

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ НЕВРОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ І НАРКОЛОГІЇ
АМН УКРАЇНИ**

УДК: 616.85 + 616.89-008.442

КОЖИНА ГАННА МИХАЙЛІВНА

**НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ У ПІДЛІТКІВ, ЯКІ ЗНАХОДЯТЬСЯ В
УМОВАХ ПЕНІТЕНЦІАРНОЇ СИСТЕМИ
(КЛІНІКА, МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ, КОРЕКЦІЯ,
ПРОФІЛАКТИКА)**

14.01.16 – психі атрія

**Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня
доктора медичних наук**

Харків - 2006

Дисертація є рукописом.

Робота виконана в Харківському державному медичному університеті МОЗ України.

**НАУКОВИЙ
КОНСУЛЬТАНТ:** Доктор медичних наук, професор Гавенко Володимир Леонідович, Харківський Державний медичний університет МОЗ України, завідувач кафедри психіатрії, наркології і медичної психології

**ОФІЦІЙНІ
ОПОНЕНТИ:** Доктор медичних наук, професор Сухоруков Віктор Іванович, Інститут неврології, психіатрії і наркології АМН України, керівник відділу нейропсихокібернетики

Доктор медичних наук, професор Козідубова Валентина Михайлівна, Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, завідувачка кафедри психіатрії

Доктор медичних наук, професор Бабюк Ігор Олексійович, Донецький Державний медичний університет ім. М.Горького МОЗ України, завідувач кафедри психіатрії, психотерапії, наркології і медичної психології ПО

**ПРОВІДНА
УСТАНОВА:** Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця МОЗ України

Захист дисертації відбудеться 26.04.2006 р. о 13 годині на засіданні спеціалізованої Вченої Ради Д.64.609.01 при Інституті неврології, психіатрії та наркології АМН України (м. Харків, вул. академіка Павлова 46).

З дисертацією можна ознайомитися в бібліотеці Інституту неврології, психіатрії та наркології АМН України (м. Харків, вул. академіка Павлова 46).

Автореферат розісланий 22.03.2006 р.

**Вчений секретар
спеціалізованої Вченої Ради,
кандидат медичних наук, ст.н.с.**

Л.І.Дяченко

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

В останні роки на Україні спостерігається стійка тенденція до зростання непсихотичної психічної патології в структурі психопатології дитячого та підліткового віку. Актуальними є питання вивчення клініко-психопатологічних особливостей невротичних розладів у підлітків у зв'язку з недостатнім їх вивченням та патоморфозом сучасних проявів даної патології [Козідубова В.М., 2000; Волошин П.В., 2004; Михайлов Б.В., 2004; Марута Н.О., 2004; Бабюк І.О., 2004; Кутько І.І., 2004; Сухоруков В.І., 2004; Юр'єва Л.М., 2004; Підкоритов В.С., 2005; Чупріков А.П., 2005].

В даний час у нашій країні відзначається зростання психічних розладів у підліткових пенітенціарних закладах, більше 90% неповнолітніх ув'язнених страждають на ту або іншу форму психічної патології, причому у 87% виявляються невротичні розлади [Бітенський В.С., 2003; Гавенко В.Л., 2004, 2005].

Актуальність роботи. Психічне здоров'я дітей визначає здоров'я нації в майбутньому та займає одне з провідних місць у профілактиці психічного здоров'я в усьому світі. У нашій країні з тенденцією до зниження народжуваності, зростання соціальних проблем, до загального ослаблення фізичного здоров'я населення - ця проблема є однією з пріоритетних [Козідубова В.М., 2001; Табачников С.І., 2003; Кришталь В.В., 2003; Напреев О.К., 2004; Римша С.В., 2004; Бачеріков А.М., 2004; Казакова С.Є., 2005; Марута Н.О., 2006].

За останні п'ять років чисельність підлітків, яких утримують у закладах кримінально-виправної системи України, збільшилася майже в 2 рази. У даний момент в Україні існує 11 виправно-трудових колоній, у яких знаходяться 2800 неповнолітніх [Аналітична довідка ДДУПВП, Київ, 2005]. На жаль, доводиться констатувати, що порядок формування діяльності пенітенціарних закладів здійснювався без урахування думки медиків, психологів, соціальних працівників, що привело до відсутності науково обґрунтованої системи психотерапевтичних, психопрофілактичних та психогігієнічних заходів [Абрамов В.А., 2003; Скрипніков А.М., 2004; Кузнєцов В.М., 2005; Гавенко В.Л., 2006].

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами: Дисертаційну роботу виконано відповідно плану НДР Харківського державного медичного університету за темою “Вивчення системних механізмів індивідуальної неспецифічної стійкості до стресу” (0101U001910).

Мета дослідження: особливості формування невротичних розладів та їх клінічної структури у підлітків, які знаходяться в умовах пенітенціарної

системи та розробка патогенетично обґрунтованих систем їх корекції та психопрофілактики.

Задачі дослідження

1. Встановити патогенетичний взаємозв'язок соціальних, психологічних та біологічних факторів у формуванні невротичних розладів у підлітків, які знаходяться в умовах пенітенціарної системи.
2. Провести аналіз особистісних властивостей та специфіки формування патогенного конфлікту у неповнолітніх правопорушників.
3. Систематизувати патогенетично значущі фактори формування невротичних розладів у підлітків, які знаходяться в умовах пенітенціарної системи.
4. Вивчити клінічну структуру та особливості синдромогенезу невротичних розладів у підлітків, які скоїли правопорушення.
5. Виділити базові критерії для побудови патогенетичної терапії невротичних розладів у підлітків, які знаходяться в умовах пенітенціарної системи
6. Розробити патогенетично обґрунтовану систему психопрофілактики невротичних розладів у підлітків, які знаходяться в умовах пенітенціарної системи

Об'єкт дослідження Невротичні розлади у підлітків, які знаходяться в місцях позбавлення волі.

Предмет дослідження. Клініко-анамнестичні, клініко-психопатологічні, психодіагностичні, електрофізіологічні закономірності формування невротичних розладів у підлітків, які знаходяться в місцях позбавлення волі.

Методи дослідження. Клініко-психопатологічний, клініко-анамнестичний; психодіагностичний, електрофізіологічний та методи математичної статистики

Наукова новизна роботи. На основі системного підходу до оцінки результату комплексних клініко-психопатологічних, психодіагностичних, електрофізіологічних досліджень встановлено причинно-наслідковий взаємозв'язок біологічних, соціально-психологічних та клініко-психопатологічних факторів, що визначають формування невротичних розладів у підлітків, які знаходяться в місцях позбавлення волі.

Систематизовано патогенетично значущі фактори формування невротичних розладів у підлітків, які знаходяться в умовах пенітенціарної системи.

Описано специфіку клінічної структури, динаміку клінічного перебігу та особливості синдромогенезу невротичних розладів у підлітків, які знаходяться в місцях позбавлення волі. У структурі невротичних розладів у непо-

внолітніх правопорушників виділено: тривожний, неврастенічний, астено-апатичний і меланхолійний варіанти депресивних розладів; неврастенія; фобічний, компульсивний та обсесивний варіанти обсесивно-компульсивних розладів; а також комплекс афективних, вегетативних, рухових та сенсорних порушень при дисоціативних (конверсійних) розладах.

Практична значущість. На підставі отриманих в роботі результатів розроблено базові критерії для побудови патогенетичної терапії невротичних розладів у підлітків, які знаходяться в умовах пенітенціарної системи.

Розроблено індивідуальні патогенетично обґрунтовані програми профілактики невротичних розладів у підлітків, які знаходяться в місцях позбавлення волі та показано їх ефективність.

Результати дослідження впроваджено у практику лікувальної роботи Державного Департаменту управління виконання покарань України, медичних частин пенітенціарних закладів України, Харківської обласної психіатричної лікарні № 1, Харківської обласної психіатричної лікарні № 3, Харківського міського психоневрологічного диспансеру № 3, у навчальний процес у Національному університеті Внутрішніх справ України, у Харківському державному медичному університеті, що підтверджено 27 актами про впровадження.

Апробація роботи Основні положення роботи було представлено на II Національному конгресі неврологів, психіатрів та наркологів України “Психоневрологія XXI сторіччя” (Харків, 2002); пленумах Науково-практичного товариства неврологів, психіатрів та наркологів України “Актуальні питання неврології, психіатрії і наркології у світлі концепції розвитку охорони здоров'я населення України” (Тернопіль, 2001), “Якість життя хворих психоневрологічними захворюваннями та їх родин (медична та соціальна реабілітація і реінтеграція в суспільство)” (Донецьк, 2005); Всеукраїнській школі молодих психіатрів (Харків 2002, 2003); Міжнародній конференції психіатрів (Москва, 1988), Міжнародній науково-практичній конференції “Наука і соціальні проблеми суспільства: медицина, фармація біотехнологія” (Харків, 2003); республіканській конференції “Актуальні питання дитячої психіатрії в Україні” (Харків, 1999); Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих вчених та спеціалістів „Від фундаментальних досліджень до медичної практики” (Харків, 2005); на науково-практичних конференціях “Актуальні проблеми сучасної науки в дослідженнях молодих учених м. Харкова” (Харків, 1998), “Боротьба з торгівлею жінками: проблеми удосконалення законодавства і задача органів внутрішніх справ України” (Харків, 1999), “Психотера-

певтична допомога населенню України, шляхи її реформування й удосконалення” (Харків, 2000), “Філософія виживання: Молоді і сучасний світ” (Харків, 2003), “Від фундаментальних досліджень до прогресу в медицині” (Харків, 2005), „Досягнення молодих вчених - майбутнє медицини” (Харків, 2005), “Сучасні фармакотерапевтичні підходи у дитячій психіатрії” (Харків, 2005); на конференціях молодих вчених ХДМУ “Медицина третього тисячоліття” (Харків 2001, 2002, 2004); міжвідомчій школі семінарі “Діти і насильство” (Київ, 2001); нанауковому симпозиумі “Невротичні розлади у дітей та підлітків: патогенез, клініка, реабілітація” (Харків, 2003).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 44 друковані праці, у тому числі 21 у спеціалізованих наукових журналах, згідно “Переліку” ВАК України (з них 17 самостійні), 23 статті і тези у журналах і збірниках наукових праць (9 з них самостійні), оформлено 17 раціоналізаторських пропозицій.

Особистий внесок дисертанта в розробку наукових результатів Автором особисто виконано планування і здійснення всіх клініко-психопатологічних, клініко-анамнестичних, психодіагностичних, електрофізіологічних досліджень, статистична обробка та інтерпретація отриманих результатів.

