

О. М. Зінченко

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЖИТЕЛІВ СІЛЬСЬКОЇ МІСЦЕВОСТІ

З метою вивчення клініко-психопатологічних особливостей основних форм неспсихотичних психічних розладів у сільських жителів проведено дослідження клінічних проявів та механізмів формування неспсихотичних психічних розладів у 1135 жителів сільської місцевості та 840 жителів міст України.

Відмінною рисою клінічної картини неспсихотичних психічних розладів у сільських жителів встановлено переважання соматизованого та іпохондричного варіантів депресивних розладів, тривожних розладів. Як особливості сучасного патоморфозу неспсихотичних психічних розладів у сільського населення виявлені тенденції до переважання рис, притаманних неспсихотичним психічним розладам органічного та невротичного походження, коморбідність зі зловживанням алкоголем, соматичними розладами.

На підставі визначених клініко-психопатологічних особливостей неспсихотичних психічних розладів у сільських жителів (характер скарг, преморбідні особливості, психогенні фактори, догоспітальна тривалість хвороби, особливості клінічної картини та її перебігу, особливості якості життя) обґрунтована необхідність розроблення системи психотерапевтичної та психофармакологічної корекції неспсихотичних психічних розладів.

Ключові слова: клініко-психопатологічні особливості, неспсихотическіе психічні розлади, жителі сільської місцевості

В останні роки як в багатьох країнах світу [1, 2, 11, 13, 15—17], так і в Україні спостерігається підвищення показників захворюваності на психічні розлади, яке відбувається переважно за рахунок неспсихотичних (пограничних) психічних розладів [6, 12, 14], що зумовлено впливом нових різноманітних та чисельних соціально-психологічних та соціально-економічних чинників.

Проведений протягом 2000 — 2010 років аналіз стану психічного здоров'я сільського населення України свідчить про підвищення показника поширеності розладів психіки неспсихотичного характеру, і насамперед невротичних, пов'язаних із стресом і соматоформних розладів та органічних неспсихотичних психічних розладів [7—9].

На сучасному етапі розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я удосконалення організації та підвищення доступності надання медичної допомоги сільському населенню є однією з пріоритетних задач охорони здоров'я. Організація медико-санітарної допомоги сільському населенню має суттєві особливості, які обумовлені низкою чинників, серед яких найбільш вагомими є порівняно низькі щільність і компактність розселення сільського населення, особливий характер умов праці в процесі сільськогосподарського виробництва, соціально-економічні умови життя, демографічні процеси, стан здоров'я тощо [4, 5].

Демографічні процеси сільського населення характеризуються значним поглибленням постаріння населення, падінням народжуваності, зростанням смертності, перевищенням смертності над народжуваністю, що призводить до депопуляції, значним демографічним навантаженням працездатного населення непрацездатним. Рівень захворюваності сільського населення значно нижчий, ніж міського, а смертність — вища у 1,5 рази, що свідчить про не своєчасність виявлення захворювань і низьку якість медичного обслуговування.

Якщо проблеми здоров'я населення в цілому знаходять відображення в значній кількості досліджень, то стан психічного здоров'я сільського населення вивчається недостатньо [1, 4, 5, 14—16].

Сучасний патоморфоз неспсихотичних психічних розладів, який характеризується зміною клініко-

психопатологічної симптоматики [3, 10], обумовлює необхідність вивчення клініко-психопатологічних особливостей зазначеної патології у сільського населення, оскільки клінічні прояви відбивають характер дезадаптації, та визначають шляхи для підвищення ефективності терапевтичних заходів, пошуку адаптаційних ресурсів.

Виходячи з вищевикладеного, нами проведено дослідження, метою якого було вивчення клініко-психопатологічних особливостей основних форм неспсихотичних психічних розладів (далі — НПР) у сільських жителів.

Для реалізації мети та завдань дослідження нами було обстежено 1135 жителів сільської місцевості (основна група) та 200 жителів міст України (група порівняння) з неспсихотичними психічними розладами органічного та невротичного походження.

Розподіл обстежених пацієнтів на групи наведено на рисунку.



