

сахарном диабете типа 2, а увеличение массы тела влияет на частоту возникновения (распространенность) артериальной гипертензии при ишемической болезни сердца.

**Ключевые слова:** сахарный диабет, ренальная дисфункция, артериальная гипертензия.

disease at the diabetes mellitus of type 2, and the increase of mass of body influences on frequency of origin (prevalence) of arterial pressure at ischemic heart disease.

**Keywords:** diabetes mellitus, renal disfunction, arterial pressure.

Стаття надійшла 11.04.2012 р.

УДК 616.89-008.441.1:613.956:615.212.7

В.В. Пономарева

Харьковская областная клиническая психиатрическая больница №3, г. Харьков

### КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОЦИАЛЬНОЙ ФОБИИ У ПОДРОСТКОВ ПРИ НАЛИЧИИ ОПАСНОГО ДОНОЗОЛОГИЧЕСКОГО ПАТТЕРНА УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

В результате исследования было выявлено, что социальная фобия в группе подростков с опасным донозологическим паттерном употребления психоактивных веществ характеризовалась клинической гетерогенностью и была представлена двумя вариантами: генерализованным и негенерализованным. Структурная композиция фобического синдрома была неоднородной. Наличие трех психопатологических синдромов (астено-фобического, депрессивно-фобического и тревожно-фобического с массивными вегетативными проявлениями тревоги) свидетельствовало об осложнении композиционной структуры социальной фобии на синдромальном уровне.

**Ключевые слова:** социальная фобия, подростки, клинко-психопатологическая структура, употребление психоактивных веществ.

Суммарная распространённость социальной фобии (СФ) в течение жизни колеблется от 10,00% до 16,00% [1, 2]. Около 40,00% случаев СФ начинается до десятилетнего возраста, а 95,00% – до 20 лет [3]. По данным Стукан Л.В. [5] распространённость СФ в современной украинской подростковой популяции составляет 11,29%. Но в реальности, распространённость гораздо выше, так как только субклинические формы СФ (когда картина тревожно-фобического состояния соответствует социофобическому, но критериев МКБ–10 недостаточно для постановки диагноза) выявляются у 25,80% подростков. По данным Слободянюк Д.П. [4], 79,00% подростков с субклиническими проявлениями СФ употребляют психоактивные вещества (ПАВ): первый эпизод употребления алкогольных напитков отмечается в 7–10 лет у 11% подростков, в 11–13 лет у 41,00% , в 14–16 лет – у 33,00% и после 16 лет – у 15,00%. В исследовании Пшук Н.Г., Стукан Л.В. [5], совокупный процент лиц с клиническими признаками СФ, употребляющих ПАВ составил 26,10% (у 17,40% отмечено табакокурение и 8,70% – периодическое употребление алкогольных напитков). 1/3 молодых пациентов с СФ, наблюдаемых Magee W.J. et al. [6], злоупотребляли алкоголем с целью ослабления тревоги. По данным Г. Лаукса и Х. Мёлле [7], СФ в 25,00% сочетается со злоупотреблением алкоголем. По сведениям S. Montgomery [8], СФ в юношеском и зрелом возрасте является первичной патологией у 76,70% – с коморбидной наркоманией и у 85,00% – с коморбидным алкоголизмом. Согласно данным Davey G. [9], у страдающих СФ могут развиваться другие тревожные расстройства (риск в 5,8–8,5 раза выше, чем у лиц без фобических расстройств), депрессивные расстройства (риск в 3,7–5,6 раз выше), а также злоупотребления психоактивными и наркотическими веществами и зависимости от них (риск в 2 раза выше).

Изучение литературных источников позволило сделать четыре существенных для нашего исследования обобщения: 1) существует поливариантность клинической картины СФ, которая может протекать как с явлениями коморбидизации (т.е. с процессом присоединения иных нозологий) так и без таковой; 2) клиническая картина СФ, протекающей с явлениями коморбидизации в отношении расстройств аддиктивного спектра, может усложняться двумя типами паттернов употребления ПАВ – донозологическим и клиническим (нозологическим); 3) при синхроническом подходе донозологический паттерн употребления ПАВ может быть рассмотрен в качестве фрагмента клинического аддиктивного паттерна; при диахроническом подходе речь идет об этапе формирования коморбидной патологии: СФ и зависимости от ПАВ; 4) донозологический паттерн употребления ПАВ гетерогенен по многим параметрам (мотивам употребления ПАВ, рисковости, темпоральным, субстантным характеристикам и пр.), и может иметь различное развитие: трансформироваться в клинический, стабилизироваться и даже редуцироваться (по мере редуцирования клинических проявлений СФ). Изучение литературы показало также, что наблюдается общий дефицит доказательных исследований о вариантах течения СФ, отягощенных употреблением потенциально аддиктогенных веществ, способствующих усложнению и хронификации СФ, формированию её терапевтически резистентных и потенциально суицидоопасных форм. Все выше сказанное и определило актуальность проведенного исследования.