Дисертантом особисто проведено вивчення літературних джерел, підібрано та адаптовано існуючі методи дослідження, а також розроблено нові методики, що були використані в роботі.

На підставі аналізу отриманих результатів автором особисто описано феноменологію клінічної структури, динаміки клінічного перебігу та особливості синдромогенезу невротичних розладів у підлітків, які знаходяться в місцях позбавлення волі, розроблено методичні підходи до диференційованої корекції та профілактики невротичних розладів у підлітків, які знаходяться в місцях позбавлення волі.

Структура й обсяг дисертації. Робота складається із вступу, огляду літератури, опису матеріалу і методів дослідження, методів статистичної обробки і кореляційного аналізу отриманого матеріалу, 8 розділів з описом результатів дослідження, висновку і висновків. Робота викладена 284 сторінках машинописного тексту, основний текст складає 244 сторінки, ілюстрована 29 таблицями і 12 рисунками. Список літератури містить 470 джерел, у тому числі 147 на іноземних мовах.

ЗМІСТ РОБОТИ ТА ОДЕРЖАНІ РЕЗУЛЬТАТИ

Матеріали і методи дослідження. Нами було проведено комплексне обстеження 317 підлітків обох статей (183 хлопчика і 134 дівчинки), у віці 12-17 років, які скоїли правопорушення та знаходяться в умовах пенітенціарної системи Харківської, Донецької та Сумської областей. У 207 підлітків - 89 дівчаток і 118 хлопчиків - виявлено психічні розлади неспсихотичного реєстру відповідно рубриці МКБ – 10 F40 - F48 - невротичні, зв'язані зі стресом та соматоформні розлади.

Контрольну групу склали 86 підлітків, обох статей (37 дівчаток і 49 хлопчиків), які знаходяться на обстеженні та лікуванні у 9 дитячому психіатричному відділенні ХМКПЛ № 3 із діагнозом відповідно в рубриці F40 - F48 – невротичні, зв'язані зі стресом та соматоформні розлади.

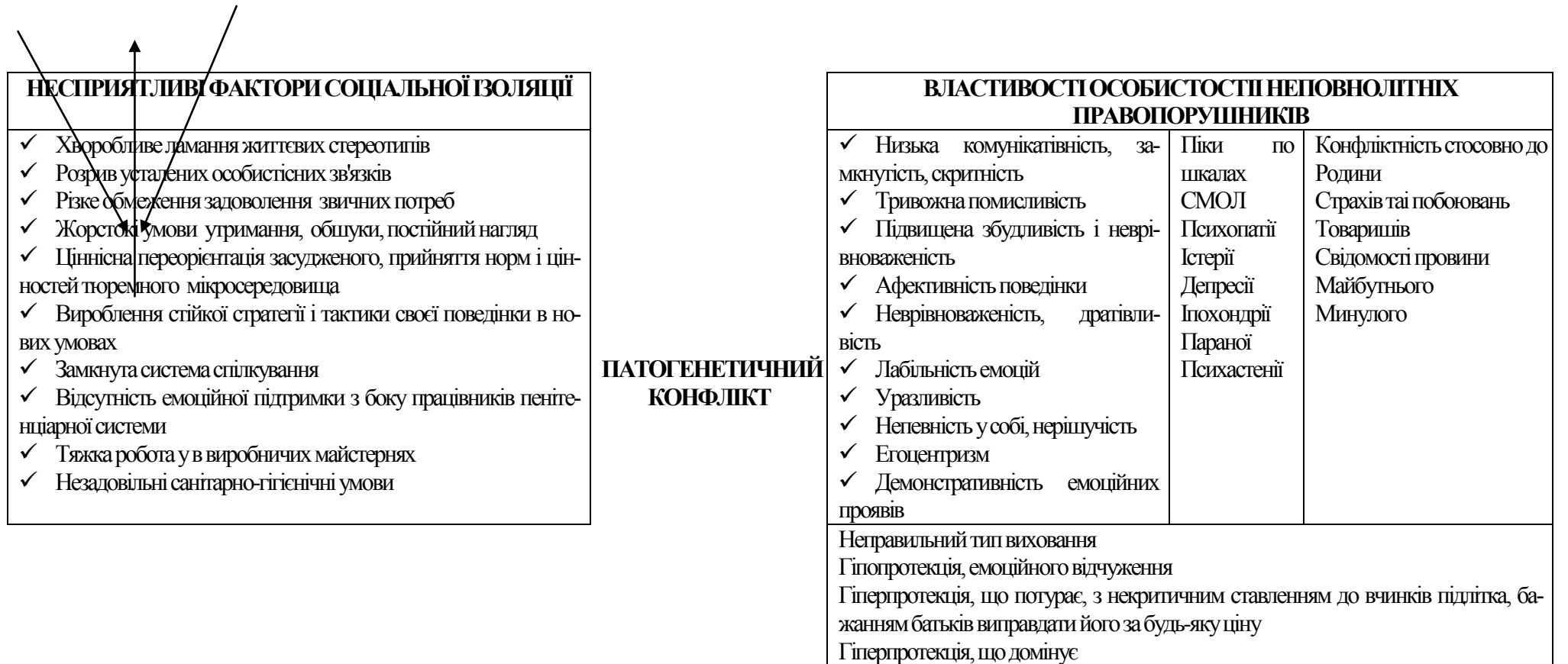
У роботі були використані наступні методи дослідження: клініко-психопатологічний, що включає вивчення скарг, оцінку психічного і соматоневрологічного статусу підлітків, виділення основних психопатологічних синдромів, їх динаміку. Як діагностичні критерії використовувалися критерії МКХ – 10; неврологічний статус оцінювався відповідно до методичних указівок по складанню історії хвороби в підлітковій неврології Л.О. Бадаляна (1998 р.), при дослідженні також використано спеціально розроблені “Анкета оцінки психічного стану осіб, які знаходяться в місцях позбавлення волі” (Рацпропозиція № 143(10), 1998), методика “Діагностика станів соціальної дезадаптації підлітків, які знаходяться в умовах пенітенціарної системи” (Рацпропозиція № 177(44), 2000). Клініко-анамнестичний доповнений спеціально розробленими опитувальниками “Анамнестичний опитувальник для осіб, які знаходяться в пенітенціарних закладах” (Рацпропозиція № 141(8), 1998), “Карта - опитувальник для виявлення психотравмуючих чинників у осіб, які знаходяться в умовах пенітенціарної системи” (Рацпропозиція № 179(46), 2000), “Виявлення факторів ризику виникнення психоневрологічних захворювань” (Рацпропозиція № 207(11), 2002), “Виявлення факторів соціальної ізоляції та суворої регламентації поведінки серед осіб молодого віку, які відбувають покарання в місцях позбавлення волі, що сприяють виникненню невротичних та дезадаптаційних розладів” (Рацпропозиція № 242(22), 2003). Психодіагностичний з використанням методик “Спосіб визначення суїцидального ризику” (В.Л.Гавенко і соавт., 2001), “Спосіб оцінки самосвідомості смерті” (В.Л.Гавенко і соавт., 2001), скорочений багатофакторний опитувальник особистості (СМОЛ) (В.П.Зайцев, 1981), модифікований варіант тесту “Незакінчені речення” - “Метод ознаки ступеня конфліктності підлітків, що

знаходяться в умовах пенітенциарної системи” (Рацпропозиція № 178(45), 2000). Електрофізіологічний, що включає електроенцефалографічне дослідження за допомогою програмно-технічного комплексу DX-NT32 на базі комп'ютера Note-Book Pentium-200 в операційному середовищі Windows-NT і реографічне обстеження з використанням систем комп'ютерної реографії Regina-2000 і Regina-2002, реалізованих на базі Windows NT на комп'ютері Note-Book Pentium , а також дослідження відсотка електронегативних ядер букальних клітин за допомогою приладу “Біотест” (В.Г.Шахбазов, 1996). Методи математичної статистики: результати представлені у вигляді середнього значення \pm помилка репрезентативності при рівні вірогідності $p < 0,05$.

Результати дослідження і їх обговорення. У роботі нами здійснено вивчення ролі і патогенетичної значущості соціально-психологічних і біологічних факторів у формуванні невротичних розладів у підлітків, які знаходяться в місцях позбавлення волі (рис. 1).

Виділено комплекс пре- та постнатальних факторів, що визначають дефект морфофункціонального субстрату головного мозку та сприяють розвитку невротичних розладів у обстежених підлітків: у пренатальному періоді - вагітність із токсикозами I, II половини ($42,8 \pm 3,4\%$ матерів основної та $41,9 \pm 5,3\%$ - контрольної групи), фізичні травми під час вагітності ($37,5 \pm 3,3\%$ та $2,1 \pm 1,5\%$ відповідно), вживання матір'ю під час вагітності психоактивних речовин, алкоголю ($62,3 \pm 3,3\%$ і $3,9 \pm 2,1\%$), недоношена вагітність (основна, $39,3 \pm 3,3\%$, $15,3 \pm 3,8\%$ - контрольна група), гіпоксія плоду ($37,5 \pm 3,3\%$ і $28,44,8\%$ відповідно), стрімкі ($29,2 \pm 3,1\%$ та $17,6 \pm 4,1\%$) або затяжні ($35,8 \pm 3,3\%$ та $19,2 \pm 4,2\%$) пологи, асфіксія ($48,2 \pm 3,4\%$ і $46,7 \pm 5,3\%$), гемолітична хвороба немовляти ($29,4 \pm 3,1\%$ і $19,7 \pm 4,2\%$); у постнатальному періоді - часті простудні захворювання ($55,9 \pm 3,4\%$ підлітків основної та $50,9 \pm 5,33\%$ контрольної групи), багаторазові черепно-мозкові травми ($99,4 \pm 0,5\%$ і $25,6 \pm 4,7\%$), хронічні тонзиліти та ангіни ($48,5 \pm 3,4\%$ і $39,2 \pm 5,2\%$), перенесені нейроінфекції ($35,6 \pm 3,3\%$ і $7,8 \pm 2,8\%$), хронічна соматична патологія ($34,5 \pm 3,3\%$ і $26,2 \pm 4,7\%$), зловживання спиртними напоями ($70,3 \pm 3,1\%$ і $2,1 \pm 1,5\%$), вживання токсичних речовин ($69,3 \pm 3,2\%$ і $0,3 \pm 0,5\%$) ($p < 0,05$).

