

П. В. Волошин, Н. О. Марута, О. Є. Кутіков, О. Є. Семікіна, Г. Ю. Каленська

*Державна установа “Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України”,
61068 Харків*

РОЛЬ ЕТНОГЕНЕТИЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК У МЕХАНІЗМАХ НЕВРОЗОГЕНЕЗУ

(Представлено акад. НАМН України В. І. Цимбалюком)

Вперше в Україні проведено аналіз етногенетичних чинників у хворих з невротичними розладами (173 особи, у тому числі 40 пацієнтів з неврастенією, 50 — із соматоформними розладами та 83 — з тривожними розладами) з оцінкою психофізіологічних та клініко-психопатологічних особливостей. Отримано дані щодо чинників ризику та антиризиків розвитку невротичних розладів з урахуванням антропологічних та психофізіологічних чинників і визначено їх роль у механізмах неврозогенезу. Подано загальну модель формування невротичної патології, а також моделі неврозогенезу неврастенії, соматоформних та тривожних розладів з урахуванням етногенетичних характеристик пацієнтів.

Ключові слова: невротичні розлади, антропологічні типи, етногенетичні характеристики, психофізіологічні особливості, неврозогенез.

Неухильне зростання пограничної психічної патології є особливістю сучасного етапу розвитку суспільства. Це пов'язане з різкою зміною соціально-економічних умов життя, масовою міграцією населення, інформаційними перевантаженнями в психологічно значущих сферах життя людини, зумовлених політичною, соціально-економічною і морально-етичною дестабілізацією суспільства, що призводить до психічного перенапруження. Особливо значущою для України, що протягом останнього року переживає найскладніший період своєї новітньої історії, є проблема пограничних психічних розладів — найбільш чутливої до політичних, соціально-економічних чинників форми психопатології. В країні точаться бойові дії, здійснюються терористичні акти, велика кількість людей змушена залишати свої домівки, зберігається дуже

високий рівень соціальної напруги. Збереження психічного здоров'я населення у таких надзвичайно складних умовах існування нашого суспільства є одним з найбільш актуальних завдань сучасного періоду. Своєчасна діагностика та вибір найбільш адекватної та ефективної терапії психічних розладів, медико-психологічних наслідків бойових дій у даний час є виключно важливим та актуальним завданням.

Міжнародна статистична класифікація хвороб 10 перегляду виділяє велику групу пограничних психічних розладів з відокремленням невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів. Усі ці хвороби об'єднує головний механізм розвитку — психогенний. При цьому біопсихо-соціальна модель формування невротичної патології передбачає, поряд із психологічними чинниками у

П. В. Волошин — директор інституту, доктор медичних наук, професор

Відділ неврозів та пограничних станів

Н. О. Марута — заступник директора інституту з наукової роботи, керівник відділу, д.м.н., професор (mscience@ukr.net)

О. Є. Семікіна — провідн.н.с., к.м.н.

Г. Ю. Каленська — с.н.с., к.психол.н.

О. Є. Кутіков — провідн.н.с. відділу наукової організації неврологічної та психіатричної допомоги, ПЛР та ІЗ, к.б.н.

© П. В. Волошин, Н. О. Марута, О. Є. Кутіков, О. Є. Семікіна, Г. Ю. Каленська, 2015.

якості провідних, велике значення для цього процесу біологічних чинників. Найбільш розповсюдженими серед даної групи захворювань є соматоформні, тривожні розлади та неврастенія. Істотна різниця у клінічній картині між ними дає підставу стверджувати, що для різних форм патології існують специфічні чинники, що впливають на формування хвороби, її перебіг, а також на ефективність терапії. Особливо слід звернути увагу на той факт, що невротичні розлади вражають насамперед людей молодого та середнього віку, що призводить до порушення їх працездатності та стає вагомою соціально-економічною проблемою [5, 7, 11, 14].

Успішне вирішення питань діагностики та ефективного лікування можливе лише за умови глибокого розуміння механізмів розвитку невротичної патології. Необхідною передумовою для цього є дослідження механізмів та умов формування різних форм невротичної патології. Це допоможе підвищити якість лікування таких захворювань. Причому традиційно проводяться дослідження психологічних, клініко-психопатологічних, соціально-економічних чинників [6]. Разом з цим, враховуючі те, що психоемоційні особливості людини, а також її антрополого-фізіологічні особливості є значною мірою генетично зумовленими та пов'язаними між собою, етногенетичні характеристики населення беззаперечно мають певний вплив на формування психічної патології, але ці питання вивчені недостатньо.

Завдяки дослідженням, проведеним за останні 30 років на рівні великих рас та мішаних антропологічних типів, вплив етногенетичних характеристик людини на особливості ризику захворюваності, клініки та перебігу низки патологій є загально визнаним. Цей вплив стосується, зокрема, серцево-судинних захворювань [25], психічних розладів [22, 26, 28], у тому числі шизофренії [24], депресій [27], біполярних розладів [23] та ін. Було продемонстровано також наявність подібних особливостей серед представників більш дрібних антропологічних підгруп у межах великих рас у країнах Європи та Азії. У той же час, щодо населення України ця проблема лишається недослідженою, зокрема, це стосується і невротичної патології.

Враховуючи складну етногенетичну історію формування сучасного населення України, різноманітність антропологічних типів, що входять до його складу, регіональні та демографічні особливості, це питання має велике значення. Додатковим чинником, який збільшує актуальність вивчення цієї проблеми, є бурхливе зростання останнім часом етногенетичної гетерогенності населення України внаслідок збільшення кількості мігран-

тів з-за кордону і виникнення у структурі населення нашої країни помітних етногенетичних груп, раніше не властивих для цієї території [16, 17].