Розподіл обстежених на групи

Для реалізації мети та завдань дослідження застосовували комплексний підхід, який включав клініко-психопатологічний метод та метод статистичної обробки даних.

Клініко-психопатологічне дослідження базувалося на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження шляхом інтерв'ювання та спостереження. Опитування здійснювали із застосуванням діагностично-дослідницьких критеріїв МКХ-10.

Результати клініко-психопатологічного дослідження свідчать про те, що в преморбіді у хворих на НПР жителів села спостерігалися астенічний (19,48%), психастенічний (18,58%), невизначений, або мозаїчний (18,58%), сенситивний (15,93%), лабільний (10,62%), дистимічний (10,62%), застрягаючий (2,65%), істероїдний (1,77%), нестійкий (0,88%) та конформний (0,88%) типи характеру.

У хворих на НПР жителів міста в преморбіді спостерігалися психастенічний (24,96%), астенічний (17,79%), невизначений, або мозаїчний (16,67%), істероїдний (10,42%), застрягаючий (7,29%), дистимічний (7,29%), нестійкий (6,25%), сенситивний (5,21%), лабільний (2,08%) та циклоїдний (1,04%) типи характеру.

Таким чином, в основній групі достовірно частіше зустрічалися лабільний та сенситивний типи, достовірно рідше — нестійкий та істероїдний типи характеру.

Серед різноманітних психогенних чинників у жителів сільської місцевості, хворих на НПР, були такі: тяжка хвороба або смерть близьких (16,81%), тривале психічне перенапруження (13,27%), соціальна неадаптованість (8,85%), смерть домашньої худоби (6,19%), сімейні конфлікти (6,19%), операція з приводу фіброміоми у жінок (5,31%), різка зміна життєвого стереотипу (4,42%) та ситуації підвищеної відповідальності (1,77%). У обстежених групи порівняння розвитку НПР передували тяжка хвороба або смерть близьких (20,84%), сімейні конфлікти (8,34%), тривале психічне перенапруження (6,25%), операція з приводу фіброміоми у жінок (4,17%), ситуації підвищеної відповідальності (3,13%), різка зміна життєвого стереотипу (2,08%), смерть домашньої худоби (1,04%) та соціальна неадаптованість (1,04%).

Аналіз психогенних чинників показав, що в основній групі достовірно частіше, ніж у групі порівняння, спостерігалися смерть домашніх тварин, тривале психічне перенапруження та соціальне неблагополуччя.

Виявлено, що у сільських жителів, хворих на НПР, догоспітальний перебіг захворювання втричі більший (в середньому $1,31 \pm 0,29$ років), ніж серед жителів міста (в середньому $0,4 \pm 0,19$ років). Серед чинників, що призводять до трикратного збільшення догоспітального перебігу депресій у сільських жителів, нами були виділені соціальні, медичні та ментальні.

Соціальні чинники: відсутність анонімно- та амбулаторно-консультативної служб (91,15%), відсутність психотерапевтичної допомоги (91,15%), зменшена можливість швидко отримати допомогу від висококваліфікованого спеціаліста, труднощі у транспортному сполученні, віддаленість населеного пункту (84,96%), низький рівень освіти сільського населення, менша інформованість про причини, прояви, закономірності перебігу захворювання, вірогідні прогнози, сучасні медикаментозні та альтернативні засоби терапії (64,60%), недоступність застосування антидепресантів останніх поколінь (41,59%).

Серед медичних чинників відзначено низький рівень діагностики депресивних розладів дільничними психіатрами та лікарями загальної практики — сімейної медицини (64,60%), труднощі у вербалізації скарг жителями сільської місцевості, зумовлені низьким рівнем освіти, недостатня інформованість населення (39,82%), соматизація скарг, схильність сільських жителів приділяти більше уваги своєму соматичному стану (37,17%).

Серед ментальних чинників слід зазначити такі: відповідальність, пов'язана з веденням домашнього господарства (97,35%), стигматизація (76,11%), особливості менталітету, завдяки якому хворі звертаються до знахарів, цілителів та священнослужителів (40,71%), недовіра лікарям у зв'язку з негативним власним досвідом або досвідом односільчан (23,89%).