На нашу думку, наведені вище фактори визначають біологічну основу та можуть розглядаються як базисні у формуванні невротичних розладів, факторами ризику яких є набута дефектність неспецифічних систем (в основному лімбічної) головного мозку, що лежить в основі уявлень про “неврологію особистості”.



БІОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ		
Пренатальна патологія		Постнатальна патологія
<ul style="list-style-type: none"> Токсикоз I, II половин вагітності Фізичні травми під час вагітності Вживання магірю під час вагітності психоактивних речовин Недонесена вагітність Гіпоксія плоду Стрімкі пологи Затяжні пологи Асфіксія немовляти Гемолітична хвороба немовлят 		<ul style="list-style-type: none"> Часті простудні захворювання Неодноразові черепно-мозкові травми Хронічні тонзиліти й ангіни Перенесені нейроінфекції Хронічні шлунково-кишкові захворювання Захворювання печінки та жовчовивідних протоків <p>Зловживання алкоголем, токсичними і наркотичними речовинами</p>

Рис. 1. Схема формування патогенетичного конфлікту у неповнолітніх, які знаходяться в місцях позбавлення волі.

Як показали результати аналізу соціально-психологічних чинників ризику, що сприяють розвитку невротичних розладів у підлітків, які знаходяться в місцях позбавлення волі, 58,4±3,4% засуджених підлітків (у порівнянні з 4,4±2,2% підлітків контрольної групи) виховувалися по типу гіпопротекції, емоційного відчуження, їм необхідна була психологічна підтримка та емоційне тепло, відсутність яких з боку працівників пенітенціарної системи в сполученні зі специфікою режимних заходів призвело до депресивних розладів і неврастенії; 22,3±2,8% делінквентних підлітків (46,2±5,3% контрольної групи) виховувалося в дусі гіперпротекції, що потурає, з некритичним відношенням до вчинків підлітка, бажанням батьків виправдати його за будь-яку ціну; потрапляння в місця позбавлення волі, відсутність звичного потураючого захисту є для таких неповнолітніх хронічною конфліктною ситуацією, яка супроводжується крахом завищених домагань, що приводить до зриву компенсаторних механізмів та розвитку дисоціативного (конверсійного) розладу; 18,3±2,6% підлітків основної групи (49,4±5,3% контрольної) виховувалися в умовах домінуючої гіпопротекції, для них типовим був внутрішньо особистісний конфлікт – самовизначення міцності свого “я” у ситуації пенітенціарного стресу, що приводило до розвитку obsесивно-фобічних розладів ($p < 0,05$).

Нами виділено комплекс несприятливих факторів соціальної ізоляції, що провокують розвиток невротичних розладів. Найбільш важко неповнолітніми переносяться постійний нагляд, обшуки (67,2±4,3% хлопчиків і 76,9±4,4% дівчаток), обмеження волі пересування (68,9±4,2% і 55,1±5,2% відповідно), суворий внутрішній розпорядок (59,8±4,1% хлопчиків і 41,2±5,2% дівчаток), замкнута система спілкування (56,4±4,5% і 46,2±5,3% відповідно), докорінне ламання життєвого стереотипу (58,7±4,5% хлопчиків і 61,4±5,1% дівчаток), важка фізична праця у виробничих майстернях (44,6±4,5% хлопчиків і 39,1±5,1% дівчаток) і незадовільні санітарно-гігієнічні умови утримання (36,4±4,4% і 43,2±5,2% відповідно). Необхідно відзначити, що 44,3±4,6% неповнолітніх чоловічої статі не бачать необхідності відвідувати заняття в школі, вважаючи це „додатковим покаранням”, дівчатка навпроти, більш охоче відвідують заняття, прагнуть одержати середню освіту; негативно до навчання ставляться 22,1±4,4% обстежених жіночої статі ($p < 0,05$).

Згідно з даними психодіагностичного та клініко-психопатологічного дослідження для обстежених нами підлітків, які страждають на невротичні розлади, найбільш типові наступні особистісні риси: підвищена збудливість і неврівноваженість, конфліктність у відносинах, уразливість і злопам'ятність,

лабільність емоцій, демонстративність емоційних проявів, тривожна помисливість, афективність поведінки.

В роботі нами проведено аналіз особливостей особистості обстежених підлітків по шкалах СБОО. У обстежених нами неповнолітніх правопорушників переважають піки по шкалах психопатії, істерії, депресії, іпохондрії, параної (більш характерно для хлопчиків) і психастенії (більш характерно для дівчаток) ($p < 0,05$).

Як показав аналіз рівня та напрямків конфліктності у неповнолітніх правопорушників найбільший рівень емоційної напруженості виявлений стосовно родини ($97,5 \pm 1,1\%$ обстежених), страхів та побоювань ($91,4 \pm 1,9\%$), батька ($88,3 \pm 2,2\%$), товаришів ($72,8\% \pm 3,1$), усвідомлення провини ($73,2 \pm \%$), минулого ($72,8 \pm 3,1\%$), при цьому у них виникає нездоланий конфлікт по відношенню до майбутнього ($53,1 \pm 5,2\%$ дівчаток і $24,2 \pm 3,9\%$ хлопчиків); для законослухняних підлітків характерна наявність переборного конфлікту щодо страхів та побоювань ($45,1 \pm 5,3\%$ обстежених), вчителів ($34,2 \pm 5,1\%$), осіб протилежної статі ($21,9 \pm 4,4\%$), власної особистості ($25,2 \pm 4,6\%$) ($p < 0,05$).

У підлітків з депресивними розладами відзначалося підвищення рівня суїцидального ризику, що особливо характерно для дівчаток – правопорушниць, в основній групі обстежених даних показник склав 28,5 бала хлопчики і 32,5 балів дівчинки, у контрольній - 20,0 і 22,1 балів відповідно, а також низькі результати за методикою самоусвідомлення смерті (основна група хлопчики - 20,1 бала, дівчатка - 20,6 балів, контрольна група 21,2 і 21,4 бали відповідно), що може бути проявом схильності до суїцидальних дій. Спроби самогубства робили $38,2 \pm 4,5\%$ хлопчиків і $42,4 \pm 5,2\%$ дівчаток злочинців, у порівнянні з $9,1 \pm 4,1\%$ хлопчиків і $11,2 \pm 5,1\%$ дівчаток контрольної групи ($p < 0,05$).

На підставі даних клінічного обстеження підлітків, які знаходяться в місцях позбавлення волі, встановлено, що структура невротичних розладів представлена депресивними (F43.20 – короткочасна депресивна реакція, F.43.21 – змішана тривожно-депресивна реакція) - $28,2 \pm 3,1\%$ обстежених, дисоціативними (конверсійними) розладами (F44.7 – змішані дисоціативні розлади) - $26,3 \pm 3,1\%$, неврастенією (F48.0) - $23,9 \pm 2,9\%$ і obsесивно-компульсивними розладами (F42) - $21,6 \pm 2,8\%$, які у свою чергу мають свою специфіку і варіанти перебігу (рис.2) ($p < 0,05$).

У клінічній картині депресивних розладів у неповнолітніх правопорушників найбільш часто спостерігаються пригніченість настрою та афект туги, астеничні симптоми, а також різні тривожні прояви. У ряді випадків відзначалися короткочасні бурхливі реакції на незначні емоційні події, невідповід-

ність емоційних реакцій ситуації. На основі даних клініко-психопатологічного дослідження були виділені такі варіанти депресивних розладів: тривожний ($44,2 \pm 3,4\%$ підлітків основної та $39,4 \pm 5,2\%$ контрольної груп), неврастенічний ($38,9 \pm 3,4\%$ і $41,1 \pm 5,3\%$ відповідно), астено-апатичний ($9,7\% \pm 2,1$ підлітків основної і $11,1 \pm 3,3\%$ контрольної груп) і меланхолійний ($7,3\% \pm 1,8$ і $8,4 \pm 2,9\%$ відповідно) ($p < 0,05$).

При тривожному варіанті депресії відзначається знижене тло настрою, дратівливість, гіперестезія, почуття туги, тривоги, внутрішнього напруження, занепокоєння з неможливістю розслабитися, істеричні прояви. Неврастенічний варіант містив у собі, поряд пригніченість настрою, афектом туги і тривоги, різноманітні страхи і побоювання, астеничні прояви і вегетативні пароксизми. Астено-апатичний - характеризувався підвищеною стомлюваністю, млявістю, виснаженням, бездіяльністю, байдужістю, відсутністю інтересу до спілкування з однолітками на тлі зниженого настрою, дратівливості, підвищеної чутливості до раніше нейтральних подразників, апатії. Меланхолійний варіант - зниженим тлом настрою, афектом туги, частими лакримальними реакціями, думками про власну малоцінність, ідеями самозвинувачення і самознищення, психомоторною загальмованістю, іпохондричними проявами, соматовегетативними розладами.

У клінічній картині дисоціативних (конверсійних) розладів переважають афективні істероневротичні реакції у вигляді сплесків люті, уразливості, демонстративності, погроз і образ, афективних розрядів із демонстративно-шантажними суїцидальними вчинками з розрахунком "гри на публіку". При цьому одними з постійних скарг були головні болі ($54,8 \pm 1,8\%$ обстежених основної та $55,1 \pm 5,3\%$ контрольної груп), частіше локалізовані в області чола, скроні, тім'я, що супроводжувалися почуттям печії, "повзання мурашок", або за типом "істеричного цвяха", на тлі появи шуму і дзенькоту у вухах, запаморочення. Інтенсивність головних болів коливалася, частіше вони виникали або підсилювалися після емоційної напруги або при негативних настановах на фізичну і розумову працю.

Яскраво вираженим був астеничний симптомокомплекс ($74,2 \pm 3,1\%$ обстежених основної та $66,9 \pm 5,1\%$ контрольної груп). Його специфіка перебігу характеризується дисоціацією між суб'єктивними скаргами на астеничні прояви і дійсними об'єктивними даними клінічного спостереження. Так, підлітки при скаргах на швидку стомлюваність, слабкість були здатні здійснити великий обсяг роботи, особливо при наявності позитивно забарвленого стимулу.