**Целью** работы было изучение клинических характеристик у подростков с социальной фобией, при наличии у них опасного донозологического паттерна употребления психоактивных веществ.

**Материал и методы исследования.** В исследовании принимали участие 50 подростков обоего пола с диагнозом «социальная фобия» (F40.1. по критериям МКБ–10): 31 мальчик и 19 девочек в возрасте от 12 до 15

лет, находившихся на лечении в ХОКОБ №3 и ХОКНБ, жителей г. Харькова и Харьковской области. Средний возраст испытуемых составил 13,5 лет.

Основной метод исследования – клинико-психопатологический. Диагноз СФ устанавливался на основании диагностических критериев МКБ–10. Все испытуемые имели опыт употребления различных ПАВ. В структуре ПАВ преобладали алкогольные напитки. Опасный донозологический паттерн употребления ПАВ был установлен по результатам проведения AUDIT и AUDIT-подобных скрининговых тестов (AUDIT–ПСТ) [10–12]. В исследовании приняли участие подростки, систематически употреблявшие ПАВ (набравшие от 8 до 15 баллов по результатам AUDIT и AUDIT–ПСТ).

Для оценки степени клинической выраженности фобии применялась разработанная нами «Шкала выраженности социальной фобии». Степень выраженности страха и избегания фобической ситуации оценивали по шкале социальной фобии Либовица (LSAS-Liebowitz) [13].

**Результаты исследования и их обсуждение.** Клиническую картину находившихся под нашим наблюдением подростков с СФ с опасным паттерном употребления ПАВ определял выраженный и повторяющийся страх, связанный с нахождением в обществе других людей. Страх возникал в очерченных ситуациях интерперсонального взаимодействия со сверстниками, учителями, незнакомыми (малознакомыми) людьми (11 или 22,00% от общего числа наблюдений) и во время устной проверки знаний (6 или 12,00% от общего числа наблюдений), а у 33 (66,00%) страх возникал как в очерченных ситуациях интерперсонального взаимодействия, так и в других социальных ситуациях (при выполнении каких-либо действий или при необходимости говорить перед аудиторией, при выступлении на собрании без предварительной подготовки, при тестировании на способности, навыки, знания, при выступлении с подготовленным текстом перед группой людей, при необходимости смотреть прямо в глаза малознакомому человеку, заходить в комнату, где уже сидят люди, принимать пищу в присутствии посторонних), т.е. страх имел генерализованный характер.

Фобии у всех больных носили навязчивый характер. Все пациенты понимали необоснованность страхов и предпринимали попытки их преодоления (чаще неудачные). Лишь при непосредственном столкновении с пугающей ситуацией критика к страхам утрачивалась, и они временно приобретали сверхценный характер. По минованию такой ситуации критика полностью восстанавливалась.

На момент исследования у 100,00% испытуемых был сформирован устойчивый абийный поведенческий паттерн – ситуации межличностного взаимодействия и публичного оценивания, сопряженные с риском поставить себя в неловкое или унижительное положение, показаться интеллектуально или физически непривлекательным активно избегались. Все пациенты испытывали дискомфорт и усиление тревожности при невозможности избежать фобогенной ситуации.