Беручи до уваги притаманний переважній більшості сучасних людських спільнот дуже високий рівень морфофізіологічної (у тому числі антропологічної) гетерогенності і неможливість отождолення антропологічних, інших морфологічних й фізіологічних характеристик з територіальними або етнокультурними ознаками, за основу досліджень у цій галузі ми обрали класифікацію відповідно до розподілу за антропологічними типами, які є комплексним фенотипічним відображенням етногенетичної спадщини людини і, водночас, потужним чинником як фізіологічної, так і психічної адаптації [9].

Таким чином, метою цього дослідження було комплексне вивчення особливостей етногенетичних характеристик хворих на невротичні розлади, зв'язку між цими характеристиками й особливостями формування та перебігу різних форм невротичної патології та розробка на цій підставі диференційованих підходів до вдосконалення їх діагностики та терапії.

Обстежувані та методи. Обстежено 173 особи з різними формами невротичних розладів — 40 осіб з неврастенією (F48), 50 осіб із соматоформними розладами (F45) та 83 особи з тривожним розладами (F40), які склали основну групу дослідження. До складу контрольної групи увійшли 130 осіб без діагнозу невротичного розладу.

У дослідженні були використані клініко-психопатологічний, психодіагностичний та антропологічний методи.

Клініко-психопатологічний метод — аналіз скарг, анамнезу захворювання та життя пацієнта, причин та умов формування хвороби, особливостей клінічної симптоматики та психічного статусу хворого. Для отримання соціо-демографічних даних використана розроблена авторами анкета-опитувальник.

Психодіагностичний метод містив у собі такі методики: методика визначення структури темпераменту [4], методики “Сила нервової системи”, “Врівноваженість нервової системи”, “Рухливість нервової системи” [5], опитувальник Ч. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна [13] — для визначення психофізіологічних характеристик учасників дослідження, а також методика діагностики рівня соціальної фрустрованості Л. І. Вассермана (у модифікації В. В. Бойко) [20] — для визначення актуальної сфери незадоволеності.

Антропологічний метод включав антропометричне та антропоскопічне дослідження загальних

розмірів та пропорцій тіла, основних розмірів та характеристик голови, форми та розмірів м'яких частин обличчя, форми та пігментації покривів тіла [2, 12, 15, 21]. Комплекси антропоморфологічних ознак (антропологічні типи) виділялися згідно з узагальнюючою класифікацією антропологічних типів великої європеїдної раси О. М. Хрисанфовой та І. М. Перевозчикова [21]. Для кожної особи за комплексом морфологічних ознак був визначений домінуючий антропологічний тип, а також компоненти або окремі риси інших антропологічних типів, коли вони були наявні. При аналізі обстежених особи були розподілені на підгрупи за антропологічним типом на основі домінуючого (головного) типу.

При статистичній обробці даних були використані методи описової статистики і факторний аналіз, для перевірки вірогідності відмінностей між вибірками використовували *t*-критерій Стьюдента і точний метод Фішера.

Результати та їх обговорення. На початкових етапах дослідження був проведений порівняльний аналіз статистичних даних щодо поширеності та захворюваності на невротичні, пов'язані зі стресом, та соматоформні розлади у регіонах України за останнє десятиліття [18, 19] та даних літератури щодо антропологічної структури населення у різних регіонах України [3]. Виявилось, що найнижча поширеність невротичних розладів була у Рівненській (188,68-258,97 на 100 тис. населення) та Волинській (228,68-295,62 на 100 тис. населення) областях при середньому показнику по Україні у межах 336,66-345,51 на 100 тис. населення. Водночас ці регіони з антропологічного погляду характеризуються високою часткою представників палеоевропейського антропологічного типу, який є мало поширеним в інших регіонах України. Отже, аналіз епідеміологічних даних свідчив про можливу асоційованість певних антропологічних комплексів з формуванням невротичної патології.

Проведене у рамках дослідження антропометричне та антропоскопічне обстеження дозволило виявити практично весь спектр антропологічних типів великої європеїдної раси за вищезгаданою класифікацією як в основній, так і в контрольній групі. У кожній з цих груп було виділено 9 з 10 європеїдних антропологічних комплексів, а саме: альпійський, арменодний, атланти-балтійський, біломоро-балтійський, динарський, індо-афганський, лапоноїдний, палеоевропейський, середземноморський. Єдиним виключенням став перехідний з великою негроїдною расою ефіопоїдний антропологічний тип, який історично ніколи не був представлений у структурі жодної з європей-

ських популяцій, тому його відсутність у дослідженій вибірці є цілком закономірною.

У складі контрольної групи, яка відображає загальну популяцію, було виділено антропологічні типи з різним рівнем поширеності (табл. 1). Такі типи, як альпійський, біломоро-балтійський, палеоевропейський та середземноморський були достатньо поширеними, тобто у різному ступені характерними для досліджуваної популяції. Натомість, кількість осіб-представників арменодного, атланти-балтійського, індо-афганського та лапоноїдного антропологічних типів виявилася дуже незначною, що дозволяє зазначені типи вважати мінорними (тобто, нехарактерними) в антропологічній структурі досліджуваної популяції.