У $41,8 \pm 3,4\%$ підлітків основної та $39,7 \pm 5,2\%$ контрольної груп відзначалися рухові розлади, що виявляються у вигляді гіперкінезів або мимовільних рухів (тремтіння, здригання). Гіперкінези мали характер тиків, тремору кінцівок, блефароспазму, залежали від емоційного стану, тимчасово слабшали або зникали при перемиканні уваги. У ряді випадків спостерігалися сенсорні порушення ($30,2 \pm 3,1\%$ неповнолітніх правопорушників і $39,4 \pm 5,3\%$ підлітків контрольної групи), що проявляються розладами поверхневої больової чутливості по гемітипу або відчуттів болю у різних частинах тіла. Розподіл цих порушень має довільний характер і представлений у вигляді “носків, панчох, рукавичок, жилетки або поясу”. Яскраво вираженими були вегетативні пароксизми, що починалися з нестійкості настрою, неприємних відчуттів в області епігастрії, “короткочасної зупинки подиху” з елементами лярингоспазма, виражених парестезій. Типовим для цих пароксизмів була наявність почуття “грудки в горлі”, запаморочення; підлітки відзначали, що “перед очима усе пливе, кружляє”.

У клінічній картині неврастенії в обстежених підлітків провідним був астеничний симптомокомплекс ($97,9 \pm 0,9\%$ обстежених основної та $89,7 \pm 3,2\%$ контрольної груп) У ряді випадків на тлі яскраво вираженого астеничного симптомокомплексу з'являється сенсibiliзація ($45,6 \pm 3,4\%$ підлітків основної та $52,1 \pm 5,3\%$ контрольної груп) до зовнішніх подразників, особливо в період відходу до сну й у процесі засинання, а також до фізіологічних відчуттів. Спостерігаються почуття зниження розумової продуктивності, після незначної інтелектуальної напруги ($45,6 \pm 3,4\%$ підлітків основної та $47,6 \pm 5,3\%$ контрольної груп); підвищена слабкість і стомлюваність при фізичній нарузі ($48,2 \pm 3,4\%$ і $51,2 \pm 5,3\%$ відповідно); внутрішнє напруження з неможливістю розслабитися ($36,8 \pm 3,3\%$ і $39,1 \pm 5,2\%$), немотивоване занепокоєння ($35,4 \pm 3,3\%$ і $29,7 \pm 4,9\%$), тривога ($37,2 \pm 3,3\%$ і $35,5 \pm 5,1\%$), дратівливість ($47,3 \pm 3,4\%$ і $45,8 \pm 5,3\%$). $56,2 \pm 3,4\%$ обстежених основної та $55,2 \pm 5,3\%$ контрольної груп пред'являють скарги на головні болі, переважно у вигляді “шолома”, або дифузні, які суб'єктивно підлітками характеризуються як здавлення, стягування, поколювання і т.і., які підсилюються при різких поворотах голови або змінах положення тіла з іррадіацією в область шиї, хребта, поширюються на тулуб і кінцівки, на тлі появи шуму і дзенькоту у вухах, запаморочення. У ряді випадків головні болі супроводжуються гіперестезією шкіри, коли до голови неможливо доторкнутися і, навіть, розчісування волосся викликає біль. Інтенсивність головних болів коливається, частіше вони виникають або підсилюються після фізичної і розумової напруги.

Вищеописана клінічна симптоматика мала різну структуру синдромо-комплекса, що виявляється у 57,4±3,4% обстежених основної та 51,3±5,4% контрольної групи в рамках гіперстенічного варіанту перебігу, та у 42,6±3,4% підлітків основної і 48,7±5,3% контрольної - гіпостенічного.

Гіперстенічний варіант характеризується яскраво вираженою дратівливістю, нестриманістю, нетерплячістю, що підсилюються при стомленні і напрузі, схильністю до пароксизмальних короткочасних або затяжних афективних реакцій, що частіше були обумовлені додатковими психотравмуючими обставинами та у своїй основі базувалися на захисних психологічних механізмах, обумовлених боротьбою за виживання в умовах тюремної субкультури. Для гіпостенічного варіанту характерна перевага астенічного компонента, як фізичного, так і психічного, зниження працездатності та цікавості до навколишнього, поява постійного почуття втоми, розбитості. Для дівчаток характерні часті лакримальні реакції. У неповнолітніх чоловічої статі на перший план виступає велика кількість соматичних жалоб – кардіалгії, неприємні відчуття в області серця, дискомфорт у епігастрії і т.і.

У клінічній картині obsесивно-компульсивних розладів в обстежених хворих найбільш часто спостерігаються внутрішнє напруження з неможливістю розслабитися (36,8±3,3% обстежених основної та 29,8±4,9% контрольної груп), різного роду нав'язливі страхи (44,1±3,4% і 55,1±5,3% відповідно), нав'язливі думки (39,2±3,3% і 41,2±5,3%), нав'язливі рухи (41,1±3,4% і 43,4±5,3%) і дії (37,5±3,3% і 39,3±5,2%), немотивоване занепокоєння (35,4±3,3% і 29,7±4,9%), тривога (37,2±3,3% і 36,2±5,1%), негативне емоційне забарвлення переживань (65,4±3,3% і 56,7±5,3%), емоційна лабільність (42,1±3,4% і 40,5±5,2%), астенічний симптомокомплекс (92,4±1,8% підлітків основної та 89,4±3,3% контрольної груп), для дівчаток характерні часті лакримальні реакції (45,3±5,2% і 55,6±8,1%) ($p < 0,05$).

Нами було виділено такі варіанти obsесивно-компульсивних розладів: фобічний (34,7±3,3% обстежених основної та 27,6±48,8% контрольної груп), компульсивний (29,3±3,1% і 31,2±4,9% відповідно) та obsесивний (36,1±3,3% і 41,2±5,3% відповідно).

Для фобічного варіанта характерна наявність ізольованих нав'язливих страхів, тісно пов'язаних із тривожною помисливістю по відношенню до своєї оцінки в очах навколишніх. Компульсивний варіант характеризується нав'язливими діями у вигляді ізольованих, моносимптомних рухових розладів, частіше – тиків; виникненням нав'язливих ритуалів, частіше використовуваних підлітками для попередження можливих невдач. Obsесивний варіант від-

різняється домінуванням нав'язливих думок, частіше у вигляді сумнівів у правильності прийнятих рішень і дій, обумовлених тривожною помисливістю у відношенні передбачуваних нещастя; нав'язливих спогадів пережитого.

На наш погляд, відмінною рисою клінічної картини невротичних розладів у досліджуваного контингенту є тенденція до пароксизмальних короткочасних ($41,2 \pm 3,4\%$) або затяжних ($56,2 \pm 3,4\%$) афективних реакцій, що у своїй основі базувалися на захисних психологічних механізмах, обумовлених боротьбою за виживання в умовах тюремної субкультури.

Як показали результати дослідження, для клінічної картини невротичних розладів у підлітків, що знаходяться в місцях позбавлення волі, облігатними були вегетативно-судинні пароксизми. У підлітків контрольної групи також спостерігалася вегетативна лабільність, однак, виражені судинні кризи були характерні тільки для підлітків із дисоціативними (конверсійними) розладами і неврастенією.

У $40,9 \pm 3,4\%$ неповнолітніх правопорушників з депресивними розладами вегетативні кризи починалися з ознобу, супроводжувалися прискореним серцебиттям, нерідко з почуттям оніміння або похолодання кінцівок, тобто мали симпато-адреналову спрямованість; у $59,1 \pm 3,4\%$ ваго-інсулярну спрямованість, починалися з елементів “завмирання серця”, задишки, почуття “припливу жару до лиця або тіла”, що змінюється ознобом і тахікардією. Структуру криза у підлітків з дисоціативними (конверсійними розладами) можна було віднести до змішаних, що мав тісне переплетіння як симпато-адреналових, так і базальних феноменів. У підлітків із неврастенією – змішаним, з перевагою парасимпатичних порушень. У підлітків з обсесивно-компульсивними розладами - симпато-адреналовим і змішаним, що характеризується переплетінням симпато-адреналових і вагоінсулярних проявів.

У більшості підлітків як основної, так і контрольної груп, було виявлено різні порушення циклу “сон - неспання”, що впливають на перерозподіл клінічної симптоматики в плинні дня. Для підлітків із депресивними розладами найбільш характерними були труднощі засипання з частими пробудженнями та жахливими сновидіннями, а також ранні пробудження; при цьому клінічна картина розладу була більш широко представлена вранці та у першій половині дня, до вечора відзначалося зниження виразності симптоматики ($76,2 \pm 2,9\%$ обстежених основної та $67,4 \pm 5,1\%$ контрольної груп). При дисоціативних (конверсійних) розладах відзначено утруднене засипання, що поєднується з поверхневим, тривожним сном і пробудженнями серед ночі; виразність клінічної симптоматики була рівномірною в плинні всього дня ($75,9 \pm 2,9\%$ підліт-

ків основної та $69,7 \pm 4,9\%$ контрольної групи). Підлітки, які страждали на неврастенію майже весь день відчувають сонливість, а по ночах (хоча вираженої агрипнії, як правило, не настає) сплять тривожно, з частими пробудженнями та страхітливими сновидіннями; найбільша вираженість клінічної симптоматики відзначається у другій половині дня, з наростанням при відході до сну ($76,5 \pm 2,9\%$ і $69,8 \pm 4,9\%$ відповідно). При обсесивно-компульсивних розладах відзначалися труднощі засипання ввечері, пов'язані з фобичними проявами, неспокійний сон з частими пробудженнями, страхітливі сновидіння, сонливість удень; максимальна вираженість клінічної симптоматики відзначалася при пробудженні і перед відходом до сну ($76,5 \pm 2,9\%$ і $70,1 \pm 4,9\%$).