На высоте страха у пациентов отмечались следующие вегетативные проявления: усиленное или учащенное сердцебиение (100,00%), повышенная потливость (100,00%), внутренняя дрожь, тремор рук (96,00%), нарушение дермографизма в виде спонтанного появления гиперемии на открытых участках кожных покровов (92,00%). Вегетативные проявления возникали преимущественно в фобогенной ситуации. В 32,00% случаев вегетативные симптомы сочетались с затрудненным дыханием, в 36,00% – с ощущением дискомфорта или боли в грудной клетке, в 48,00% случаев – с тошнотой или неприятными ощущениями в животе. Торако-абдоминальные симптомы достоверно преобладали над респираторными ( $p < 0,01$ ). И респираторные, и торако-абдоминальные симптомы проявлялись преимущественно в фобогенной ситуации. Императивные позывы к мочеиспусканию на высоте развития фобической симптоматики были отмечены у 36,00% подростков. Во время социофобического эпизода большинство подростков (64,00%) отметили появление чувства головокружения, неустойчивости, дурноты, слабости, а 10,00% – явления деперсонализации в виде кратковременного расстройства мышления: снижения способности к концентрации, невнимательности, растерянности, утраты последовательности мышления и заторможенности мыслительного процесса. Все подростки с явлениями деперсонализации отмечали, что на высоте страха не сразу могли подобрать «нужные слова», с трудом осмысливали обращенные к ним вопросы, не сразу отвечали на них, жаловались на «туман» в голове.

Анализ психопатологической симптоматики, сопутствующей фобии выявил ряд психопатологических радикалов, имевших высокую или незначительную степень коморбидности с основным фобическим симптомокомплексом на протяжении всего периода его персистенции или в определенные его периоды. К ним относились: астенический и субдепрессивный. Изолированные астенические проявления (снижение активности, общая слабость, ощущение разбитости, вялости) были установлены у 34,00 % (с очерченной СФ), а сочетанная астеническая и субдепрессивная симптоматика – у 66,00% подростков. Нарушения сна (в основном фазы засыпания) – были установлены у 42,00% подростков.

В процессе анализа психопатологической структуры фобического расстройства у всех лиц с очерченной (негенерализованной) СФ был выделен один основной психопатологический синдром: астено-фобический (АФС). У 17 (51,52%) подростков с генерализованной СФ был выделен депрессивно-фобический симптомокомплекс (ДФС) в виде пониженного настроения, рече-двигательной заторможенности, дизпрозексии, алекситимии, гипомнезии, ухудшения сна и аппетита, а у 16 (48,48%) – тревожно-фобический с массивными вегетативными проявлениями тревоги. Результаты изучения структурных характеристик СФ у подростков с опасным паттерном употребления ПАВ отражены в таблице 1.

В результате проведенного изучения признаков, характеризующих вариант, тип и фобическую объектность [2] СФ было установлено, что у большинства подростков (66,00%) СФ относилась к

генерализованному (очерченному) варианту – социальная тревога касалась ограниченного круга монотипных социальных ситуаций. Генерализованный вариант СФ в группе лиц с опасным паттерном употребления ПАВ достоверно преобладал над негенерализованным (очерченным) ( $p < 0,01$ ). Фобическим объектом при негенерализованном варианте СФ являлось межличностное общение, в ходе которого для больного существовала субъективная опасность поставить себя в неловкое или унижительное положение, показаться интеллектуально или физически непривлекательным, стать объектом пристрастного оценивания и/или насмешки (при фобии интерперсонального взаимодействия), а также ситуация публичной проверки знаний (при фобии представленности на людях). Фобическим объектом при генерализованном варианте СФ являлись как фобические объекты фобий интерперсонального взаимодействия и представленности на людях, так и иные социальные ситуации (например, необходимость принимать пищу на виду у всех, посещать туалет и осуществлять мочеиспускание на виду у сверстников).