Таблиця 1
Антропологічні характеристики обстежених, абс. (%), $M \pm m$

| Домінуючий антропологічний тип | Контрольна група (n = 130) | Основна група (n = 173) |
|--------------------------------|----------------------------|-------------------------|
| Альпійський | 28 (21,54 ± 3,62) | 32 (18,50 ± 2,96) |
| Арменодний | 5 (3,85 ± 1,69) | 15 (8,67 ± 2,15)* |
| Атланти-балтійський | 8 (6,15 ± 2,25) | 21 (12,14 ± 2,50)* |
| Біломоро-балтійський | 17 (13,08 ± 2,97) | 20 (11,56 ± 2,44) |
| Динарський | 22 (16,92 ± 3,30) | 19 (10,98 ± 2,38)* |
| Індо-афганський | 5 (3,85 ± 1,69) | 3 (1,73 ± 0,99) |
| Лапоноїдний | 5 (3,85 ± 1,69) | 9 (5,20 ± 1,69) |
| Палеоевропейський | 20 (15,39 ± 3,18) | 19 (10,98 ± 2,38) |
| Середземноморський | 21 (16,15 ± 3,24) | 35 (20,23 ± 3,06) |

Примітка: * — $P < 0,05$ порівняно з контрольною групою.

Хоч антропологічний склад контрольної групи є достатньо неоднорідним, в ній домінують представники саме тих антропологічних комплексів, які, згідно з даними літератури, властиві антропологічному складу населення України [3, 17]. Це, передусім, альпійський, динарський, середземноморський, палеоевропейський та, певною мірою, біломоро-балтійський антропологічні типи (останній слід пов'язати, скоріше, з масштабними міграційними процесами, що відбувалися на досліджуваній території впродовж останнього сторіччя).

Антропологічна структура популяції осіб з невротичною патологією (основна група) порівняно з контролем є більш різноманітною. Це проявляється у тому, що частка характерних для загальної популяції антропологічних типів у групі пацієнтів з невротичною патологією є меншою, тоді як відсоток мінорних антропологічних типів є вищим, ніж у контрольній групі. Так, група пацієнтів з невротичною патологією відрізнялася вірогідно більшою кількістю осіб, що належали до атланти-балтійського та арменодного антропологічних типів. Також відзначається тенденція до більшої

представленості в основній групі й лапоноїдного антропологічного типу.

Отже, отримані результати загалом свідчать про те, що приналежність до мінорних антропологічних типів, невласливих для загальної популяції, може бути чинником ризику розвитку невротичної патології.

Разом з тим, у групі пацієнтів з невротичними розладами було відзначено значно меншу кількість осіб, що були носіями динарського антропологічного типу, та помітно меншу — палеоевропейського антропологічного типу. Обидва ці типи належать до провідних для загальної популяції і, за нашими даними, можуть розглядатися в якості чинників антиризiku формування невротичних розладів. Що стосується палеоевропейського типу, на користь такого припущення непрямо свідчать й згадані вище результати епідеміологічного аналізу поширеності невротичних розладів в Україні.

Окремо був проведений аналіз гендерних особливостей популяції осіб з невротичними розладами у порівнянні з загальною популяцією з точки зору їх антропоморфологічної структури (рис. 1).

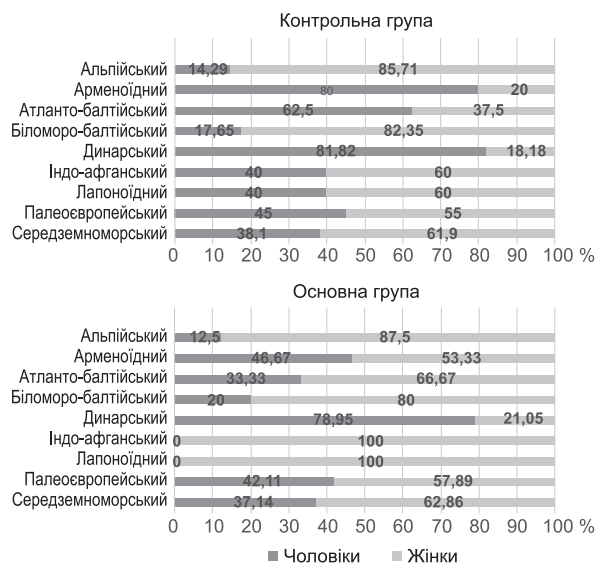


Рис. 1. Гендерний розподіл обстежених за антропологічним типом.

Вірогідні відмінності гендерно-антропологічної структури основної і контрольної груп стосуються усіх мінорних антропологічних типів: арменійського, атлантико-балтійського, індо-афганського та лапоноїдного. Для арменійського типу у групі пацієнтів з невротичними розладами було зареєстровано рівномірний розподіл за статтю (53,33 % жінок та 46,67 % чоловіків), тоді як у контрольній групі відзначалася виражена диспропорція на користь чоловіків (20,00 % жінок та 80,00 % чоловіків). Серед

осіб атлантико-балтійського антропологічного типу в основній групі кількість жінок була вірогідно вищою (66,67 % жінок та 33,33 % чоловіків), ніж у контрольній групі (37,50 % жінок та 62,50 % чоловіків). У групі пацієнтів з невротичними розладами, що належали до лапоноїдного антропологічного типу, були виключно жінки (100,0 %), тоді як у загальній популяції носії цього типу були представлені як жінками, так і чоловіками (60,00 % та 40,00 %, відповідно). Повністю аналогічним був і розподіл в основній (100,0 % жінок) та контрольній (60,00 % жінок та 40,00 % чоловіків) групах для індо-афганського типу, хоча розмір останньої підгрупи є незначним з погляду статистики.

Таким чином, отримані результати свідчать, що для усіх мінорних антропологічних типів (арменійського, атлантико-балтійського, індо-афганського та лапоноїдного) жіноча стать є чинником ризику розвитку невротичної патології. У випадку арменійського та атлантико-балтійського типів, які самі по собі мають більш високий рівень невротичних розладів порівняно з загальною популяцією, жіноча стать стає додатковим чинником ризику.