Серед ініціальних проявів НПР у сільського населення було встановлено наявність соматовегетативних

симптомів (90,27%), загальної слабкості (87,61%), порушення сну (84,96%), поганий настрій (84,96%), підвищена стомлюваність (82,30%), дратівливість (76,11%), відсутність задоволення від діяльності, яка раніше задовольняла (76,11%), емоційна лабільність (64,60%), психомоторна загальмованість (64,60%), тривога (41,59%), зниження самооцінки, невпевненість у собі (41,59%), втрата емоційної реактивності на раніш приємні події (40,71%), вегетативні пароксизми (39,82%), відчуття страху (37,17%), порушення апетиту (23,89%). Серед ініціальних проявів НПР у жителів міста відзначалося порушення сну (96,88%), зниження настрою (96,88%), підвищена стомлюваність (85,42%), соматовегетативні симптоми (85,42%), дратівливість (80,21%), загальна слабкість (79,17%), відсутність задоволення від діяльності, яка раніше задовольняла (79,17%), емоційна лабільність (70,83%), психомоторна загальмованість (59,38%), відчуття страху (50,00%), втрата емоційної реактивності на раніш приємні події (42,71%), зниження самооцінки та почуття впевненості у собі (42,71%), тривога (29,17%), вегетативні пароксизми (28,13%) та порушення апетиту (22,92%).

Таким чином, в основній групі достовірно частіше, ніж у групі порівняння, депресивні розлади розпочиналися із загальної слабкості, тривоги та вегетативних пароксизмів, достовірно рідше — з відчуття страху та втрати задоволення від діяльності, яка раніше задовольняла.

Клінічна структура НПР представлена такими розладами: в групі дослідження 1 (ГД1) — «Органічний афективний розлад» (F06.3), «Органічний тривожний розлад» (F06.4), «Органічний дисоціативний розлад» (F06.5), «Органічний емоційно лабільний розлад» (F06.6); в групі дослідження 2 (ГД2) — «Депресивна реакція» (F43.2), «Тривожно-фобічний розлад» (F40), «Дисоціативний (конверсійний) розлад» (F44), «Неврастенія» (F48.0).

Клінічна картина депресивних розладів у групах дослідження характеризувалася наявністю виражених соматовегетативних та емоційних порушень. Для більшості хворих характерним був поступовий початок захворювання. У клінічній картині депресивних розладів органічного походження найбільш часто спостерігалися соматичні прояви, пригніченість настрою та афект туги, астенічні симптоми, а також різні тривожні прояви. У деяких випадках відзначалися короточасні бурхливі реакції на незначні емоційні події, невідповідність емоційних реакцій ситуації. На основі даних клініко-психопатологічного дослідження були виділені такі варіанти депресивних розладів: тривожний ($44,2 \pm 3,4$ % хворих основної та $39,4 \pm 5,2$ % групи порівняння), соматизований ($38,9 \pm 3,4$ % і $41,1 \pm 5,3$ % відповідно), іпохондричний ($9,7 \pm 2,1$ % хворих основної та $11,1 \pm 3,3$ % групи порівняння) і меланхолійний ($7,3 \pm 1,8$ і $8,4 \pm 2,9$ % відповідно) ($p < 0,05$).

При тривожному варіанті депресії відзначалося знижене тло настрою, дратівливість, гіперестезія, почуття туги, тривоги, внутрішнього напруження, занепокоєння з неможливістю розслабитися, істеричні прояви. Іпохондричний варіант містив у собі, поряд пригніченість настрою, афектом туги і тривоги, різноманітні страхи і побоювання відносно стану здоров'я, астенічні прояви і вегетативні пароксизми. Соматизований характеризувався підвищеною втомлюваністю, млявістю,

виснаженням, бездіяльністю, байдужістю, відсутністю інтересу до спілкування з переважанням соматичних скарг на тлі зниженого настрою, 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.