Таблица 1

**Структурные характеристики СФ у подростков с опасным паттерном употребления ПАВ, %**

Подростки с СФ с опасным паттерном употребления ПАВ	Подростки – мальчики, n=31		Подростки – девочки, n=19		Всего, n=50:	
	абс.ч.,чел.	отн.ч.,%	абс.ч.,чел.	отн.ч.,%	абс.ч.,чел.	отн.ч.,%
<i>Вариант социальной фобии</i>						
Очерченная (не генерализованная) СФ	9	29,03	8	42,11	17	34,00
Генерализованная СФ	22	70,97	11	57,89	33	66,00
<i>Тип социальной фобии</i>						
Фобия интерперсонального взаимодействия	6	19,35	5	26,32	11	22,00
Фобия представленности на людях	3	9,68	3	15,79	6	12,00
Смешанный тип	22	70,97	11	57,89	33	66,00
<i>Фобический объект</i>						
Моно (межличностное) общение, в ходе которого существует опасность поставить себя в неловкое или унижительное положение, показаться интеллектуально или физически непривлекательным, стать объектом пристрастного оценивания и/или насмешки).	6	19,35	5	26,32	11	22,00
Моно (ситуация публичной проверки знаний)	3	9,68	3	15,79	6	12,00
Поли (множественные фобические объекты)	22	70,97	11	57,89	33	66,00
<i>Связь манифестации социофобического синдрома (СФС) с психотравмой (ПТ)</i>						
Манифестация СФС связана с ПТ	19	61,29	12	63,16	36	72,00
Манифестация СФС не связана с ПТ	12	38,71	7	36,84	14	28,00
<i>Онтогенетический период манифестации социофобического синдрома</i>						
Препубертатный	7	22,58	5	26,32	12	24,00
Пубертатный	24	77,42	14	73,68	38	76,00
<i>Средний возраст появления первого социофобического эпизода</i>						
11,7±03	7	22,58	5	26,32	12	24,00
12,4±04	24	77,42	14	73,68	38	76,00
12,05±04					50	100,00
<i>Средняя продолжительность персистенции СФ</i>						
Min – 10 мес.	Max – 18 мес				14,00±0,50	
<i>Вариант клинической динамики</i>						
Рецидивирующий без тенденции к прогрессированию	12				24,00	
Рецидивирующий с тенденцией к прогрессированию	38				76,00	
<i>Степень клинической выраженности фобии</i>						
Первая (I)					48,00	
Вторая (II)					52,00	
Третья (III)					–	
<i>Суммарный балл степени выраженности страха и избегания фобической ситуации по шкале социальной фобии Либовица (LSAS-Liebowitz)</i>						
LSAS (тревога)	У мальчиков		У девочек		Средний по группе	
	68,30±2,90		68,10±3,10		68,20±3,10	
LSAS (избегание)	68,40±3,30		68,20±3,10		68,30±3,30	

Манифестация СФ у большинства (72,00%) подростков начиналась с социофобического эпизода (СФЭ), возникающего на фоне острой или протрагированной психотравмирующей ситуации, сложившейся в ходе интерперсонального взаимодействия со сверстниками либо взрослыми в школе. У 26 (72,22%) из 36 подростков психотравмирующие ситуации были связаны с буллингом со стороны сверстников. В настоящем исследовании мы использовали рабочее определение школьного буллинга, данное Ожиговой Е.Н. (2006), под которым понимается «умышленное, не носящее характера самозащиты и не санкционированное нормативно-

правовыми актами государства, длительное (повторяющееся) физическое или психологическое насилие со стороны индивида или группы, которое имеет определенные преимущества (физические, психологические, административные и т.д.) относительно другого индивида, и которое происходит преимущественно в организованных коллективах с определенной личной целью (например, желание самоутвердиться, заслужить авторитет у определенных лиц и пр.).

Буллинг во всех изученных случаях характеризовался как психологический. Спектр психологического насилия включал в себя: 1) вербальный буллинг (использование в отношении жертвы обидных прозвищ, систематически произносимых, унижающих достоинство высказываний в адрес подростка, его одежды, внешности, прически, распространение порочащих жертву слухов); 2) невербальный буллинг (использование обидных жестов или действий, таких например, как плевок в жертву либо в её направлении); 3) запугивание (использование агрессивного языка тела и интонаций голоса для того, чтобы заставить жертву совершать или не совершать что-либо). Все случаи начала буллинга были связаны с включением подростка в сформированную классную группу (при смене им места жительства или школы), либо с активным неприятием подростком сложившихся в классе ценностей (принадлежность к определенному спортивному фан-сообществу и пр.).

Нами была установлена сильная корреляционная связь ( $r_{xy}=0,903$  при  $p<0,01$ ) между наличием депрессивно-фобического синдрома и фактом перенесенного (или продолжающегося) буллинга в анамнезе, а также сильная корреляционная связь ( $r_{xy}=0,803$  при  $p<0,01$ ) между началом употребления ПАВ у пациентов с преобладающим депрессивно-фобическим синдромом и фактом перенесенного (или продолжающегося) буллинга в анамнезе. Манифестация СФ у большинства пациентов (76,00%) происходила в пубертатный период. Средний возраст появления первого социофобического эпизода в группе составлял  $12,05\pm 0,40$  лет, а средняя продолжительность персистенции СФ составила  $14,00\pm 0,50$  месяцев. У подростков с опасным паттерном употребления ПАВ были выделены два варианта динамики СФ – рецидивирующая с тенденцией к прогрессированию (76,00%) и рецидивирующая без тенденции к прогрессированию (24,00%).