У роботі були також проаналізовані антропологічні характеристики пацієнтів з невротичною патологією в залежності від форми невротичного розладу (рис. 2). Різні невротичні розлади помітно відрізнялися за антропологічним складом хворих. Так, більшість пацієнтів з діагнозом “неврастенія” були представниками альпійського (31,43 %), середземноморського (25,71 %) та палеоевропейського (14,29 %) антропологічних типів, тоді як таким мінорним типом, як арменійський та лапоноїдний були невластиві ці форми невротичного розладу. Хворі із соматоформними розладами характеризувалися значною часткою носіїв альпійського (26,09 %), середземноморського (19,57 %) та атлантико-балтійського (17,39 %) антропологічних типів, помітною складовою лапоноїдного та біломоро-балтійського типів (по 10,87 %) при дуже низькому відсотку динарського та палеоевропейського антропологічних типів. Пацієнти з тривожними невротичними розладами належали передусім до середземноморського типу (18,46 %), а також до динарського (15,38 %), арменійського й атлантико-балтійського (по 13,85 %) та палеоевропейського (12,31 %) типів. Непридатними цій формі невротичної патології виявилися альпійський та лапоноїдний антропологічні типи. Таким чином, можна дійти висновку про асоційованість окремих форм невротичної патології з певними антропологічними типами, а, отже, що належність до цих антропологічних типів може бути чинником ризику розвитку конкретної форми невротичного розладу.

У співставленні з даними антропологічного аналізу були проаналізовані результати соціально-

демографічного, клініко-психопатологічного та клініко-вегетологічного досліджень. Вірогідних відмінностей між основною та контрольною групою за головними соціальними характеристиками виявлено не було. Разом з тим, серед хворих на невротичні розлади переважали особи з вищою освітою (61,05 % порівняно з 14,29 % у контрольній групі). Вірогідно більшим серед хворих на невротичні розлади був відсоток осіб, що не працюють, (17,44 % порівняно з 0,95 % у контрольній групі).

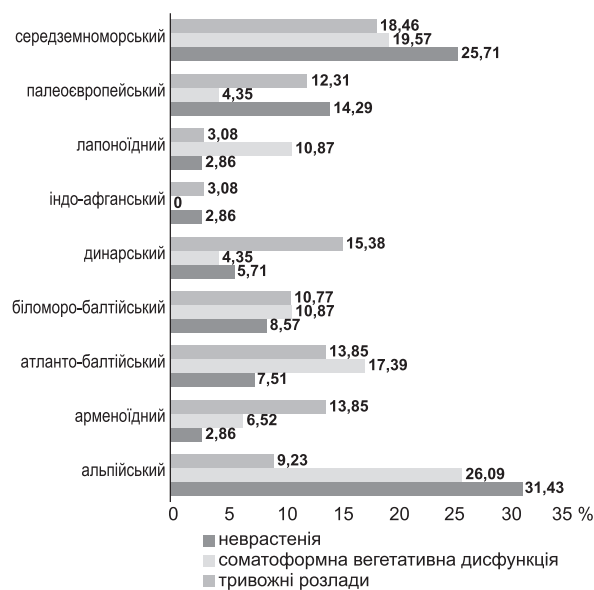


Рис. 2. Антропологічні типи, що були відзначені у пацієнтів з різними формами невротичних розладів.

Хворі з невротичними розладами значно частіше вказували на наявність у сімейному анамнезі певних захворювань (33,14 %), ніж особи контрольної групи (13,95 %). Переважно це були серцево-судинні захворювання (гіпертонічна хвороба), ендокринна патологія (цукровий діабет). Також мала місце істотна різниця між показниками основної та контрольної груп щодо захворювань у минулому та наявних коморбідних хвороб. Так, 70,73 % хворих на невротичні розлади зазначили наявність хвороб у минулому, причому 39,02 % визначили кілька хвороб. Вказані параметри в контрольній групі співвідносно становили 43,81 % та 19,05 %. За даними заповненої ними анкети, 84,88 % хворих з невротичними розладами страждали на супутню патологію серцево-судинної (57,14 %), дихальної (17,44 %), ендокринної (13,95 %) систем та шлунково-кишкового тракту (19,19 %), причому 54,07 % пацієнтів відзначали кілька супутніх захворювань. Показник наявності коморбідної патології у контрольній групі був вірогідно нижчим (53,49 %).

Обстеження вегетативної нервової системи показало, що її стан у пацієнтів з невротичною патологією у співставленні з даними обстеження контрольної групи характеризується, в цілому, початковою вегетативною активацією. При цьому існувала певна диференціація змін залежно від форми невротичної патології. Міра переважання симпатичних або парасимпатичних впливів у групах хворих була вищою порівняно з контролем. У значній більшості випадків мало місце переважання симпатичного відділу автономної нервової системи, причому найбільша активація виявлена у пацієнтів із соматоформними розладами. Парасимпатикотонію в групі хворих з неврастенією зафіксовано відносно частіше, ніж в інших групах хворих, проте у цілому в даній групі також переважали симпатичні впливи.

