем по фактору E они отличались кротостью, зависимостью, застенчивостью, пассивностью, а также низкой самооценкой, плохим контролем, они недисциплинированы, не считаются с общественными правилами (Q₃-).

Таким образом, «уязвимым звеном» детей и подростков с сенситивным типом являются такие черты как застенчивость, робость, неуверенность в своих силах, зависимость. Психотравмирующими для них были ситуации, возникающие в связи со школьными неудачами, трудностями во взаимоотношениях со взрослыми и сверстниками. Эмоциональные нарушения в этом

случае проявлялись в виде тревоги и неуверенности в себе.

В целом, проведенное исследование позволило выявить существенные тенденции превалярования или выраженности тех или иных личностных характеристик у детей и подростков с зависимостью от ЛОС, с учетом наличия у них в преморбиде интеллектуальных и поведенческих расстройств. Так, у детей и подростков, не имевших когнитивных и поведенческих расстройств в преморбиде, были выявлены такие личностные свойства как общительность (А+), высокая степень сформированности интеллектуальных функций, легкость усвоения новых знаний (В+), беспечность (F+), решительность (Н+), недобросовестность (G-), самоуверенность (O+), недостаточный самоконтроль (Q₃-), фрустрированность (Q₄-).

Дети и подростки, у которых были выявлены в преморбиде интеллектуальные расстройства, отличались в подавляющем большинстве (53,2 %) такими чертами, как недостаточный самоконтроль (Q₃-), застенчивость, робость, неуверенность (Н-), в 42,5 % — доминированием, властностью, неустойчивостью (Е+), импульсивностью, беспечностью (F+), 37,3 % — чувством вины, ранимостью, предчувствием беды (O+).

У детей и подростков, имеющих в преморбиде поведенческие нарушения, мы обнаружили высокую выраженность таких факторов, как доминирование, властность (Е+), импульсивность, беспечность (F+), легкая возбудимость (D+), недостаточный самоконтроль (Q₃-), фрустрированность (Q₄-), недобросовестность (G-).

Таким образом, анализ результатов проведенного исследования свидетельствует о наличии «уязвимых звеньев», имеющих определенную специфичность для детей и подростков, злоупотребляющих ЛОС, в зависимости от имеющихся у них в преморбиде интеллектуальных и поведенческих расстройств.

Итак, в процессе проведенного анализа личностных профилей детей и подростков, помимо выявления «уязвимых звеньев» в зависимости от типов акцентуации, мы обнаружили ведущие личностные черты, которые были характерны для всех обследованных пациентов с зависимостью от ЛОС. В нашем исследовании мы назвали эти особенности личности «диагностическими мишенями», так как считаем, что выявление таких особенностей у детей и подростков является очень важным как на этапе диагностики, лечебных и реабилитационных мероприятий, так и в процессе проведения психопрофилактической работы с ними.

Таким образом, «диагностическими мишенями» для детей и подростков с зависимостью от ЛОС являются факторы G- (недобросовестность), Q₃- (недостаточный самоконтроль), Q₄- (фрустрированность), F+ (беспечность), D+ (легкая возбудимость).

Подавляющее большинство (91,6 %) обследованных нами детей и подростков отличались недостатком определенных внутренних норм, требовательностью к другим, ненадежностью, распушенностью (G-), пренебрежением к своим обязанностям, отсутствием стойкой мотивации. Ведущей их личностной особенностью (в 100,0 % случаев) было неумение контролировать свое поведение в отношении понимания социальных нормативов, они всегда следуют только своим побуждениям, не считаясь с общественным мнением (Q₃-). Эти дети и подростки (61,3 %) отличались раздражительностью, избытком побуждений, которые не находили практической разрядки в процессе деятельности, им было

свойственно активное неудовлетворение стремлений (Q₄). Высокие значения фактора D+ свидетельствуют о возбудимости, нетерпеливости, чрезвычайной активности в сочетании с самонадеянностью (в 51,3 % случаев). Вместе с тем, дети и подростки (в 47,2 %) отличались склонностью к риску и отсутствием страха в ситуациях повышенного риска (F+).

Выявленные высокие значения по указанным показателям у детей и подростков являются очень важным моментом для диагностики факторов, которые могут явиться предрасполагающими к развитию зависимости от ЛОС и усугубляющими ее течение.