Результати клініко-неврологічних, електроенцефалографічних і реоенцефалографічних досліджень вказують на ряд характеристик, що відбивають стан нервової системи у підлітків основної та контрольної груп. Зокрема, загальним для обстежених груп виявилася наявність патологічних симптомів: легкий птоз повік ($82,3 \pm 2,6\%$ обстежених основної та $32,5 \pm 5,1\%$ контрольної груп), легким ($19,5 \pm 2,7\%$ і $15,6 \pm 3,9\%$ відповідно) або вираженим ($12,6 \pm 2,3\%$ і $10,2 \pm 3,2\%$) обмеженням погляду вгору і сторони, слабкістю акту конвергенції ($56,3 \pm 3,4\%$ і $36,7 \pm 5,1\%$), зниженням зіничних реакцій ($34,1 \pm 3,2\%$ і $9,6 \pm 3,1\%$), недостатність лицьового нерва по центральному типу ($78,4 \pm 2,8\%$ і $67,5 \pm 5,1\%$), ністагм ($50,6 \pm 3,4\%$ і $38,3 \pm 5,2\%$), відхилення язика в бік, частіше вліво ($44,7 \pm 3,4\%$ і $24,3 \pm 4,6\%$); підвищення тла сухожильних і періостальних рефлексів ($79,5 \pm 2,8\%$ і $58,3 \pm 5,3\%$); підвищення черевних і підшовних рефлексів ($63,3 \pm 3,3\%$ і $64,1 \pm 5,1\%$); асиметрія сухожильних, періостальних і шкірних рефлексів ($37,2 \pm 3,3\%$ і $28,6 \pm 4,8\%$); патологічні стопні рефлекси Бабинського, Штрюмпеля, Шефнера ($38,2 \pm 3,3\%$ і $14,3 \pm 3,7\%$), приховані зміни тону м'язів ($30,1 \pm 3,1\%$ і $21,5 \pm 4,4\%$); хворобливість при пальпації тригемінальних ($86,3 \pm 2,3\%$ і $49,2 \pm 5,3\%$), окціпитальних, паравертебральних ($79,2 \pm 2,8\%$ і $78,2 \pm 4,4\%$) цяток; розлад поверхневої ($74,2 \pm 3,1\%$ і $71,2 \pm 4,8\%$), шкірної ($89,4 \pm 2,1\%$ і $90,1 \pm 3,2\%$) і тактильної ($29,5 \pm 3,1\%$ і $28,2 \pm 4,8\%$) чутливості; нестійкість у позі Ромберга з відхиленням (падінням) назад або в боки ($82,2 \pm 2,6\%$ і $67,5 \pm 5,1\%$), нечітка пальцю-носова ($47,3 \pm 3,4\%$ і $44,2 \pm 5,3\%$). ($p < 0,05$). Поява на ЕЕГ феноменів поліритмії; гіперсинхронізації, дезорганізації не тільки домінуючого ритму, але і біопотенціалів будь-яких частот; міграції альфа-коливачів у лобові і скроневі відділи головного мозку, що поєднуються з білатерально-синхронними спалахами дельта - і тета - активності або високоамплітудним бета-ритмом та іншими другими пароксизмальними ЕЕГ - феноменами; у спектрі ЕЕГ зрушення ліворуч у бік дельта-, тета-, аль-

фа-діапазонів найбільш виражені у правій півкулі головного мозку; подібний характер і у змінах церебральної гемодинаміки.

Результати вивчення показників електронегативності ядер букального епітелію показали, що у підлітків, що знаходяться в місцях позбавлення волі, у порівнянні з їхніми законослухняними однолітками, визначається зменшення кількості активних клітин букального епітелію, що свідчить про зростання їх біологічного віку, про погіршення соматофізіологічного стану під впливом пенітенціарного стресу, зниження адаптаційних резервів.

Проведений кореляційний аналіз отриманих даних виявив тісні взаємозв'язки між змінами у ефektorно-вольовій сфері та залежністю від алкоголю підлітків ($r=0,60$), зловживанням ними токсичних речовин ($r=0,66$) і наркотиків ($r=0,60$), крадіжками ($r=0,61$), хуліганськими діями ($r=0,60$), співучастю у вбивстві ($r=0,61$) і згвалтуванні ($r=0,62$); між змінами в емоційній і ефektorно-вольовій сферах і конфліктністю стосовно протилежної статі ($r=0,65$), цілям особистості ($r=0,65$), страхам і побоюванням ($r=0,63$), а також стосовно майбутнього ($r=0,60$); між змінами в сфері мислення і конфліктністю стосовно цілям особистості ($r=0,56$), страхами і побоюваннями ($r=0,55$), а також свідомості провини ($r=0,57$) і майбутнього ($r=0,49$), змін в емоційній сфері і конфліктністю стосовно протилежної статі ($r=0,49$), ($p<0,05$).

На основі отриманих даних, що відбивають механізми формування невротичних розладів у неповнолітніх, що знаходяться в місцях позбавлення волі, розроблено методи корекції і профілактики даних порушень з диференційованим використанням комплексу психотерапевтичних методик і медикаментозного лікування, однак необхідно відзначити, що можливість вибору медикаментозних засобів в умовах медико-санітарних частин виховально-трудових колоній різко обмежена. Ведуче місце в лікуванні невротичних розладів у підлітків, що знаходяться в місцях позбавлення волі, належить психотерапевтичним методам корекції різної спрямованості.

Результати проведеного нами дослідження показують, що для корекції невротичних розладів у неповнолітніх, що знаходяться в місцях позбавлення волі, доцільно застосовувати комплексні психокорекційні програми, що передбачають поетапне введення психотерапевтичних методик у залежності від індивідуальних особливостей підлітків та змістовної частини психотерапії. При цьому задачі змістовної частини повинні включати принцип взаємного потенціювання, незалежно від застосування і введення методів психотерапії.

Змістовна частина психотерапевтичного процесу, проведеного в умовах пенітенціарної системи, повинна бути строго аргументована об'єктивними

фактами, відповідати реальному поетапному втіленню в життя, виключати аморфні, ілюзорні трактування й орієнтоване на позитивний ефект при активній роботі підлітка. До складу вищевказаних програм входять наступні психотерапевтичні методики.(рис.3)

Раціональна психотерапія (класичний варіант Дюбуа), спрямована на розкриття патогенетичесної суті конфлікту, що визначає запуск невротичної реакції, корекцію неадекватних емоційних реакцій, активацію позитивних особливостей особистості, переробку патологічного стереотипу поведінки, нормалізацію системи емоційно-вольового реагування, зміна системи відносин.

Групова терапія (модифікація Ейдемлера Э.Г., 1994), спрямована на підвищення здатності підлітків, що знаходяться в умовах висновку, адекватно реагувати, як на пенітенціарні проблемні ситуації, так і на ситуації, з якими вони зштовхнуться після звільнення та приймати конструктивні рішення.

Особистісно-орієнтована психотерапія (по Карвасарському Б.Д., Інсуріної Г.Л. та Тишлакову В.А., 1994), спрямована на формування адекватної самосвідомості, розкриття і переробку внутрішнього психологічного конфлікту, корекцію неадекватних особистісних відносин.

З метою активної участі підлітків у реалізації психотерапевтичної програми доцільно введення методів психічної саморегуляції. Аутогенне тренування застосовувалося нами в різних модифікаціях, в залежності від виду невротичного розладу. Так, при депресивних розладах ми використовували модифікацію Клейнзорге і Клумбіеса, (1965), спрямовану на купірування тривожної симптоматики, активацію захисних психологічних механізмів; у хворих з дисоціативними (конверсійними) розладами використовувалася методика Сегментарного тренінгу (Сухоруков В.І., 1984) у нашій модифікації, з метою виборчого усунення окремих маніпулятивних симптомів; при неврастенії застосовувався психотонічний варіант Шогама А.М., Мировського К.І. (1963), спрямований на підвищення самооцінки й адекватного сприйняття навколишнього, купірування астеничної симптоматики; у підлітків з obsesивно-компульсивними розладами також використовувалася модифікація Клейнзорге і Клумбееса, (1965), спрямована на зміну відношення до нав'язливих станів, вироблення почуття байдужності до них.

Методи психотерапії	Депресивні розлади	Дисоціативні конверсійні розлади	Неврастенія	Обсесивно-компульсивні розлади
Раціональна Психотерапія	Розкриття патогенетичної суті конфлікту, що визначає запуск невротичної реакції, активація позитивних особливостей особистості, корекція неадекватних емоційних реакцій і поведінки, переробка патологічного стереотипу поведінки, нормалізація системи емоційно-вольового реагування, зміна системи відносин			
	Перебудова відношення до психотравмуючої ситуації	Переконання підлітка у функціональному характері його захворювання	Усвідомлення та розуміння причинно-наслідкових зв'язків між особливостями системи відношень та захворювання	Переконання та переорієнтація підлітка на адекватне розуміння хворобливих симптомів
Групова терапія модифікація Ейдемлера	Підвищення здатності адекватно реагувати на пенітенціарні проблемні ситуації, приймати конструктивні рішення, зміна відношення до свого захворювання, корекція поведінкових реакцій, регенерація особистісної активності, еквівалентне моделювання психосоціальної діяльності			
Особистісно-орієнтована психотерапія за Карвасарським, Інсуріній та Ташликовим	Формування адекватної самосвідомості, розкриття та переробка внутрішнього психологічного конфлікту та корекція неадекватних особистісних відношень			
Аутогенне тренування	Розвиток та підсилення процесів саморегуляції, самоконтролю та самоволодіння, регуляція порушень у вегетативній нервовій системі, формування компенсаторних механізмів, нормалізація циклу сон-неспанья			
	Модифікація Клензорге та Клумбієса Купірування тривоги, депресії, активація захисних психологічних механізмів	Сегментарний тренінг Вибіркове усунення окремих маніпулятивних симптомів	Модифікація Міровського Підвищення самооцінки, адекватного сприйняття оточуючих, купірування астенії	Модифікація Шогама, Клензорге та Клумбієса Зміна відношення до нав'язливих станів, вироблення почуття байдужості до них
Музикотерапія	Потенціювання психотерапевтичного впливу, стабілізація вегетативного статусу, нормалізація циклу сон-неспанья			

Рис. 3. Схема корекції невротичних розладів у підлітків, які знаходяться у місцях позбавлення волі

В роботі в комплексі з описаними вище психотерапевтичними методами нами застосовувався метод музикотерапії заснований на перетворених модульованих частотно-амплітудних характеристиках біопотенціалів нічного сну здорового суб'єкта. (програма “Морфей 2”, 1990), спрямований на потенціювання психотерапевтичних впливів, стабілізацію вегетативного статусу, корекцію циклу сон-неспанья.

У результаті проведення представлених психотерапевтичних технологій у більшості підлітків позитивна динаміка відзначалася вже після 4-5 заняття. Поряд зі зниженням кількості скарг, зниженням ступеню враженості тривоги, депресії й астенії, відзначалося купірування соматовегетативних розладів і нормалізація сну.

Нами розроблено систему профілактичних заходів, яка охоплює всі етапи проходження підлітком установ пенітенціарної системи, оскільки кожен етап має свою специфіку психотравмуючих факторів. Ми вважаємо доцільним виділити етапи первинної, вторинної і третинної психопрофілактики, в залежності від періодів перебування підлітка в умовах пенітенціарної системи (рис. 4).