Початок захворювання на неврастенію в основній групі у більшості випадків був затяжним (58,00 %). Клінічна картина характеризувалася наявністю соматовегетативних та емоційних порушень. Серед соматовегетативних проявів можна виділити дві основні групи: астенічні та соматичні. У клінічній картині неврастенії в обстежених провідним був астенічний симптомокомплекс (97,9 ± 0,9 % обстежених основної групи та 89,7 ± 3,2 % групи порівняння). У низці випадків на тлі яскраво вираженого астенічного симптомокомплексу з'являється сенсibiliзація (45,6 ± 3,4 % основної групи та 52,1 ± 5,3 % групи порівняння) до зовнішніх подразників, особливо в період відходу до сну й у процесі засинання, а також до фізіологічних відчуттів. Спостерігаються почуття зниження розумової продуктивності після незначного інтелектуального напруження (45,6 ± 3,4 % основної групи та 47,6 ± 5,3 % групи порівняння груп); підвищена слабкість і стомлюваність при фізичному напруженні (48,2 ± 3,4 % і 51,2 ± 5,3 % відповідно); внутрішнє напруження з неможливістю розслабитися (36,8 ± 3,3 % і 39,1 ± 5,2 %), невмотивоване занепокоєння (35,4 ± 3,3 % і 29,7 ± 4,9 %), тривога (37,2 ± 3,3 % і 35,5 ± 5,1 %), дратівливість (47,3 ± 3,4 % і 45,8 ± 5,3 %). 56,2 ± 3,4 % обстежених основної групи та 55,2 ± 5,3 % групи порівняння пред'являють скарги на головні болі, переважно у вигляді «шолома», або дифузні, які суб'єктивно характеризуються як здавлення, стягування, поколювання тощо, які підсилюються при різних поворотах голови або змінах положення тіла з іррадіацією в ділянку шиї, хребта, поширюються на тулуб і кінцівки, на тлі появи шуму і дзенькоту у вухах, запаморочення. У низці випадків головні болі супроводжуються гіперестезією шкіри, коли до голови неможливо доторкнутися і, навіть, розчісування волосся викликає біль. Інтенсивність головного болю коливається, частіше він виникає або підсилюється після фізичного і розумового напруження.

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

У хворих на тривожно-фобічні розлади початок захворювання частіше був пов'язаний з вегето-вісцеральним пароксизмом (58,00 %), але при детальному опитуванні виявлялися психогенні ситуації, які й привели до невротичного зриву. Клінічна картина тривожно-фобічних розладів в основній групі обстежених характеризувалася наявністю виражених емоційних та соматовегетативних порушень. Перебіг захворювання у більшості випадків мав рецидивуючий характер (68,00 %). Вивчення емоційних порушень продемонструвало, що тривога пароксизмального та перманентного характеру була зареєстрована

відповідно у 56,00 % і 38,00 % хворих. Нав'язливі страхи різного семантичного змісту виявлені у 96,00 % обстежених. Так, страх втратити свідомість на вулиці або в транспорті відзначався у 64,00 % пацієнтів, страх наявності важкої соматичної патології, страх смерті — відповідно у 42,00 % та 36,00 % пацієнтів. Інші обсесії у вигляді нав'язливих сумнівів та дій спостерігалися у 24,00 % осіб даної групи. Постійне очікування погіршення самопочуття, внутрішнє напруження, неспокій реєструвалися відповідно у 82,00 %, 76,00 % та 54,00 % пацієнтів. При тривалості захворювання більше 6 місяців у 68,00 % обстежених формувалося стійке зниження настрою і з подальшою хронізацією хвороби ставало все більш вираженим. Соматовегетативний компонент характеризувався наявністю кардіальних — тахікардія, коливання артеріального тиску, кардіалгії та неприємні відчуття за грудиною (82,00 %), респіраторних — відчуття нестачі повітря, потреба зробити глибокий вдих (48,00 %) та шлунково-кишкових проявів — печія, больові та неприємні відчуття в ділянці живота, спазми та коливання апетиту (36,00 %). У 54,00 % обстежених були зареєстровані диссомнії, причому складності при засинанні були тим більші, чим більш вираженою була тривога протягом дня.