Для оценки степени клинической выраженности фобии применялась разработанная нами «Шкала выраженности социальной фобии». Было установлено, что в 52,00% случаев выраженность СФ оценивалась как достигающая II-й степени (средне выраженная), а в 48,00% наблюдений – I-й степени (выраженная). Достоверно ( $p<0,01$ ) в группе лиц с опасным паттерном употребления ПАВ преобладала социальная фобия I-й степени выраженности – чьи признаки получали максимальное развитие при ожидании реально наступающей фобогенной ситуации. Клинические критерии средней выраженности подтверждались средне выраженными значениями среднего суммарного балла в данной группе по субшкалам социальной фобии Либовица (LSAS-Liebowitz): LSAS (тревога) –  $68,20\pm 3,10$ ; LSAS (избегание) –  $68,30\pm 3,30$ .

## Выводы

1. Социальная фобия в группе подростков с опасным донологическим паттерном употребления психоактивных веществ характеризовалась клинической гетерогенностью и была представлена двумя вариантами: генерализованным и негенерализованным (очерченным). Первый вариант СФ достоверно ( $p<0,01$ ) преобладал на втором.
2. В рамках негенерализованного варианта были выделены два типа фобии: интерперсонального взаимодействия (22,00%) и представленности на людях (66,00%). Второй тип СФ в границах варианта достоверно ( $p<0,01$ ) преобладал. Для всех типов фобий в границах варианта была характерна фобическая монообъектность.
3. В рамках генерализованного варианта СФ наблюдался исключительно смешанный тип фобии, при котором сочетались страх интерперсонального взаимодействия, представленности на людях и других социальных ситуаций. Для данного типа в границах варианта была характерна фобическая полиобъектность.
4. Наличие наряду с монофобиями полифобий свидетельствует о наличии в группе двух уровней генерализации тревожно-фобического расстройства. А преобладание полифобий над монофобиями говорит о нарастании процесса генерализации СФ и её утяжелении.
5. Клинические проявления СФ имели сложную композиционную структуру. Структурная композиция фобического синдрома характеризовалась как неоднородная, что клинически проявлялось в различной представленности аффективных, сенсорных, вегетативных, идеаторных и других компонентов. Наличие трех психопатологических синдромов (астено-фобического, депрессивно-фобического и тревожно-фобического с массивными вегетативными проявлениями тревоги) свидетельствовало об усложнении композиционной структуры СФ на синдромальном уровне.
6. У большинства пациентов с опасным паттерном употребления ПАВ манифестация социальной фобии достоверно начиналась с социофобического эпизода, причинно связанного с психотравмой, нанесенной подростку в ходе интерперсонального взаимодействия со сверстниками в пубертатном периоде ( $p<0,01$ ).
7. При изучении характера психотравм была установлена сильная корреляционная связь ( $r_{xy}=0,903$  при  $p<0,01$ ) между наличием депрессивно-фобического синдрома и фактом перенесенного (или продолжающегося) буллинга (психологического насилия в школе со стороны одноклассников) в анамнезе, а также сильная корреляционная связь ( $r_{xy}=0,803$  при  $p<0,01$ ) между началом употребления ПАВ у пациентов с преобладающим депрессивно-фобическим синдромом и фактом перенесенного (или продолжающегося) буллинга в анамнезе.

8. Клиническая выраженность проявлений СФ ни в одном случае не достигала III степени. Преобладала социофобия II степени тяжести ( $p < 0,01$ ).
9. Была установлена гетерогенность персистенции СФ, которая проявлялась в виде двух динамических вариантов – рецидивирующей с тенденцией к прогрессированию (76,00%) и рецидивирующей без тенденции к прогрессированию (24,00%). Первый вариант достоверно преобладал над вторым ( $p < 0,01$ ).
10. Наличие персистенции с признаками прогрессирования (усложнение и утяжеление основного и сопутствующих расстройств) свидетельствовало о риске коморбидизации СФ в данной группе в отношении расстройств аддиктивного спектра.

*Перспективы дальнейших исследований.* В ходе дальнейшей нашей работы планируется использование полученных в результате данного исследования результатов при разработке мероприятий по первичной комплексной профилактике и лечению социальной фобии у подростков, осложненной употреблением ПАВ.