Нами було ретельно проаналізовано характер психопатологічних симптомів та синдромологічну структуру психічних порушень у хворих із невротичними розладами. Аналізуючи результати дослідження, слід відзначити, що психопатологічні синдроми в групі хворих на неврастенію характеризувалися переважанням астеничного симптомокомплексу (табл. 2). Астеничний, астено-депресивний та астено-іпохондричний синдроми астеничного спектра загалом спостерігались у 60,00 % хворих на неврастенію. Натомість, особливістю психопатологічних порушень у хворих із соматоформною вегетативною дисфункцією виявилось переважання тривожних та іпохондричних переживань. Так, психопатологічні порушення з провідною тривожною симптоматикою спостерігались у 56,00 % хворих, а іпохондричні прояви — у 40,00 % пацієнтів. У групі хворих з тривожними розладами клінічна картина включала наявність переважно тривожних та фобічних порушень. Пацієнти з цією формою невротичної патології були схильні також до obsesивних переживань, й, звичайно, провідною психопатологічною симптоматикою в них було визначено тривогу.

Співставлення даних щодо специфіки клінічних проявів у хворих на невротичні розлади та притаманних їм антропологічних типів виявило певні тенденції. Так, для хворих на неврастенію, більшість з яких належали до альпійського, середземноморського та палеоевропейського типів, було характерним переважання клінічних симптомів, зумовлених впливом парасимпатичного відділу автономної нервової системи, у формі зниження фізичної та психічної активності, астеничних, депресивних проявів, слабкості, торпідності психічних процесів. У психопатологічній симптоматичі переважали синдроми астено-депресивного спектра. Тобто, можливо передбачити, що для осіб

вказаних антропологічних типів формування невротичного зриву йде у бік виснаження, астенизації та ангедонії.

Таблиця 2

Психопатологічні синдроми, що були виявлені у хворих з різними формами невротичних розладів, абс. (% $M \pm m$)

| Синдром | Неврастенія ($n = 40$) | Соматоформні розлади ($n = 50$) | Тривожні розлади ($n = 83$) |
|------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| Астеничний | 8 (20,00 \pm 6,40) | 0 (0) | 2 (2,41 \pm 1,69) |
| Астено-депресивний | 9 (22,50 \pm 6,69) | 2 (4,00 \pm 2,80) | 4 (4,82 \pm 2,37) |
| Астено-іпохондричний | 7 (17,50 \pm 6,08) | 4 (8,00 \pm 3,78) | 6 (7,23 \pm 2,86) |
| Тривожно-депресивний | 10 (25,00 \pm 6,93) | 10 (20,00 \pm 5,42) | 16 (19,28 \pm 4,36) |
| Тривожно-іпохондричний | 1 (2,50 \pm 2,50) | 13 (26,00 \pm 6,26) | 14 (16,87 \pm 4,14) |
| Тривожно-фобічний | 1 (2,50 \pm 2,50) | 8 (16,00 \pm 5,24) | 28 (33,73 \pm 5,22) |
| Депресивний | 3 (7,50 \pm 4,21) | 5 (10,00 \pm 4,29) | 5 (6,02 \pm 2,63) |
| Іпохондричний | 1 (2,50 \pm 2,50) | 7 (14,00 \pm 4,95) | 0 (0) |
| Обсесивно-фобічний | 0 (0) | 1 (2,00 \pm 2,00) | 8 (9,64 \pm 3,26) |

Для пацієнтів із соматоформною вегетативною дисфункцією переважна більшість клінічних проявів була зумовлена впливом симпатичного відділу вегетативної нервової системи. Специфікою клінічної симптоматики у хворих на соматоформну вегетативну дисфункцію була органна спрямованість порушень переважно серцево-судинної, дихальної систем. При цьому органні порушення перебували у тісному зв'язку з психопатологічними симптомами, які мали тривожно-іпохондричну спрямованість. Враховуючи переважання серед хворих на соматоформні розлади осіб альпійського, середземноморського, атланти-балтійського та лапоноїдного антропологічних типів, можна вважати, що механізм формування невротичної хвороби у цих осіб має органну спрямованість, яка спричиняє тривожно-іпохондричну фіксацію.

У клінічній картині хворих на тривожні розлади спостерігалися симптоми, які були зумовлені поєднаним впливом і симпатичного, і парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи з потужною початковою вегетативною активацією. Особливістю психопатологічних порушень було формування тривожно-фобічної симптоматики, яка набувала обсесивного характеру. Оскільки серед пацієнтів із тривожними розладами у більшості випадків були представлені середземноморський, динарський, арменійський, атланти-балтійський та палеоевропейський антропологічні типи, можливо передбачити, що формування невротичної патології у осіб зазначених антропологічних

типів корелюватиме з розвитком складних психопатологічних симптомів — таких, як обсесії та фобії зі стійкою фабулою переживань.

Для визначення факторів ризику виникнення невротичних розладів було проведено дослідження психофізіологічних показників хворих на невротичні розлади з урахуванням їх антропологічного типу. На основі застосування вищеприписаного комплексу психодіагностичних методик був виконаний факторний аналіз і встановлено психофізіологічні фактори ризику розвитку невротичних розладів у співвідношенні з антропологічними типами пацієнтів.

Приналежність пацієнтів з неврастенією до альпійського та середземноморського антропологічних типів за результатами аналізу асоціювалася з такими психофізіологічними факторами ризику, як низька врівноваженість нервових процесів ($r = -0,737$ та $r = -0,775$, відповідно), висока ригідність ($r = 0,887$ та $r = 0,605$, відповідно), висока активність ($r = 0,753$ та $r = 0,791$, відповідно), а також інертність нервових процесів (за показником рухливості нервових процесів $r = -0,597$ та $r = -0,712$, відповідно).

