

УДК 616.01/099

Невроз как болезнь адаптации

С. Л. Леончук

Государственное казенное учреждение «Курганская областная психоневрологическая больница», Курган

Neurosis as adaptation disease

S. L. Leonchuk

Kurgan Regional Neuropsychiatric Hospital, Kurgan

Аннотация. В статье предложена модель невроза как болезни адаптации с нарушением базовых уровней регуляции жизнедеятельности организма — психосоматического, нервно-психического и психосоциального, прослежены причины и патогенетические механизмы его формирования. Отмечена роль почвы в клиническом оформлении невроза. Выделена группа психосоматических заболеваний в структуре невроза. Предложены пути лечения.

Ключевые слова: эволюция; страх; адаптация; невроз; психосоматические болезни.

Abstract. The article proposes a model of neurosis, as an adaptation disease, with a violation of all basic levels of regulation of the body's activity — psychosomatic, neuropsychic and psychosocial, the causes and pathogenesis mechanisms of its formation are traced. The role of soil in the clinical presentation of neurosis is noted. The group of psychosomatic diseases in the structure of neurosis is distinguished. Ways of treatment are proposed.

Keywords: evolution; fear; adaptation; neurosis; psychosomatic diseases.

Введение. До сих пор имеют место разногласия в понимании причин, динамики, исхода, путей профилактики и лечения невроза [1, 2]. В настоящее время актуальной является адаптационная модель невроза, в которой невроз считается клинической формой расстройства адаптации [3, 4], приводящий к нарушению всех базовых уровней регуляции. Объединение невроза и соматоформных расстройств (СФР) в одну диагностическую группу ошибочно, так как при СФР, в отличие от невроза, наблюдается неспецифический соматизированный характер нарушений [5]. В МКБ-10 понятие «невроз» вообще отсутствует как неопределенное понятие, а имеющиеся модели невроза как нозологии не способствуют его единой трактовке и разрешению противоречий. Между тем невроз, формируя психосоматические болезни, в том числе ишемическую болезнь сердца, гипертоническую болезнь, язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки, бронхиальную астму, мигрень, сахарный диабет 2-го типа, язвенные колиты, гинекологические заболевания, состояния иммунодефицита и другие [6], поставляет urgentную патологию в терапевтические и неврологические стационары. Кроме того, проблематика невроза тесно переплетена с наркологическими проблемами: этиловый алкоголь, табак и другие психоактивные вещества, выступая факторами лечебно-транквилизирующего, эйфоризирующего и адаптогенного действия при неврозе, также участвуют в формировании urgentной терапевтической, неврологической, а также психической патологии.

По данным ВОЗ, заболеваемость неврозами за последние 65 лет выросла более чем в 20 раз, а распространенность составляет до 20–30% населения в мире. Неврозы называют болезнями цивилизации, так как их рост связан с увеличением темпа жизни, урбанизацией населения, информационной и стрессовой нагрузкой,

изменением экологии, снижением доли физического труда [7].

С учетом вышеизложенного решение проблематики невроза имеет первостепенное значение.

Дискуссия. Реактивность — одно из главных свойств жизни. Реактивность — это способность организма внутренне реагировать на изменения к нему требований экосистемы, форма его взаимодействия с экосистемой, особый вид отражения, связанный с регуляцией гомеостаза. Интегративным, системообразующим фактором жизнедеятельности организма является отраженная потребность. Эмоции как форма психики отражают потребности организма в веществе, энергии и информации и несут энергетический заряд саморегуляции и целеполагания. Реактивность сопряжена с энергетическими модулями функционирования организма. Эмоции, отражая потребности, являются центром адаптивной реактивности, гомеостатической регуляции и интеграции организма.

Развитие эмоций идет из рефлекторного кольца и базальных ядер регуляции гомеостаза, работающих по принципу обратной связи [8]. Имеются две ядерные эмоции: позитивные эмоции — связаны с удовлетворением потребности и замыканием рефлекторного кольца, негативные эмоции — возникают при фрустрации, неудовлетворенной потребности. Прогрессивное развитие нервно-психической деятельности в филогенезе связано с адаптивной дифференциацией ядерных эмоций [9]. Основные эмоции — это врожденные базовые эмоции, присущие всем людям, независимо от общей культуры и этноса. Они имеют под собой эволюционную основу, нейрохимический и энергетический эквивалент. В филогенезе происходят дифференциация и социализация базовых эмоций.

