

розлад — більше половини цього показника (Baumeister & Hartner, 2007).

Традиційно для лікування тривожних розладів використовують різноманітні психофармакологічні препарати різної терапевтичної спрямованості. Серед сучасних комплексних досліджень не визначено місце та недостатньо вивчена терапевтична ефективність групової та індивідуальної психотерапії в комплексному лікуванні тривожних розладів.

Усе вищевикладене зумовило провести дослідження клінічної структури та патофизиологічних механізмів формування емоційних розладів у хворих на тривожні розлади, та на підставі результатів науково обґрунтувати комплексну систему психотерапії та психокорекції тривожних розладів невротичного реєстру.

Було обстежено 136 хворих, обстежувані були поділені на 3 групи відповідно до рубрик МКХ-10: 35 пацієнтів з панічним розладом (епізодичною пароксизмальною тривогою (ЕПТ) — F41.0, 34 пацієнти з генералізованим тривожним розладом (ГТР) — F41.1 і 67 пацієнтів зі змішаним тривожно-депресивним розладом (ЗТДР) — F41.2.

У хворих I групи (з ЕПТ) перманентні прояви спостерігалися в структурі провідних психопатологічних синдромів: астенічного (у 20 % хворих), тривожно-депресивного (у 33 % хворих), іпохондричного (у 47 % хворих).

У II групі хворих (з ГТР) спостерігалися переважно перманентні прояви, які характеризувалися астенічними, тривожними і субдепресивними симптомами. Вони входили в структуру різних синдромів: тривожно-фобічного — у 31 %; астенічно-депресивного у 16 %; астенічно-іпохондричного — у 16 %; астенічно-тривожного — у 21 %, астенічного — у 14 % хворих.

Хворі III групи (з ЗТДР) займали проміжне місце за клінічними проявами. У них спостерігалися досить помірні пароксизмальні прояви з ідеаторно-емоційними і соматовегетативними складовими. Перманентні прояви спостерігалися в структурі тривожно-депресивного (у 68 % хворих), тривожно-фобічного (у 22 % хворих) і тривожно-іпохондричного (у 10 % хворих) синдромів.

Базовим методом реалізації медико-психологічної реабілітації хворих на ЕПТ, ГТР і ЗТДР була групова психотерапія з елементами раціональної, особистісно-спрямованої, сугестивної та сімейної психотерапії. При порушеннях емоційної сфери у вигляді фобічно-депресивних і тривожно-депресивних розладів застосовували когнітивно-біхевіоральну терапію (КБТ) за А. Беком і А. Елісом.

Загалом значне поліпшення було досягнуто у 72 % хворих I групи, у 68 % хворих II групи і у 78 % хворих III групи.

Отже, для хворих з ЕПТ, ГТР та ЗТДР найефективнішим є застосування системи психотерапевтичної корекції, побудованої за інтегративним принципом, що містить в собі комплекс раціональної, особистісно-орієнтованої, сугестивної психотерапії з елементами тілесно-орієнтованої психотерапії, аутогенного тренування, групової психотерапії та когнітивно-біхевіоральної терапії.

вплив низки пов'язаних з антропологічною політиповістю характеристик не тільки на ці показники у певних популяціях, а також і на представленість у них окремих варіантів конкретних захворювань. Тому комплексне вивчення та урахування антропоморфологічного чинника є важливим для кращого розуміння механізмів розвитку і чинників ризику виникнення психоневрологічних захворювань, зокрема різних форм невротичної патології.

На базі відділу неврозів та пограничних станів ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» було виконане комплексне антропометрично-антропоскопічне обстеження 190 осіб з різними формами невротичних розладів, серед них 88 (46,32 %) пацієнтів з тривожно-фобічними розладами (F40, F41), 62 (32,63 %) — з соматоформними розладами (F45) та 40 (21,05 %) — з неврастенією (F48.0). За результатами обстеження пацієнти були об'єднані в групи за антропологічним типом (АТ), який домінував у них і був визначений для кожної з осіб на базі комплексу морфологічних ознак.

Дані дослідження продемонстрували наявність особливостей структури невротичної патології для окремих АТ. Зокрема, представники альпійського АТ характеризувалися значно нижчим порівняно з показником обстеженої групи загалом рівнем тривожних розладів (23,53 % та 46,32 %, відповідно;  $p < 0,01$ ) й вищим, що є єдиним випадком серед усіх АТ, рівнем неврастенії (35,29 % та 21,05 % відповідно;  $p < 0,05$ ).

Серед пацієнтів — носіїв арменоїдного АТ домінували особи з тривожним розладом (73,33 % порівняно з 46,32 % у групі загалом;  $p < 0,01$ ), тоді як частка таких пацієнтів з неврастенією була надзвичайно малою (6,67 % порівняно з 21,05 % в групі пацієнтів у цілому;  $p < 0,05$ ).

Така ж мала частка осіб з неврастенією порівняно із обстеженою групою загалом визначалася й у представників атлантико-балтійського АТ (9,09 % та 21,05 % відповідно;  $p < 0,05$ ); водночас вірогідних різниць за кількістю осіб з тривожними та соматоформними розладами не виявлено.

Динарський АТ характеризувався вірогідним переважанням осіб з тривожними розладами (61,90 % при 46,32 % у групі загалом;  $p < 0,05$ ) і невеликими частками пацієнтів з неврастенією та соматоформними розладами (14,29 % та 23,81 %, відповідно).

Уралодійний АТ виявився єдиним з усіх, у структурі невротичної патології якого домінував соматоформний розлад (63,64 % при 32,63 % у групі загалом;  $p < 0,01$ ); водночас, частка осіб з тривожним розладом серед представників цього типу була дуже малою (18,18 % при 46,32 % у групі загалом;  $p < 0,01$ ), що є найнижчим показником для цієї форми неврозу серед усіх АТ.

Серед представників палеоевропейського АТ соматоформний розлад, навпаки, реєструвався вкрай рідко (9,52 % при 32,63 % у групі загалом;  $p < 0,01$ ); натомість, для цього АТ була притаманною значно більша, ніж у групі загалом, частка осіб з тривожними розладами (66,67 % та 46,32 % відповідно;  $p < 0,01$ ).

Середземноморський, біломоро-балтійський та індоафганський АТ характеризувалися відсутністю вірогідних різниць з відповідними показниками дослідженої групи загалом за структурою невротичної патології, хоча відзначалися тенденції до дещо більшої представленості серед пацієнтів — носіїв середземноморського АТ неврастенії, а серед пацієнтів — носіїв біломоро-балтійського АТ — тривожних розладів.

Отже, було виявлено форми неврозів, притаманні різним АТ, що свідчить про значимість антропологічних характеристик у неврозогенезі та потрібність їх враховувати як чинник ризику розвитку окремих форм невротичної патології.

УДК 616.85-03:572.5

**Кутіков О. Є.**

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

### **Форми невротичної патології у пацієнтів з різними антропологічними характеристиками**

Морфофізіологічна гетерогенність людини як біологічного виду є важливим чинником відмінностей у структурі психоневрологічної патології, поширеності та захворюваності на неї у різних людських популяціях. Було показано