Для хворих на дисоціативні розлади характерним була раптова поява симптомів захворювання, тобто гострий початок, який був міцно пов'язаний з психічною травмою (86,00 %). 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. При цьому одними з постійних скарг були головний біль (54,8 ± 1,8 % обстежених основної групи та 55,1 ± 5,3 % групи порівняння), частіше локалізовані в ділянці 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 головного болю коливалася, частіше він виникав або підсилювався після емоційного напруження або при негативних настановах на фізичну і розумову працю. Яскраво вираженим був астенічний симптомокомплекс (74,2 ± 3,1 % обстежених основної групи та 66,9 ± 5,1 % групи порівняння). Його специфіка перебігу характеризується дисоціацією між суб'єктивними скаргами на астенічні прояви і дійсними об'єктивними даними клінічного спостереження. Так, хворі при скаргах на швидку стомлюваність, слабкість були здатні здійснити великий обсяг роботи, особливо при наявності позитивно забарвленого стимулу.

Таким чином, як особливості сучасного патоморфозу НПР у сільського населення виявлені тенденції до переважання рис, притаманних НПР органічного та соматогенного походження, коморбідність зі зловживанням алкоголем, соматичними розладами. На наш погляд, відмінною рисою клінічної картини невротичних розладів у сільських жителів є тенденція до пароксизмальних короткочасних (41,2 ± 3,4 %) або затяжних (56,2 ± 3,4 %) афективних реакцій, що базувалися на захисних психологічних механізмах, обумовлених соціокультуральними та конституціонально-психологічними особливостями. Особливістю клінічної картини органічного депресивного розладу у сільських жителів

є переважання соматизованого та іпохондричного варіантів депресивних розладів, тривожних розладів.

На підставі порівняння НПР у сільських жителів з НПР жителів міста розроблені клініко-психопатологічні диференціально-діагностичні критерії: характер скарг, преморбідні особливості, психогенні чинники, догоспітальна тривалість хвороби, особливості клінічної картини та її перебігу.

Проведене дослідження дозволило розробити принципи терапії та організації допомоги сільському населенню, базованої на визначених особливостях.

Список літератури

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства : руководство для врачей / Ю. А. Александровский. — 4-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа. 2007. — 720 с.
2. Александровский Ю. А. Некоторые узловые вопросы современной пограничной психиатрии / Ю. А. Александровский // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2006. — Т. 2, № 2. — С. 3—7.
3. Васильева А. В. Исследование особенностей клинического патоморфоза невротических расстройств в новых социальных условиях в связи с выбором психотерапевтических стратегий / А. В. Васильева, Т. А. Караваева // Вестник психотерапии. — 2009. — № 32 (37). — С. 70—77.
4. Воинов Е. В. Научное обоснование совершенствования организации психиатрической помощи сельским жителям в новых экономических условиях : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук / Е. В. Воинов. — СПб., 2003. — 18 с.
5. Грищенко Я. А. Психическое здоровье у лиц, проживающих в сельской местности (клинико-эпидемиологический и организационный аспекты) : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук / Я. А. Грищенко. — М., 2011. — 21 с.
6. Демичева Н. К. Социальное функционирование и качество жизни у лиц с пограничными психическими расстройствами (клинико-диагностический аспект) / Н. К. Демичева // Российский психиатрический журнал. — 2006. — № 3. — С. 94—99.
7. Зінченко О. М. Характеристика загальних закономірностей психічного здоров'я сільського населення України / О. М. Зінченко // Архів психіатрії. — 2012. — Т. 18, № 2(69). — С. 15—21.
8. Зінченко О. М. Психічні та поведінкові розлади у сільського населення України у 2009 році / О. М. Зінченко // Там само. — 2010. — Т. 16, № 3 (62). — С. 27—34.
9. Зінченко О. М. Особливості розповсюдженості психічних та поведінкових розладів у мешканців міста та села / О. М. Зінченко // Психічне здоров'я. — 2010. — Вип. 1(26). — С. 69—78.
10. Марута Н. А. Клинико-психопатологические особенности различных форм невротической патологии у женщин / Н. А. Марута, Т. Д. Бахтеева // Медицина сьогодні і завтра. — 2004. — № 3. — С. 59—64.
11. Психическое здоровье населения мира: эпидемиологический аспект (зарубежные исследования 2000—2010 гг.) / [И. А. Митихина, В. Г. Митихин, В. С. Ястребов, О. В. Лиманкин] // Журнал неврологии и психиатрии. — 2011. — № 6. — С. 4—14.
12. Стан і перспективи розвитку психіатричної служби в Україні / [М. П. Жданова, О. М. Коллякова, О. М. Зінченко, Н. О. Марута] // Український вісник психоневрології. — 2009. — Т. 17, вип. 2(59). — С. 6—9.
13. Чуркин А. А. Психиатрическая помощь населению России в 2006 г. / А. А. Чуркин, Н. А. Творогова // Российский психиатрический журнал. — 2007. — № 4. — С. 4—12.
14. Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні / [М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута та ін.] // Український вісник психоневрології. — 2012. — Т. 20, вип. 3 (72). — С. 13—18.
15. Kawakami N. Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002—2003 / N. Kawakami, T. Takeshima // Psychiatry and Clinical Neurosciences. — 2005. — № 59. — P. 441—452.
16. The Human Face of Mental Health and Mental Illness in Canada. Ottawa, Canada. — 2006. — P. 203.
17. Wittchen H.-U. Size and burden of mental disorders in Europe — a critical review and appraisal of 27 studies / H.-U. Wittchen, F. Jacobi // European Neuropsychopharm. — 2005. — № 15. — P. 357—376.