У пацієнтів із соматоформною вегетативною дисфункцією приналежність до альпійського, середземноморського, атланти-балтійського та лапоноїдного антропологічних типів асоціювалася з наступними психофізіологічними факторами ризику, що зумовлюють формування відповідної форми невротичної патології: висока особистісна тривога ($r = 0,798$, $r = 0,791$, $r = 0,579$ та $r = 0,654$, відповідно), екстраверсія ($r = 0,735$, $r = 0,641$, $r = 0,610$ та $r = 0,530$, відповідно), висока рухливість нервових процесів ($r = 0,730$, $r = 0,650$, $r = 0,762$ та $r = 0,584$, відповідно), висока ригідність ($r = 0,784$, $r = 0,735$, $r = 0,638$ та $r = 0,520$, відповідно) та, певною мірою, низький рівень врівноваженості нервових процесів ($r = -0,752$ для альпійського та $r = -0,796$ для лапоноїдного антропологічних типів).

Серед пацієнтів з тривожними розладами наявність рис середземноморського, динарського та арменійського антропологічних типів асоціювалася з такими факторами ризику формування тривожних розладів, як високий рівень пасивності (за показником активності $r = -0,688$; $r = -0,788$ та $r = -0,883$, відповідно), висока особистісна тривога ($r = 0,708$, $r = 0,718$ та $r = 0,745$, відповідно), інертність нервових процесів (за показником рухливості нервової системи $r = -0,605$, $r = -0,767$ та $r = -0,723$, відповідно) та інтроверсія (за показником екстраверсії $r = -0,718$, $r = -0,390$ та $r = -0,656$, відповідно).

Весь комплекс отриманих даних дозволив, беручи до уваги етногенетичні характеристики пацієнтів, розробити інтегральну модель невротозе-

незу, що містила у собі головні ланки формування невротичної патології (рис. 3).

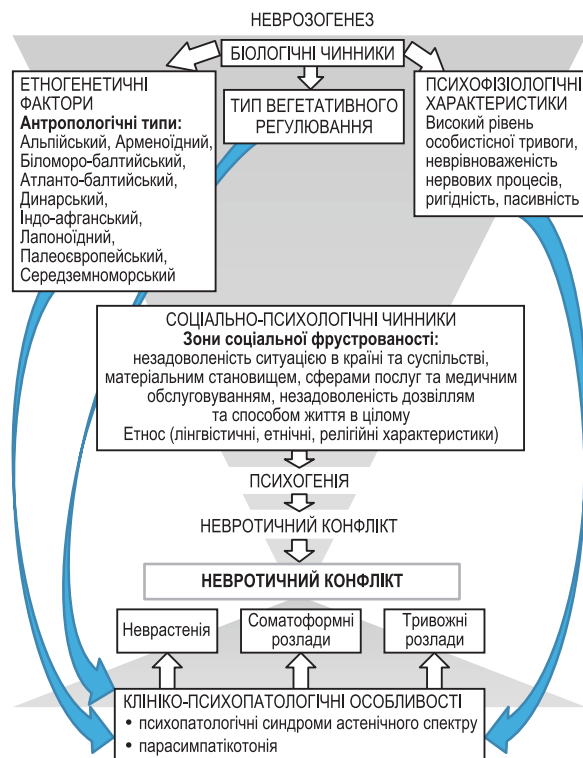


Рис. 3. Загальна модель формування невротичної патології з урахуванням етногенетичних характеристик.

У біопсихосоціальної моделі формування психічної патології неврозам належить особливе місце. Ключовою ланкою у розвитку невротичного зриву є формування специфічного інтрапсихічного невротичного конфлікту, що виникає внаслідок неможливості розв'язання особою індивідуально сформованого протиріччя між власними уявленнями щодо себе та світу і об'єктивною реальністю [8, 10]. Разом з тим, недооцінка біологічних чинників у неврозогенезі може призвести до одностороннього розуміння невротичної патології, спричиняє діагностичні та терапевтичні помилки, які зумовлюють неефективність допомоги цьому великому контингенту хворих.

Співставлення клініко-психопатологічних та антропологічних особливостей дозволило розробити моделі розвитку основних форм невротичної патології з урахуванням антропологічних чинників.

Схему неврозогенезу неврастенії (F48) подано на рис. 4. Специфікою психопатологічних порушень у хворих на неврастенію є формування синдромів астено-депресивної спрямованості, що зумовлено домінуванням парасимпатикотонічних впливів. Причому переважання представників аль-

пійського, середземноморського та палеоевропейського антропологічних типів серед хворих на неврастенію дає підстави для прогнозування реалізації психогенії в осіб вказаних типів через формування симптомів астеничного спектра.



Рис. 4. Модель неврозогенезу неврастенії з урахуванням етногенетичних характеристик.

Неврозогенез соматоформних розладів (F45) з урахуванням етногенетичних характеристик відображено на рис. 5. Реалізація клінічного симптомокомплексу соматоформних розладів зумовлюється домінуванням впливів симпатичного відділу вегетативної нервової системи, що призводить до формування органної спрямованості, з якою є чітко пов'язаними тривожно-іпохондричні психопатологічні симптоми за принципом прямого та зворотного зв'язку, а вірогідне переважання серед пацієнтів цієї формою невротичної патології представників середземноморського, альпійського, атлантико-балтійського та лапоноїдного антропологічних типів може розглядатися у якості чинника ризику формування функціональних органних порушень з тривожно-іпохондричною фіксацією.

Модель неврозогенезу тривожних розладів (F40) з урахуванням етногенетичних характеристик наведено на рис. 6. Клінічна картина у хворих на тривожні розлади визначається поєднанням виражених рис і симпатотонії, і парасимпатикотонії з формуванням порушень як ваго-інсулярного, так і симпато-адреналового типів, що зумовлює формування тривожно-фобічної та obsесивної симптоматики. Враховуючи те, що серед хворих на тривожні

розлади відзначалося вірогідне переважання осіб середземноморського, динарського, арменоїдного, атланти-балтійського та палеоевропейського антропологічних типів, можна дійти висновку, що приналежність до цих типів є чинником ризику формування клінічної симптоматики у вигляді складних психопатологічних симптомів — таких, як обсесії та фобії зі стійкою фабулою переживань.