#### Литература

1. Lacorte, C. Note's sur la phobia [Text] / C. Lacorte // La Phobie. – Paris: A.L.I., 2008. – P.234–301.
2. Грошев, И.В. Анализ современных исследований гендерно-половозрастных характеристик социофобических психических расстройств, детерминирующих поведенческие паттерны личности [Текст] / И.В. Грошев // Российский психиатрический журнал. – 2010, №3. – С.16–24.
3. Penochet, J.C. Critique de l'espace phobique [Text] / J.C. Penochet // La Phobie. – Paris: A.L.I., 2008. – P.356–389.
4. Слободянюк, Д.П. Медико-психологічні особливості формування залежної поведінки у молоді при соціальних фобіях [Текст] / Д.П. Слободянюк // “Медична наука 2010”: матеріали наук.-практ. конференції (Полтава, 16-17 грудня 2010). – Полтава. – 2010. – С.62–63.
5. Пшук, Н.Г. Клінічна та психологічна характеристика підлітків з соціальними фобіями [Текст] / Н.Г. Пшук, Л.В. Стукан // Український медичний альманах. – 2004. – Т.7, №4 (Додаток). – С.114–117.
6. Magee W.J. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in National Comorbidity Survey [Text] / W.J. Magee, W.W. Eaton, H.U. Wittchen [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. – 1996. – Vol. 53. – P.159–168.
7. Психиатрия и психотерапия: справочник [Текст] / Герд Лаукс, Ханс-Юрген Мёлле: пер. с нем., под общ. ред. акад. РАМН П.И. Сидорова. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 512с.
8. Pocket Reference to Social Phobia ed. S.A. [Text] / S. Montgomery. – Science Press Ltd. – London, 1995. – 340p.
9. Davey, G. Phobias [Text] / G. Davey. – London: John Willey. – 1997. – 402p.
10. Saunders, J.B. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Who collaborative project ou carly detection of persons with harmful alcohol consumption [Text] / J.B. Saunders, O.G. Aasland, T.F. et al. // Addiction. – 1993. – II. – №88. – P.791–804.
11. Метод комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT–подобных тестов [Текст] / И.В. Линский, А.И. Минко, А.Ф. Артемчук [и др.] // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2009. – № 2 (16). – С. 56–70.
12. Линский И.В. Система AUDIT–подобных тестов для комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции [Электронный ресурс] // Новости украинской психиатрии. – Киев-Харьков, 2009. – Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/articles/paper313.htm>.
13. Liebowitz, S.F. Behavioral neuroscience of obesity [Text] / S.F. Liebowitz, B.G. Hoebel // The Handbook of Obesity / Eds G.A. Bray, C. Bouchard, P.T. James. – New York: Dekker, 1998. – P. 40–75.

#### Реферати

##### КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СОЦІАЛЬНОЇ ФОБІЇ У ПІДЛІТКІВ ПРИ НАЯВНОСТІ НЕБЕЗПЕЧНОГО ДОНОЗОЛОГІЧНОГО ПАТЕРНУ ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

Пономарьова В.В.

В результаті дослідження було виявлено, що соціальна фобія в групі підлітків з небезпечним донозологічним патерном вживання психоактивних речовин характеризувалася клінічною гетерогенністю та була представлена двома варіантами: генералізованим і негенералізованим. Структурна композиція фобічного синдрому була неоднорідною. Наявність трьох психопатологічних синдромів (астено-фобічного, депресивно-фобічного та тривожно-фобічного з масивними вегетативними проявами тривоги) свідчила об ускладненні композиційної структури соціальної фобії на синдромальному рівні.

**Ключові слова:** соціальна фобія, підлітки, клініко-психопатологічна структура, вживання психоактивних речовин.

##### CLINICAL CHARACTERISTIC OF SOCIAL PHOBIA OF ADOLESCENTS WITH DANGEROUS PRENOSOLOGICAL PATTERN OF CONSUMPTION OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

Ponomaryova V.V

As a result of our survey we can state, that social phobia in group of adolescents with dangerous prenosological pattern of consumption of psychoactive substances is characterized by clinical heterogeneity and has two variants: generalized and non-generalized. Structural composition of phobic syndrome is not heterogeneous. Presence of three psychopathological syndromes (asthenophobic, depressive-phobic and anxious-phobic with massive vegetative displays of anxiety) proves complication of compositional structure of social phobia on syndromal level.

**Key words:** social phobia, adolescents, clinico-psychopathological structure, consumption of psychoactive substances.

Стаття надійшла 13.02.2012 р.