Выделяют до 10 и больше базовых эмоций [9, 10]. Главными из них являются страх, ярость, радость, пе-

чаль, интерес и их эквиваленты. Имеются четыре энергетических типа базовых эмоций:

1. Негативные мобилизующие базовые эмоции — страх и его эквиваленты. Страх — отражение прямой угрозы. Стресс — эквивалент страха, отражение непрямой угрозы. Тревога — страх, направленный в будущее. Физическая боль — эквивалент страха, индикатор целостности организма. Ярость (злость, гнев) — это протопатический недифференцированный предшественник страха. В пользу этого говорит следующее:

а) норадреналин — гормон и нейромедиатор ярости является предшественником синтеза адреналина — гормона страха;

б) имеется тождество нейрогормональных и соматовегетативных защитных реакций при ярости и страхе;

в) наблюдается клиническое наложение и взаимозаменяемость ярости и страха.

Негативные мобилизующие базовые эмоции вызывают общий неспецифический адаптационный синдром Г. Селье [11, 12].

2. Позитивные тонизирующие базовые эмоции — радость, удовольствие. Связаны с удовлетворением потребности.

3. Позитивные стимулирующие базовые эмоции — удивление, интерес, любопытство. Связаны с отражением потенциальной потребности.

4. Негативные тормозящие базовые эмоции — грусть, печаль, уныние. Связаны с неудовлетворенной потребностью. Наблюдается адаптивное снижение общей реактивности организма, переход его на низкий энергетический режим функционирования.

Позитивные базовые эмоции закрепляют действующие гомеостатические механизмы регуляции.

Адаптация как приспособление может быть специфической и неспецифической. Общий неспецифический синдром адаптации Г. Селье характеризуется напряжением, интенсивностью, крайне широким и генерализованным спектром защитных реакций, охватывающим весь организм, с резкой активацией гипоталамо-гипофизарно-адрено-кортикальной системы, которая играет ведущую роль в процессе неспецифического приспособления. Однако в силу неспецифичности, разлитого общего характера, генерализованности ответа на стрессор общий адаптационный синдром не всегда оптимален. Платой за неспецифичность и генерализованность ответа на стрессор является невроз как болезнь адаптации. Специфические реакции адаптации связаны с развитием ЦНС и коры головного мозга. Прогресс адаптации идет по пути увеличения эмоциональной дифференциации ответов на стрессор, что позволяет организму более тонко, качественно и адекватно приспособиться к окружающей среде как метасистеме.

Причинами невроза являются страх и его эквиваленты, в том числе гнев, тревога, стресс и физическая боль. Эмоции страха, отражая угрозу жизни, являются важным адаптивным эволюционным приобретением организма. В момент страха, переживания опасности идет мобилизация защитных сил организма, направ-

ленная на предотвращение угрозы. Происходят унитарные защитные изменения психосоматического, нервно-психического и психосоциального уровней регуляции жизнедеятельности, связанных между собой:

1. Психосоматический уровень регуляции включает в себя нервно-эндокринную и нервно-вегетативную составляющие. Наблюдается унитарный адаптационный синдром [11, 12]. В кровь выбрасываются гормоны страха, изменяется все гормональное зеркало организма. При этом увеличиваются основной обмен веществ, сердечный выброс, повышается артериальное давление, учащаются ритм сердца, частота дыхания, ускоряется утилизация глюкозы, триглицеридов и холестерина и др.

2. Нервно-психический уровень регуляции. Наблюдаются унитарные защитные нервно-психические реакции:

а) психомоторное возбуждение — активная защита, противодействие, ответная агрессия, уход от ситуации (побег);

б) психомоторный ступор — обездвиженность, микрия. Пассивная защита.

При этом усиливаются острота зрения и слуха, сила и быстрота нервно-мышечных рефлекторных и инстинктивных реакций.

Унитарные адаптивные биологические реакции генетически запрограммированы и направлены против непосредственной угрозы и действия повреждающего фактора.

3. Психосоциальный уровень регуляции. Наблюдаются адаптивные социальные реакции — реакции горя, группирования, истерические реакции, конфликты, парасуициды, взывание к помощи, состраданию, защите. Является формой надорганизменной защиты.

При этом возможны следующие варианты защиты:

1) гиперергическая реакция;

2) нормоергическая (адекватная) реакция;

3) гипоергическая (анергическая) реакция.