Рис. 5. Модель неврозогенезу соматоформних розладів з урахуванням етногенетичних характеристик.

Отже, біопсихосоціальна модель показує, що неврозогенез є складним процесом, центральною та ключовою ланкою якого є психогенний механізм формування невротичного конфлікту за умови присутності певних соціально-психологічних факторів та відповідної біологічної складової. Разом з тим, впливом саме біологічних чинників (зокрема, антропологічних та психофізіологічних) у першу чергу зумовлюється формування клінічних симптомів та диференціація невротичного розладу.

Проведене дослідження дало змогу визначити зв'язки між розвитком невротичної патології з певними комплексами антропологічних рис або антропологічними типами. Зокрема, було продемонстровано, що приналежність до мінорних антропологічних типів (арменоїдного та атланти-балтійського) асоціюється з більш високими показниками наявності невротичних розладів, а, отже, може розглядатися в якості предикторів формування невротичної патології у дослідженій популяції та може бути чинником ризику розвитку невротичної патології. Згідно з от-

риманими результатами, додатковим предиктором для представників мінорних типів можна вважати жіночу стать. Окрім цього, дослідження також показали, що кожний з антропологічних типів пов'язаний з певними клініко-психопатологічними та психофізіологічними особливостями, які відіграють важливу роль у механізмах розвитку різних форм невротичної патології.

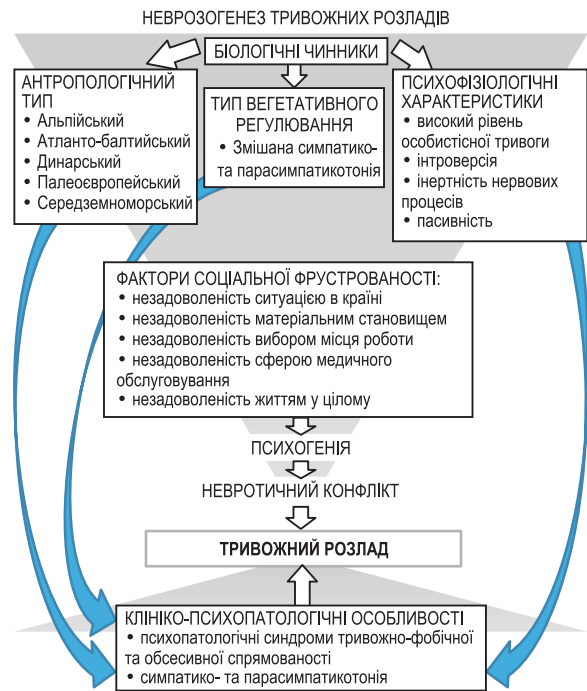


Рис. 6. Модель неврозогенезу тривожних розладів з урахуванням етногенетичних характеристик.

Наявність невротичних реакцій різного роду є ознакою порушення та зриву процесу адаптації, оскільки неможливість адаптуватися або складнощі адаптування до навколишнього середовища та оточення створюють феномен дезадаптації або незавершеної адаптації. Коли взяти до уваги, що існуючі антропологічні типи з притаманними їм характеристиками є в історичній перспективі результатом адаптації, а у теперішній час — передумовою для адаптування до конкретного середовища, можна дійти висновку, що продемонстрований у роботі підвищений рівень невротичної патології у представників мінорних антропологічних типів пов'язаний саме з їх дезадаптацією в умовах невласивого середовища.

Визначення характерних особливостей, що асоціюються з певними антропологічними типами, свідчить про необхідність урахування антропологічних чинників у діагностиці невротичних розладів й робить свій внесок у розробку персоналізованих підходів до терапії пограничної психічної патології.