Список литературы

1. Гофман А. Г. Клиническая наркология. — М.: Миклош, 2003. — 215 с.
2. Игонин А. Л., Тузикова Ю. Б., Иришкин Д. А. Злоупотребление психоактивными веществами и асоциальное поведение // Наркология. — 2004. — № 3. — С. 50—58.
3. Короленко Ц. П., Шпик Т. А. Аддиктивные проблемы при пограничном и антисоциальном личностном расстройстве // Аддиктология. — 2005. — № 1. — С. 41—45.
4. Линский И. В., Минко А. И., Первомайский Э. Б. Актуальные тенденции распространения зависимости от психоактивных веществ в Украине // Наркология. — 2005. — № 4. — С. 12—17.
5. Ревзин В. Л., Зобнев В. М., Гречаний С. В. Особенности токсикоманического поведения подростков и психокоррекционная работа с ними // Ингальянты: Сб. науч. тр. — 2005. — С. 257—265.
6. Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга. — М.: Класс, 2000. — 240 с.
7. Клейберг Ю. А. Психология девиантного поведения. — М.: Сфера, 2001. — 160 с.
8. Менделевич В. Д., Садыкова Р. Г. Зависимость как психологический и психопатологический феномен (проблемы диагностики и дифференциации) // Вестник клинической психологии. — 2003. — Т. 1, № 2. — С. 153—158.
9. Пере М., Бауман У. Клиническая психология. — СПб., 2002. — 1312 с.
10. Александровская Э. М., Гильяшева И. Н. Адаптированный модифицированный вариант детского личностного опросника Р. Кеттелла: метод. реком. — Л.: ЛНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1985. — 33 с.
11. Лучшие психологические тесты для профотбора и профориентации: описание и рук-во к использованию: [отв. ред. А. Ф. Кудряшов] — Петрозаводск: Петроком, 1992. — 318 с.

Надійшла до редакції 04.03.2009 р.

В. І. Пономарьов

Аналіз психологічних факторів, які обумовлюють схильність до розвитку та погіршують перебіг інгальяційної токсикоманії у дітей та підлітків

*Харківський національний медичний університет
(м. Харків)*

У процесі проведеного аналізу особистісних профілів 155 дітей та підлітків, враховуючи їх преморбід, крім виявлення «уразливих ланок» в залежності від типів акцентуації, ми виявили провідні особистісні риси, які були характерні для всіх обстежених з залежністю від ЛОС. В нашому дослідженні ми назвали ці особливості особистості «діагностичними мишенями», тому що вважаємо, що виявлення таких особливостей у дітей та підлітків з залежністю від ЛОС є дуже важливим як на етапі діагностичних, лікувальних та реабілітаційних заходів, так і в процесі проведення психопрофілактичної роботи з ними. Таким чином, «діагностичними мишенями» для дітей та підлітків з залежністю від ЛОС є фактори G- (недобросовісність), Q₃- (недостатній самоконтроль), Q₄- (фрустрованість), F+ (безтурботність), D+ (легка збудливість).

Analysis of psychological factors which can lead to development of inhalant toxicomania and aggravate the disease among children and adolescents

Kharkiv National medical University (Kharkiv)

In course of analysis of personal profiles of 155 children and adolescents, considering their latent period of disease, we exposed personal features which were expressed for patients with addiction to volatile organic compositions. We also analyzed types of accentuation in order to find out which of them can cause the disease. In our investigation we call these features of personality "diagnostical targets". We consider that exposure of such peculiarities of children and adolescents with addiction to volatile organic compounds is very important on the stage of diagnostic, treatment and rehabilitation as well as during the process of psychoprevention. Thus, "diagnostic targets" for addict of children and adolescents are: G- (lack of conscientiousness), Q₃- (insufficiency of self- control), Q₄- (frustration), F+ (carelessness), D+ (easy excitability).

УДК 616.895.4-092:612.012.1.015

Г. С. Рачкаускас, д-р мед. наук, проф., Є. В. Височин, лікар,
В. М. Фролов, д-р мед. наук, проф., засл. діяч науки і техніки
Луганський державний медичний університет (м. Луганськ),
Луганська обласна клінічна психоневрологічна лікарня (м. Луганськ)

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ СУЧАСНИХ ВІТЧИЗНЯНИХ ФІТОЗАСОБІВ РЕЛАКСИЛУ ТА ІМУНОПЛЮСУ В ЛІКУВАННІ ПІДЛІТКІВ З СОМАТИЗОВАНИМИ ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

На даний час проблеми соматизованих депресивних розладів (СДР) у підлітків потребують міждисциплінарного обговорення. Це обумовлено багатьма чинниками, проте найбільш істотними є зміни в структурі захворюваності та істотні перетворення медичної доктрини України [5]. Останніми роками наголошується зростання захворюваності і поширеності розладів психіки в осіб підліткового віку, в основному за рахунок неспихотичних пограничних патологічних станів, у тому числі невротичних розладів і СДР. У той же час більш виражена негативна динаміка зафіксована відносно соматичних захворювань у підлітків, в походженні яких значну етіопатогенетичну роль відіграють психосоматичний або психогенний механізм [1].