Надійшла до редакції 29.05.2013 р.

Е. Н. Зинченко

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

Клинико-психопатологические особенности непсихотических психических расстройств у жителей сельской местности

С целью изучения клинико-психопатологических особенностей основных форм непсихотических психических расстройств у сельских жителей проведено исследование клинических проявлений и механизма формирования непсихотических психических расстройств у 1135 сельских и 840 городских жителей Украины.

Отличительной чертой клинической картины непсихотических психических расстройств у сельских жителей установлено преобладание соматизированного и ипохондрического вариантов депрессивных расстройств, тревожных расстройств. Особенностью современного патоморфоза непсихотических психических расстройств у сельского населения выявлены тенденции к преобладанию черт, присущих непсихотическим психическим расстройствам органического и невротического генеза, коморбидность со злоупотреблением алкоголем, соматическими расстройствами.

На основании выявленных клинико-психопатологических особенностей непсихотических психических расстройств у сельских жителей (характер жалоб, преморбидные особенности, психогенные факторы, догоспитальная длительность болезни, особенности клинической картины, особенности качества жизни) обоснована необходимость разработки системы психотерапевтической и психофармакологической коррекции непсихотических психических расстройств.

Ключевые слова: клинико-психопатологические особенности, непсихотические психические расстройства, жители сельской местности.

Е. Н. Zinchenko

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

Clinical and psychopathological features of non-psychotic mental disorders among rural residents

To study clinical-psychopathological peculiarities of the main forms of non-psychotic mental disorders in the rural population an investigation of clinical manifestations and mechanisms of formation of non-psychotic mental disorders was carried out in 1135 rural residents and 840 urban residents in Ukraine.

A predomination of somatized and hypochondriac variants of depressive disorders, anxious disorders was established as a distinctive feature of a clinical picture of non-psychotic mental disorders in rural residents. It was revealed that peculiarities of a contemporary pathomorphosis of non-psychotic mental disorders in the rural population were tendencies to predomination of features inherent in non-psychotic mental disorders of organic and neurotic genesis, comorbidity with alcohol abuse, and somatic disorders.

On the base of the revealed clinical-psychopathological peculiarities of non-psychotic mental disorders in the rural population (a character of complaints, premorbid peculiarities, psychogenic factors, a duration of the disease before admission to hospital, peculiarities of a clinical picture, peculiarities of quality of life) it was substantiated a necessity to develop the system of psychotherapeutic and psychopharmacological correction of non-psychotic mental disorders.

Keywords: clinical and psychopathological features non-psychotic mental disorders, residents of rural areas.