Список використаної літератури

1. *Беседин А. Н., Липатов И. И., Тимченко А. В., Шапарь В. Б.* Книга практического психолога: Ч. 1. — Харьков: РИП “Оригинал”, фирма “Фортуна-пресс”, 1996. — 376 с.
2. *Бунак В. В.* Антропометрия. Практический курс. — М.: Учпедгиз, 1941. — 367 с.
3. *Дяченко В. Д.* Антропологичний склад українського народу. — К.: Наук. думка, 1965. — 126 с.
4. *Елисеев О. П.* Практикум по психологии личности: 2-е изд., испр. и перераб. — СПб.: Питер, 2003. — 572 с.
5. *Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я № 8.* — К., 2008. — 101 с.
6. *Зінченко О. М.* Клінічна характеристика та відмінні особливості основних форм невротичних розладів у міського та сільського населення // Укр. вісник психоневрології. — 2014. — 22, вип. 2. — С. 78-82.
7. *Мартыненко Н. В.* Клинико-эпидемиологические исследования распространенности непервичных психических расстройств среди населения Украины // Архив психиатрии. — 2008. — 12, вип. 1-4. — С. 56-58.
8. *Марута Н. А.* Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах. — Харьков: Арсис, 2000. — 160 с.
9. *Марута Н. О., Кутиков О. Є.* Антропологічна політиповість та етногенетичні чинники у дослідженні механізмів неврозогенезу // Укр. вісник психоневрології. — 2012. — 20, вип. 3. — С. 200.
10. *Марута Н. О., Панько Т. В., Явдак І. О.* та ін. Сучасні механізми неврозогенезу та їх психотерапевтична корекція // Укр. вісник психоневрології. — 2012. — 20, вип. 3. — С. 200-201.
11. *Международная классификация болезней (10 пересмотр).* Классификация психических и поведенческих расстройств: клинические описания и указания по диагностике. — ВОЗ. — СПб.: АДИС, 1994. — 300 с.
12. *Морфология человека.* Учебное пособие: 2-е изд., перераб., доп. / Под ред. Б. А. Никитюка, В. П. Чтецова. — М.: Изд-во МГУ, 1990. — 344 с.
13. *Практическая психодиагностика. Методики и тесты: Учебное пособие.* — Самара: Издательский Дом БАХРАХ-М, 2001. — 672 с.
14. *Психіатрія.* Нормативне виробничо-практичне видання. — К.: МНІАЦ медичної статистики, МВЦ “Медінформ”, 2008. — 600 с.
15. *Рогинский Я. Я., Левин М. Г.* Антропология. Учебник для студентов ун-тов: 3-е изд. — М.: Высшая школа, 1978. — 528 с.
16. *Сегеда С. П.* Антропологический состав древнего населения Украины: этногенетические аспекты: этническая история древней Украины // Толочко П. П., Козак Д. Н., Моця О. П. та ін. Етнічна історія давньої України. — К.: Ін-т археології НАН України, 2000. — С. 242-276.
17. *Сегеда С. П.* Антропологичний склад українського народу: етногенетичний аспект: Автореф. дис. ... д-ра іст. наук. — К., 2002. — 35 с.
18. *Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні: Інформаційно-аналітичний огляд за 2000-2009 рр.* — Харків: Арсис, 2010. — 160 с.
19. *Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні: Інформаційно-аналітичний огляд за 2002-2011 рр.* — Київ-Харків, 2012. — 140 с.
20. *Учебно-методические рекомендации по психодиагностике личности (ч. 1) для слушателей спецфакультета практических психологов в системе народного образования ХГУ / Сост. Е. Ф. Иванова, И. И. Мельник.* — Харьков: ХГУ, 1993. — 92 с.
21. *Хрисанфова Е. Н., Перевозчиков И. В.* Антропология. — М.: Изд-во МГУ, 1991. — 320 с.
22. *Anderson E. R., Mayes L. C.* Race/ethnicity and internalizing disorders in youth: A review // Clin. Psychol. Rev. — 2010. — 30, № 3. — P. 338-348.
23. *Douki S., Nacef F., Triki T., Dalery J.* Crosscultural aspects of bipolar disorder: results of a comparative study between French and Tunisian patients // Encephale. — 2012. — 38, № 3. — P. 194-200.
24. *Fung W. L. A., Bhugra D., Jones P. B.* Ethnicity and mental health: the example of schizophrenia and related psychoses in migrant populations in the Western world // J. Psychiatry. — 2009. — 8, № 9. — P. 335-341.
25. *Kurian A. K., Cardarelli K. M.* Racial and ethnic differences in cardiovascular disease risk factors: a systematic review // J. Ethn. Dis. — 2007. — 17, № 1. — P. 143-152.
26. *Moellersen S., Holte A.* Ethnicity as a variable in mental health research: a systematic review of articles published 1990-2004 // Nord. J. Psychiatry. — 2008. — 62, № 4. — P. 322-328.
27. *Riolo S. A., Nguyen T. A., Greden J. F., King C. A.* Prevalence of depression by race/ethnicity: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey III // Am. J. Public Health. — 2005. — 95, № 6. — P. 998-1000.
28. *Weich S., Nazroo J. Y., Sproston K.* et al. Common mental disorders and ethnicity in England: the EMPIRIC Study // J. Psychol. Medicine. — 2004. — 34. — P. 1543-1551.

Одержано 24.12.2014

РОЛЬ ЭТНОГЕНЕТИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК
В МЕХАНИЗМАХ НЕВРОЗОГЕНЕЗА

П. В. Волошин, Н. А. Марута, А. Е. Кутиков, Е. Е. Семикина, Г. Ю. Каленская

Государственное учреждение “Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины”, 61068 Харьков

Впервые в Украине проведен анализ этногенетических факторов у больных с невротическими расстройствами (173 человека, в том числе 40 пациентов с неврастенией, 50 — с соматоформными расстройствами и 83 — с тревожными расстройствами) с оценкой психофизиологических и кли-

нико-психопатологических особенностей. Получены данные о факторах риска и антириска развития невротических расстройств с учетом антропологических и психофизиологических факторов и определена их роль в механизмах неврозогенеза. Представлена общая модель формирования невротической патологии, а также модели неврозогенеза неврастении, соматоформных и тревожных расстройств с учетом этногенетических характеристик пациентов.

THE ROLE OF ETHNOGENETIC CHARACTERISTICS IN MECHANISMS OF NEUROSOGENESIS

P. V. Voloshyn, N. A. Maruta, A. Ye. Kutikov, E. Ye. Semikina, G. Yu. Kalenskaia

State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology NAMS of Ukraine", 61068 Kharkiv

Analyzed were ethnogenetic factors and evaluated were psychophysiological and clinical-psychopathological peculiarities in patients with neurotic disorders (173 persons including 40 patients with neurasthenia, 50 patients with somatoform disorders and 83 patients with anxious disorders). The results obtained provided data about risk and anti-risk factors of formation of neurotic disorders with due account of anthropological and psychophysiological factors and their role in mechanisms of neurosogenesis was determined. A general model of formation of neurotic pathology, as well as models of neurosogenesis for neurasthenia, somatoform and anxious disorders taking with due account of patients' ethnogenetic characteristics were presented.