На етапі перебування неповнолітнього в СІЗО необхідно проведення комплексу психопрофілактичних заходів, що включають у себе первинну профілактику, що передбачає корекцію всіх слідчих і режимних заходів з урахуванням особистісних особливостей і психічного стану неповнолітнього правопорушника. Вторинну психопрофілактику - ранню діагностику невротичних розладів (введення обов'язкового огляду психіатра), введення в штат медичних частин СІЗО медичного психолога, оцінку особистісних особливостей неповнолітніх і прогнозування їхніх поведінкових реакцій, своєчасне й адекватне лікування невротичних розладів. Третинну – дезактуалізацію психотравмуючих факторів і ситуацій, контроль за групою ризику розвитку невротичних розладів.

Для роботи з неповнолітніми в умовах ВТК необхідно постійне здійснення ряду психопрофілактичних заходів, незалежно від етапу перебування підлітка у ВТК. Заходи, що включають у себе первинну психопрофілактику - розробку і впровадження нових принципів режиму, його корінну гуманізацію. Вторинну - ранню діагностику невротичних розладів (регулярні огляди, виділення груп ризику та спостереження за ними), своєчасне й адекватне їхнє лікування в умовах медичних частин ВТК. І третинну - профілактику рецидиву невротичних розладів, корекцію усіх виховних і режимних заходів урахуванням психічного стану правопорушника.

Первинна профілактика	Вторинна профілактика	Третинна профілактика
СЛІДЧІ ЗАХОДИ		
➤ корекція усіх слідчих і режимних заходів з урахуванням психічного стану правопорушника.	➤ рання діагностика, своєчасне й адекватне лікування ➤ оцінка особистісних особливостей підлітків і прогнозування їхніх особистісних реакцій	➤ дезактуалізація психотравмуючих факторів ➤ контроль за групою ризику
ВИХОВНО-ТРУДОВІ КОЛОНІЇ		
Перші 3 місяці		
➤ розробка і реалізація довгострокової програми індивідуально-особистісної психолого-педагогічної корекції ➤ розробка і впровадження нових принципів режиму ➤ виділення груп ризику	➤ оцінка особистісних особливостей підлітків і прогнозування їхніх адаптаційних реакцій ➤ психотерапія: корекція неадекватних реакцій і форм поведіння; зміна системи відносин; формування нового сприйняття середовища перебування; підвищення адаптаційних можливостей ➤ рання діагностика, своєчасне й адекватне лікування	➤ дезактуалізація психотравмуючих ситуацій ➤ корекція усіх виховних і режимних заходів з урахуванням психічного стану правопорушника
Основний термін		
➤ зниження рівня емоційної напруженості ➤ розробка і впровадження нових принципів режиму ➤ трудотерапія і профорієнтація	➤ психотерапія: переробка патологічного стереотипу поведінки; нормалізація системи емоційно-вольового реагування; формування компенсаторних механізмів; навчання різним прийомам релаксації ➤ рання діагностика, своєчасне й адекватне лікування	➤ профілактика рецидиву ➤ корекція усіх виховних і режимних заходів з урахуванням психічного стану правопорушника
Перед звільненням (3 місяці)		
➤ виробка корекції планів на майбутнє ➤ профорієнтація	➤ психотерапія: формування позитивної установки на майбутнє; зміна системи відносин; формування компенсаторних механізмів ➤ рання діагностика, своєчасне й адекватне лікування	➤ зняття психологічних бар'єрів ➤ попередження розвитку декомпенсації
РЕАБІЛІТАЦІЯ		
➤ рішення соціальних проблем ➤ працевлаштування ➤ соціально-правова допомога ➤ медико-психологічна допомога	➤ рання діагностика, своєчасне й адекватне лікування ➤ психотерапія: формування компенсаторних механізмів; підвищення адаптаційних можливостей; регенерація особистісної активності	➤ профілактика рецидиву ліквідація та дезактуалізація психотравмуючих факторів і ситуацій

Рис. 4. Схема психопрофілактичних заходів у місцях позбавлення волі

Крім перерахованого вище, в період адаптації до умов перебування у ВТК (перші 3 місяці відбування покарання) методи первинної профілактики повинні включати у себе: розробку довгострокової програми індивідуально-особистісної корекції та поетапної її реалізації; недерективний початок психолого-педагогічної корекції, допомога в адаптації неповнолітнього до навчання і до трудової терапії, їхній індивідуальний підбір. Вторинна - передбачає оцінку особистісних особливостей підлітків і прогнозування їхніх адаптаційних реакцій у ВТК; необхідним є проведення комплексу психотерапевтичних заходів, спрямованого на корекцію формування нового сприйняття середовища проживання, підвищення адаптаційних можливостей. Третинна профілактика повинна бути спрямована на дезактуалізацію психотравмуючих факторів і ситуацій, та контроль за групою ризика.

Під час відбування підлітком основного терміну в пенітенціарній системі необхідно проведення наступних заходів. Первинна профілактика: зниження рівня емоційної напруженості внаслідок розширення сфери спілкування, особливо у випадку переваги конфліктних відносин; трудової терапії і профорієнтації. Вторинна - у першу чергу повинна включати прийоми особистісно-орієнтованої психотерапії, спрямовані на активацію позитивних особливостей особистості, переробку патологічного стереотипу поведінки, нормалізацію системи емоційно-вольового реагування. Доцільним є використання різних тренінгових прийомів, переважно в груповому варіанті, спрямованих на підвищення здатності підлітків адекватно реагувати на пенітенціарні проблемні ситуації та приймати конструктивні рішення. Третинна профілактика повинна базуватися на тім факті, що особистісні реакції підлітків, які знаходяться в місцях позбавлення волі, істотно впливають на плин невротичних розладів. Дану обставину потрібно брати до уваги при організації їх навчання, трудової діяльності, при забезпеченні побутовими умовами, застосуванні виховних і каральних заходів. Для них повинно бути створено визначений режим, що щадить, щоб їхня робота, побут, спілкування з засудженими і представниками адміністрації установ відбування покарань не тільки не викликали загострення хвороби, але і сприяли б, якщо дозволяє сам характер патології, її лікуванню.

У період перед звільненням (останні 3 місяці у ВТК) адекватним є застосування наступних психопрофілактичних заходів. Первинна профілактика: вироблення і корекція планів на майбутнє, профорієнтація, поступове розширення сфери спілкування. Вторинна - оцінка особистісних особливостей підлітків і прогнозування їх адаптаційних реакцій на волю, особистіст-

но-орієнтована психотерапія (формування позитивної установки на майбутнє, активація позитивних особливостей особистості, нормалізація системи емоційно-вольового реагування). Третинна - повинна бути спрямована на зняття психологічних бар'єрів, виявлення психологічного захисту, попередження розвитку станів декомпенсації.

У результаті проведення представленої системи психопрофілактичної роботи в умовах пенітенціарної системи у більшості підлітків відзначалася позитивна динаміка психічного стану, невротична симптоматика редукувалася; у 92,6% спостережень рецидивів захворювання не наставало.

ВИСНОВКИ

1. У дисертації приведено теоретичне обґрунтування і нове рішення наукової задачі виявлення особливостей формування невротичних розладів і вивчення їх клінічної структури у підлітків, які знаходяться в умовах пенітенціарної системи. Розроблено патогенетично обґрунтовану систему корекції і психопрофілактики даної патології.
2. У формуванні невротичних розладів у підлітків, що знаходяться в місцях позбавлення волі, лежить багатофакторна обумовленість, у якій біологічні, соціальні і психологічні фактори представлені в нерозривному комплексі, що визначає специфіку патогенезу та синдромогенезу психічних розладів у неповнолітніх ув'язнених.
3. Основу патогенетичного конфлікту підлітків, які знаходяться в місцях позбавлення волі, складають такі особистісні риси як підвищена збудливість і неврівноваженість, конфліктність у відносинах, уразливість і злопам'ятність, лабільність емоцій, демонстративність емоційних виявлень, схильність до афектів, що визначають профілі по шкалах СМОЛ - психопатії, істерії, депресії, іпохондрії, параной (більш характерно для хлопчиків) і психастенії (більш характерно для дівчаток). При цьому закріплюючими і підтримуючими розвиток невротичних розладів є фактори соціальної ізоляції, різка зміна життєвого стереотипу, психічна депривація, тверда регламентація поведінки, замкнута система спілкування, розрив устояних особистісних зв'язків, нездоланний особистісний конфлікт по відношенню до майбутнього.
4. Структура невротичних розладів представлена депресивними (28,2±3,1% обстежених), дісоціативними (конверсійними) розладами (26,3±3,1%), неврастенією (23,9±3,1%) і obsesивно-компульсивними (21,6±2,8%) розладами, що мають свою специфіку і варіанти плину.

- 5.** У структурі депресивних розладів у неповнолітніх правопорушників виділено: тривожний ($44,2 \pm 3,4\%$ обстежених), неврастенічний ($38,9 \pm 3,3\%$), астено-апатичний ($9,7 \pm 2,1\%$) і меланхолійний ($7,3 \pm 1,8\%$) варіанти. Дисоціативні (конверсійні розлади) у підлітків, що знаходяться в місцях позбавлення волі, проявляються комплексом афективних, вегетативних, рухових і сенсорних порушень. Клінічна структура неврастенії - гіперстенічним ($57,4 \pm 3,4\%$) і гіпостенічним ($42,6 \pm 3,4\%$) варіантами. Обсесивно-компульсивні розлади - фобічним ($34,7 \pm 3,3\%$), компульсивним ($29,3 \pm 3,1\%$) і обсесивним ($36,1 \pm 3,3\%$).
- 6.** Характерними для клінічної картини невротичних розладів у підлітків, які знаходяться в місцях позбавлення волі, були: облігатність астеничного симптомокомплексу вегетативних пароксизмів, а також порушення циклу "сон - неспанья", яке впливає на перерозподіл клінічної симптоматики, обумовлених біологічною основою синдрому генезу – широкою поширеністю пре- і постнатальної патології ($62,3 \pm 3,3\%$), неодноразовими черепно-мозковими травмами ($99,4 \pm 0,5\%$), зловживанням алкоголем ($70,3\% \pm 3,1$) і токсичними ($69,3 \pm 3,2\%$) речовинами.
- 7.** Особливістю плинності невротичних розладів у делінквентних підлітків є наявність короткочасних афективних розладів поведінки, обумовлених, на наш погляд, захисними психологічними механізмами, що визначаються боротьбою за виживання в умовах тюремної субкультури.
- 8.** Для корекції невротичних розладів у підлітків, які знаходяться в місцях позбавлення волі, доцільним є застосування: психокорекційних програм, що включають у себе раціональну психотерапію, спрямовану на мобілізацію захисних сил особистості для боротьби з хворобою; групову психотерапію, спрямовану на корекцію поведінкових реакцій, регенерацію особистісної активності; особистісно-орієнтовану психотерапію, спрямовану на формування адекватної самосвідомості, розкриття і переробку внутрішнього психологічного конфлікту й аутогенне тренування, що сприяє посиленню процесів саморегуляції, самоконтролю та самовладання, регуляцію порушень у вегетативній нервовій системі.
- 9.** Система психопрофілактики невротичних розладів повинна включати заходи первинної психопрофілактики - розробку і впровадження нових принципів режиму, його корінну гуманізацію; ліквідацію педагогічної занедбаності; вторинної - ранню діагностику невротичних розладів, своєчасне та адекватне їх лікування в умовах медичних частин ВТК; третинної психопрофілактики - профілактику рецидиву невротичних розладів, корекцію усіх виховних і режимних заходів з урахуванням психічного стану правопорушника.