Епідеміологічні дослідження вказують, що на СДР хворіють 2 % дітей у віці до 12 років. У підлітковому віці цей показник збільшується до 8 % у хлопчиків і 10 % у дівчаток. Декілька пізніше, у віці 13—19 років, відсоток захворюваності у дівчаток істотно підвищується і досягає 16 %. За даними дослідників близько 4,9 % дітей страждають вираженими депресивними розладами з соматичним компонентом [2]. У підлітковому віці хворі капризні, дратівливі, імпульсивні, часто знаходять недоліки в своїй зовнішності, вважають себе невдахами і обмеженими людьми, не здатними принести користь ні собі, ні близьким. Слід зазначити замкнутість, прагнення до самоти як важливу ознаку початку депресії в юнацькому віці, часто присутні пошуки сенсу життя, розчарування у вибраній професії, хворобливе відношення до грошей і нездатність отримати задоволення від тих речей, які радували раніше [12]. Розлади настрою мають тенденцію до хронічного перебігу, якщо вони починаються у дитячому та підлітковому віці. Саме тому пошуки нових методів лікування мають бути пріоритетним напрямком розвитку сучасної психіатрії. Нами встановлено, що у підлітків з СДР поряд із порушеннями психоемоційного фону з наявністю соматичних проявів виявляються також істотні порушення з боку імунної системи [3, 7], що сприяє погіршанню стану таких пацієнтів та більш тривалому і важкому перебігу хвороби.

Робота виконувалась у відповідності до основного плану науково-дослідних робіт (НДР) Луганського державного медичного університету та являє собою

фрагмент теми НДР «Імунні та метаболічні порушення в патогенезі шизофренії і депресивних розладів різного генезу та їх корекція» (номер держреєстрації 0108U009465).

Метою нашої роботи була оцінка ефективності сучасних вітчизняних фітозасобів релаксилу та імуноплюсу в лікуванні та реабілітації підлітків з соматизованими депресивними розладами.

Під наглядом перебували 78 підлітків, яким був встановлений діагноз соматизований розлад (F 45.0) [6]. Усі обстежені були поділені на дві групи — основну (40 пацієнтів) і зіставлення (38 хворих). Обидві групи хворих були рандомізовані за статтю, віком та тривалістю захворювання. Хворі групи зіставлення отримували лише загальноприйнятту терапію для лікування СДР, а саме антидепресанти групи СИЗС (флуоксетин, флувоксамин), препарати групи похідних бензодіазепінів (феназепам, діазепам), а також у разі необхідності їм призначали антиспихотичні засоби групи «малих нейролептиків» (тіорідазін, сульпірид). Пацієнти основної групи додатково до загальноприйнятої терапії отримували комбінацію релаксилу та імуноплюсу. Релаксил призначали усередину 3 рази на добу зранку та ввечері по 1 капсулі (0,175 г) та ввечері 2 капсули (0,35 г) протягом 30 діб поспіль та імуноплюс — по 1 таблетці (100 мг) 2 рази на добу внутрішньо протягом 30 діб поспіль [4, 8].

Релаксил — капсули, кожна з яких містить валеріани 0,8 % сухого водно-спиртового екстракту 0,125 г, м'яти перцевої екстракту сухого 0,025 г, меліси лікарської екстракту сухого 0,025 г. Комбінований препарат рослинного походження, дія якого обумовлена властивостями компонентів, що входять до його складу. Даний препарат знижує збудженість центральної нервової системи, виявляє седативно-анксиолітичну, протисудомну, слабку гіпотензивну, спазмолітичну, протизапальну, бактерицидну дію та посилює роботу серця, матки, головного мозку (покрощує метаболічні процеси головного мозку) [8]. Релаксил затверджений Наказом МОЗ України № 686 від 18.10.06 р. як лікарський препарат, зареєстрований в Україні та дозволений до клінічного застосування (реєстраційне посвідчення № UA/5286/01/01).

Імуноплюс — випускається у вигляді таблеток, кожна з яких містить 100 мг сухого віджатого соку ехінацеї