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Кожина А.М., Слюсар В.В. Проблеми та перспективи підліткової пенітенціарної психіатрії // Вісник наукових досліджень. – 1999. - № 3(16). - С.61–62. (особистий внесок Кожині Г.М. – набір матеріалу, опис результатів дослідження).
2. Кожина А.М. Психосоциальные закономерности формирования криминального поведения несовершеннолетних // Экспериментальная и клиническая медицина. – 2000. - № 3. - С. 22 – 25.
3. Кожина А.М. Принципы оказания психиатрической помощи в условиях подростковой пенитенциарной системы // Український вісник психоневрології. – 2000. – Т. 8, вип. 1 (23). - С. 19 – 22.
4. Кожина А.М., Демина О.О. Основные принципы коррекции пограничных психических расстройств у подростков, находящихся в условиях пенитенциарной системы // Медицина сегодня и завтра. – 2000. - № 2. - С.62 – 64. (Особистий внесок Кожині Г.М. – набір матеріалу, опис результатів дослідження).
5. Кожина А.М. Роль социально-психологических факторов в формировании делинквентного поведения подростков // Український вісник психоневрології. – 2000. – Т. 8, вип. 3 (25). - С.79 – 81.
6. Кожина А.М. Клинико-психопатологические особенности подростков, находящихся в местах лишения свободы // Український вісник психоневрології. – 2001. – Т. 9, вип. 1 (26). - С. 31 – 34.
7. Кожина А.М. Роль личностного фактора в формировании делинквентного поведения несовершеннолетних // Український вісник психоневрології. – 2001. – Т. 9, вип. 4 (29). - С. 60 – 61.
8. Кожина А.М. Структура психических расстройств у подростков, находящихся в местах лишения свободы // Український вісник психоневрології. – 2002. – Т. 10, вип. 1 (30). - С.124 – 125.
9. Кожина А.М. Непсихотические психические расстройства у подростков, находящихся в местах лишения свободы // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения. – 2002. – Т. 138, ч. 1. - С.110 – 112.
10. Кожина А.М. Методические подходы к психотерапии, психопрофилактике и психогигиене пограничных психических расстройств у подростков находящихся в местах лишения свободы // Вісник Вінницького державного медичного університету. – 2003. - № 2/2. - С. 864 – 865.

11. Кожина А.М. Роль социально-психологических и биологических факторов в формировании невротических расстройств у подростков, находящихся в местах лишения свободы // Медицина сегодня и завтра. – 2003. - № 4. - С.119 – 122.
12. Кожина А.М. Обсессивно-компульсивные расстройства у подростков, находящихся в местах лишения свободы // Таврический журнал психиатрии. – 2004. - Т.8, № 2(27). - С.36 – 38.
13. Кожина А.М. Депрессивные расстройства у подростков, находящихся в местах лишения свободы // Архив психиатрии. – 2004. – Т. 10, №3 (38). - С. 67 – 70.
14. Кожина А.М. Клинические варианты невротических расстройств у подростков, находящихся в местах лишения свободы // Український медичний альманах. – 2004. – Т. 7, № 4. - С. 172 -174.
15. Кожина А.М. Техники проведения рациональной психотерапии в условиях подростковой пенитенциарной системы // Український вісник психоневрології. – 2004. – Т. 12, вип. 3 (40). - С. 49 – 51.
16. Гавенко В.Л., Кожина А.М. Коррекция и профилактика невротических расстройств у подростков, находящихся в местах лишения свободы // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2004. - № 4 (14). - С.67 – 70. (Особистий внесок Кожиної Г.М. – набір матеріалу, опис результатів дослідження).
17. Кожина А.М. Психотерапия при невротических расстройствах у несовершеннолетних, находящихся в пенитенциарных учреждениях // Архив психіатрії. – 2004. – Т. 10, № 4 (39). - С.116 – 119.
18. Кожина А.М. Клинические особенности неврастения у несовершеннолетних, находящихся в воспитательно-трудовых колониях // Врачебная практика. – 2004. - № 5. - С. 46 – 49.
19. Кожина А.М. Система психопрофилактики невротических расстройств у подростков, находящихся в местах лишения свободы // Український вісник психоневрології. – 2005. – Т. 13, вип. 1 (42). - С. 63 – 67.
20. Гавенко В.Л., Кожина А.М. Особенности клинической картины и закономерности формирования невротических расстройств у несовершеннолетних, находящихся в условиях пенитенциарной системы // Архив психіатрії. – 2005. - Т.11, 2 (41). - С.104-108. (Особистий внесок Кожиної Г.М. – набір матеріалу, опис результатів дослідження).
21. Кожина А.М. Диссоциативные (конверсионные) расстройства у несовершеннолетних правонарушителей, находящихся в местах лишения свободы // Таврический журнал психиатрии. – 2005. - Т.9, № 2(31). - С. 4-6.

- 22.** Кожина А.М. Социально-психологические факторы риска развития криминальных форм поведения несовершеннолетних // Медицинские исследования. – 2001. – Т. 1, вып. 1. - С.119 – 120.
- 23.** Кожина А.М., Демина О.О. Предболезненные психические изменения у подростков находящихся в пенитенциарных учреждениях // Медицина сегодня и завтра. – 1998. - № 1(4). - С. 121-126. (Особистий внесок Кожиної Г.М. – набір матеріалу, опис результатів дослідження).
- 24.** Кожина А.М., Синайко В.М., Романова И.В., Гайчук Л.М. Девиации поведения, как проявление состояний дезадаптации подростков, лишенных родительского попечительства // Материалы Международной конференции психиатров. - Москва, 1988. - С. 101. (Особистий внесок Кожиної Г.М. – набір матеріалу, опис результатів дослідження)
- 25.** Гавенко В.Л., Кожина А.М., Синайко В.М., Прокопович Е.М., Гайчук Л.М., Демина О.О. Коррекция и профилактика суицидального поведения у социально дезадаптированных подростков //Зб. наук. робіт “Суїцидологія: теорія та практика”. – К., 1998. - С. 64-66. (Особистий внесок Кожиної Г.М. – набір матеріалу, опис результатів дослідження).
- 26.** Кожина А.М., Гайчук Л.М., Соколова И.М. Социально - психологические предпосылки формирования преступного поведения подростков //Сб. статей “Медицина сегодня и завтра”. - Харьков, 1998 - Вып.3. - С.37-38. (особистий внесок Кожиної Г.М. – набір матеріалу, опис результатів дослідження).
- 27.** Кожина А.М., Дьоміна О.О. Социально - психологические закономерности формирования криминогенного поведения подростков //Зб. статей “Актуальні проблеми сучасної науки у дослідженнях молодих вчених м. Харкова”. - Харків, 1998. - С.179 – 182. (Особистий внесок Кожиної Г.М. – набір матеріалу, опис результатів дослідження).
- 28.** Гавенко В.Л., Кожина А.М., Гайчук Л.М., Демина О.О., Оспищев Е.Я. Психосоциальные аспекты подростковой проституции // Материалы до науково-практичної конференції “Боротьба з торгівлею жінками: проблемі вдосконалення законодавства та завдання органів внутрішніх справ України”. - Харків, 1999. - С.107-110. (Особистий внесок Кожиної Г.М. – набір матеріалу, опис результатів дослідження).
- 29.** Гавенко В.Л., Кожина А.М., Несен О.А Актуальные задачи подростковой пенитенциарной психиатрии. //Мат. наук. конфер. “Актуальні питання дитячої психіатрії в Україні”. - Харків, 1999. - Вип. 2. - С. 66-69. (Особистий внесок Кожиної Г.М. – набір матеріалу, опис результатів дослідження).

- 30.** Кожина А.М., Демина О.О. Клинико - психологический анализ криминального поведения подростков // Мат. наук. конфер. “Актуальні питання дитячої психіатрії в Україні”. - Харків, 1999. - Вип 2. - С.103-106. (Особистий внесок Кожиної Г.М. – набір матеріалу, опис результатів дослідження).
- 31.** Кожина А.М., Гайчук Л.М., Слюсарь В.В., Демина О.О. Применение препарата “Неулептил” у делинквентных подростков // Матеріали V національного з’їзду фармацевтів України “Досягнення сучасної фармації та перспективи її у новому тисячолітті”. - Харків, 1999. - С.673.
- 32.** Гавенко В.Л., Кожина А.М., Самардакова Г.А., Кожина А.М., Гайчук Л.М., Демина О.О. Взаимосвязь проявлений конфликтности и степени суицидального риска у делинквентных девочек подростков // Мат. научно – практ. конфер. - Харків, 2000. - С.157. (Особистий внесок Кожиної Г.М. – набір матеріалу, опис результатів дослідження).
- 33.** Кожина А.М. Роль семейной дезадаптации в формировании делинквентного поведения подростков // Збірник тез конфер. молодих вчених ХДМУ “Медицина третього тисячоліття”. – Харків, 2001. - С.38.
- 34.** Кожина А.М., Гайчук Л.М. Психосоматические расстройства у делинквентных девочек подростков // Матеріали пленуму науково-практичного товариства неврологів, психіатрів та наркологів України, присвяченого Року Здоров’я “Актуальні питання неврології, психіатрії та наркології у світлі концепції розвитку охорони здоров’я населення України”. - Тернопіль, 2001. - С.76 – 78. (Особистий внесок Кожиної Г.М. – набір матеріалу, опис результатів дослідження).
- 35.** Кожина А.М. Особенности психических расстройств у осужденных несовершеннолетних // Збірник тез конференції молодих вчених “Медицина третього тисячоліття”. - Харків, 2002. - С.166.
- 36.** Кожина А.М. Проблемы организации психиатрической помощи подросткам правонарушителям // Тези доповідей III Міжнар. науково-практичної конфер. “Наука і соціальні проблеми суспільства: медицина, фармація біотехнологія”. - Харків, 2003. - С. 96.
- 37.** Кожина А.М. Невротические расстройства у подростков, находящихся в местах лишения свободы // Мат. наук. симпозиуму “Невротичні розлади у дітей та підлітків: патогенез, клініка, реабілітація”. - Харків, 2003. - С.42 – 43.
- 38.** Кожина А.М. Клініко-психопатологічна характеристика невротичних розладів у підлітків, які знаходяться в пенітенціарних закладах // Мат. конфер. молодих вчених “Актуальні питання розвитку сучасної психіатрії в дослідженнях молодих вчених”. - Харків, 2003. - С.32 – 33.

39. Кожина А.М. Психотерапия и психопрофилактика невротических расстройств у подростков находящихся в местах лишения свободы // Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених “Медицина третього тисячоліття”. - Харків, 2004. - С.161.
40. Кожина А.М. Проблемы адаптации несовершеннолетних до условий пенитенциарной системы // Мат. наук.-практичної конфер. з міжнародною участю “Філософія виживання: молодь і сучасний світ”. - Харків, 2004. - С. 72 – 73.
41. Кожина А.М. Структура невротических расстройств у подростков, находящихся в местах лишения свободы// Мат. науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої 200-річчю з дня застосування ХДМУ “Від фундаментальних досліджень до прогресу в медицині”. -Харків, 2005. - С. 23.
42. Кожина А.М., Гайчук Л.М. Специфика клинической структуры невротических расстройств у подростков, находящихся в условиях депривации // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених і спеціалістів „Від фундаментальних досліджень до медичної практики”. - Харків, 2005. - С. 72 (Особистий внесок Кожиної Г.М. – набір матеріалу, опис результатів дослідження).
43. Кожина А.М., Гайчук Л.М. Вегетативні порушення в структурі невротичних розладів у підлітків правопорушників // Мат. наук. –практ. конфер. молодих вчених „Досягнення молодих вчених - майбутнє медицини”. - Харків, 2005. - С. 48 (Особистий внесок Кожиної Г.М. – набір матеріалу, опис результатів дослідження)
44. Гавенко В.Л. Кожина А.М. Методические подходы к коррекции невротических расстройств у подростков, находящихся в местах лишения свободы // Мат. наук.-практ. конфер. “Сучасні фармакотерапевтичні підходи в дитячій психіатрії” - Харків, 2005. - С.22 (Особистий внесок Кожиної Г.М. – набір матеріалу, опис результатів дослідження).

АННОТАЦИЯ

Кожина А.М. Невротические расстройства у подростков, находящихся в условиях пенитенциарной системы (клиника, механизмы формирования, коррекция, профилактика) – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.16 - психиатрия. Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины. Харьков, 2006

В ходе работы с целью изучения особенностей формирования и клинической структуры невротических расстройств у подростков, находящихся в

условиях пенитенциарной системы и разработки патогенетически обоснованной системы их коррекции и психопрофилактики проведено комплексное обследование 207 подростков обоего пола (118 мальчиков и 89 девочек) в возрасте 12–17 лет, совершивших правонарушения и находящихся в учреждениях пенитенциарной системы у которых выявлены невротические расстройства. Контрольную группу составили 86 подростков, обоего пола (37 девочек и 49 мальчиков) находящихся на обследовании и лечении в 9 детском психиатрическом отделении ХГКПБ № 15 с диагнозом, укладывающимся в рубрику F40 - F48 – невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства. Установлено, что биологическую основу в формировании невротических расстройств у подростков, находящихся в местах лишения свободы составляет комплекс пре и постнатальных факторов риска: токсикозы I, II половин беременности матерей, физические травмы во время беременности, употребление матерями во время беременности психоактивных веществ, патология в родах, асфиксия новорожденных, частые простудные заболевания, тонзиллиты и ангины, перенесенные нейроинфекции, неоднократные черепно-мозговые травмы, хронические соматические заболевания, злоупотребление алкоголем и токсическими веществами. Выделен комплекс негативных факторов социальной изоляции, провоцирующих развитие невротических расстройств: постоянный надзор, обыски, ограничение свободы передвижения, строгий внутренний распорядок, замкнутая система общения, коренная ломка жизненного стереотипа, тяжелый физический труд в производственных мастерских и неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия содержания. Согласно данным психодиагностического и клинко-психопатологического исследования для обследованных нами подростков, страдающих невротическими расстройствами наиболее типичны следующие личностные черты: повышенная возбудимость и неуравновешенность, конфликтность в отношениях, обидчивость и злопамятность, лабильность эмоций, демонстративность эмоциональных проявлений, тревожная мнительность, аффективность поведения. На основании данных клинического обследования подростков, находящихся в местах лишения свободы установлено, что структура невротических расстройств представлена депрессивными (28,2% обследованных), диссоциативными (конверсионными) (26,3%), неврастениями (23,9%) и обсессивно-компульсивными (21,6%) расстройствами. Которые в свою очередь имеют свою специфику и варианты течения. В структуре депрессивных расстройств: тревожный, невротический, астено-апатический и меланхолический варианты; неврастении - гиперсте-

нический и гипостенический варианты; обсессивно-компульсивных расстройств - фобический, компульсивный и обсессивный; диссоциативные (конверсионные расстройства) проявляются комплексом аффективных, вегетативных, двигательных и сенсорных нарушений. Характерными для клинической картины невротических расстройств у подростков, находящихся в местах лишения были облигатность астенического симптомокомплекса, вегетативных пароксизмов, а также нарушение цикла "сон - бодрствование", оказывающее влияние на перераспределение клинической симптоматики. На наш взгляд, отличительной особенностью клинической картины невротических расстройств у изучаемого контингента является тенденция к пароксизмальным кратковременным либо затяжным аффективным реакциям, которые в своей основе базировались на защитных психологических механизмах, определяемых борьбой за выживание в условиях тюремной субкультуры. В ходе работы разработана патогенетически обоснованная система психотерапевтической коррекции невротических расстройств у подростков, находящихся в местах лишения свободы включающая, в себя рациональную психотерапию, направленную на мобилизацию защитных сил личности на борьбу с болезнью; групповую психотерапию, направленную на коррекцию поведенческих реакций, регенерацию личностной активности; личностно-ориентированную психотерапию, направленную на формирование адекватного самосознания, раскрытие и переработку внутреннего психологического конфликта и аутогенную тренировку способствующую усилению процессов саморегуляции, самоконтроля и самообладания, регуляцию нарушений в вегетативной нервной системе. Разработана комплексная система психопрофилактических мероприятий, включающая в себя меры первичной психопрофилактики - разработку и внедрение новых принципов режима, его коренную гуманизацию; ликвидацию педагогической запущенности. Вторичной - раннюю диагностику невротических расстройств, своевременное и адекватное их лечение в условиях медицинских частей ВТК. И третичной психопрофилактики - профилактику рецидива невротических расстройств, корректировку всех воспитательных и режимных мероприятий с учетом психического состояния правонарушителя.

Ключевые слова: невротические расстройства, подростки, пенитенциарная система, система коррекции и профилактики

АНОТАЦІЯ

Кожина Г.М. Невротичні розлади у підлітків, які знаходяться в умовах пенітенціарної системи (клініка, механізми формування, корекція, профілактика) – Рукопис.

Дисертація на здобуття вченого ступеня доктора медичних наук за фахом 14.01.16 - психіатрія. Інститут неврології, психіатрії і наркології АМН України. Харків, 2006

В роботі з метою вивчення особливостей формування і клінічної структури невротичних розладів у підлітків, які знаходяться в умовах пенітенціарної системи, та розробки патогенетично обґрунтованої системи їх корекції і психопрофілактики, проведено комплексне обстеження 207 підлітків обох статей (118 хлопчиків і 89 дівчаток) у віці 12–17 років з невротичними розладами, які скоїли правопорушення та знаходяться в установах пенітенціарної системи. Проведено систематизацію патогенетично значущих біологічних, соціальних та психологічних факторів формування невротичних розладів у підлітків, які знаходяться в умовах пенітенціарної системи. Встановлено, що структура невротичних розладів представлена депресивними, дисоціативними (конверсійними), obsесивно-компульсивними розладами та неврастенією. В структурі депресивних розладів: тривожний, невротичний, астено-апатичний та меланхолійний варіанти; неврастенії - гіперстенічний та гіпостенічний варіанти; obsесивно-компульсивних розладів - фобічний, компульсивний та obsесивний; дисоціативні (конверсійні) розлади проявляються комплексом афективних, вегетативних, рухових та сенсорних порушень. Розроблено комплексні патогенетично обґрунтовані системи психотерапевтичної корекції і профілактики невротичних розладів у підлітків, що знаходяться в місцях позбавлення волі.

Ключові слова: невротичні розлади, підлітки, пенітенціарна система, система корекції і профілактики

SUMMARY

Kozhina A.M. Neurotic disorders in adolescents in conditions of penal system (clinics, mechanisms of forming, correction, prophylaxis) – Manuscript.

The thesis for a Doctor's degree of medical sciences on the specialty 14.01.16 - psychiatry. The Institute for neurology, psychiatry and narcology of Academy of medical sciences of Ukraine, Kharkiv, 2006

During work with the purpose of study of features of forming and clinical structure of neurotic disorders in adolescents in conditions of the penal system and working out of the pathogenetically grounded system of their correction and psy-

choprophylaxis is conducted complex examination of 207 adolescents, (118 boys and 89 girls) in the age of 12–17 which neurotic disorders, who are committed offences and being found in establishments of the penal system. Systematization of pathogenetically significant biological, social and psychological factors of forming of neurotic disorders in adolescents being found in the conditions of the penal system is conducted. It is found that the structure of the neurotic disorders is presented by depressive, dissociative (conversive) disorders, neurasthenia and obsessive-compulsive disorders. In the structure of the depressive disorders are anxious, neurotic, asthenic-apathetical and melancholy variants; neurasthenia are hypersthenic and hyposthenic variants; obsessive-compulsive disorders – phobic, compulsive and obsessive; dissociative (conversion disorders) are shown by complex of affective, vegetative, moving and sensory violations.

The complex pathogenetically grounded systems of psychotherapeutic correction and prophylaxis of neurotic disorders in adolescents being found in the places of imprisonment are developed.

Key words: neurotic disorders, adolescents, penal system, system correction and prophylaxis.