Характер реакции зависит от предшествующего опыта организма, имеющихся стереотипов-автоматизмов защиты, сенсibilизации (готовности) организма. Гиперергическая реакция защиты (шок) является менее целесообразной, так как быстро приводит к истощению, некрозу, разрушению защитных сил и ослаблению организма. Гипоергическая реакция защиты как игнорирование опасности возможна при недоразвитии или истощении защитных сил организма, также менее благоприятна, так как происходит быстрое разрушение организма. Нормоергическая реакция защиты является адекватной и соответствует потребности организма.

При активной защите от стрессора — скелетно-мышечном возбуждении происходит критическая реализация и утилизация энергии страха. При реакции ступора активной реализации энергии страха не происходит, и после прекращения действия стрессора идет медленный, постепенный, литический возврат организма в исходное состояние. При этом нейрогормональная энергия страха сгорает не в топке скелетно-мышечного возбуждения, а утилизируется через

цепь внутренних вегетативных реакций, гладкую висцеральную мускулатуру, то есть через вегетодистонические и вегетодискинетические (вегетоневротические) реакции, что приводит к синдрому вегетососудистой дистонии (ВСД).

При хроническом стрессе (страхе) уровень нейрогормональной защитной энергии в условиях гиподинамии будет постоянно повышен, вегетоневротические реакции закрепляются, возникают феномены «вегетативного котла», ВСД, стойкий психосоматический синдром с выходом в психосоматическое заболевание.

Психосоматический синдром — это способность организма с помощью гомеостатических реакций выводить нервно-психическую энергию страха через тело [13, 14]. При этом локализация соматического звена не является случайностью, так как она является составной частью сложного психобиологического защитного комплекса [15, 16]. Психосоматическое заболевание — это стойкий психосоматический синдром, обусловленный патогенным влиянием хронического стресса, который канализируется и целенаправленно «бьет» по уязвимым, генетически детерминированным соматическим структурам [17]. Психосоматическое заболевание — это болезнь адаптации, типовой процесс, причинно связанный с хроническим стрессом, нарушающим психосоматическую интеграцию организма, и проявляющийся срывом нейрогормональной и нервно-вегетативной регуляции.

Классическими примерами психосоматических заболеваний являются болезни «святой семерки» [18]: эссенциальная гипертония, бронхиальная астма, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, ревматоидный артрит, нейродерматит, а также ИБС, сахарный диабет 2-го типа, ожирение, психосоматический тиреотоксикоз, дискинезия желчевыводящих путей, симптом раздраженного кишечника, кишечная колика, мигрень и другие [13, 15, 16].

Стадии развития психосоматического заболевания в структуре невроза:

1. Функциональная стадия заболевания, или стадия ВСД. Наблюдается стойкий психосоматический синдром. Морфологических изменений тканей не наблюдается.

2. Морфологическая стадия заболевания [15]. Наблюдаются морфологические изменения ткани.

С появлением психосоматического заболевания возникают вторичные болевой и тревожно-фобический синдромы, стойкий соматопсихический синдром, формируется порочный круг заболевания. При этом влияние стрессора на развитие психосоматического заболевания может уменьшаться [15], включаются другие патогенетические механизмы заболевания.

Клинику невроза формируют:

1. Стрессор, значимость которого во многом имеет индивидуальный характер с учетом пола, возраста, культурных и социальных факторов, интенсивности и времени действия стрессора [19].

2. Почва заболевания, которой может выступить:

2а. Тип биологической конституции как морфо-

функциональное выражение генотипа, генетической силы или хрупкости адаптационного гомеостата.

2б. Акцент характера.

2в. Заболевание ЦНС, головного мозга — органический, сосудистый, атрофический, эндогенный радикалы.

2г. Заболевание сомы — острые и хронические соматические заболевания, эндокринные заболевания.

Причина и почва заболевания могут меняться местами. В клинике невроза может доминировать не причинный фактор [20], а патология почвы. Неврогенный фактор дает толчок патокинезу почвы [21].

а) Если почвой невроза является органическое расстройство ЦНС, головного мозга с функциональной слабостью нервно-вегетативной регуляции, то легче формируются синдром ВСД, стойкий психосоматический синдром.

б) Если почвой заболевания являются патология сомы и эндокринопатия, то быстрее формируются морфологическая стадия психосоматического заболевания, стойкий соматопсихический синдром, порочный круг заболевания.

в) Если у больного имеет место акцент характера, то легче возникает хронификация заболевания, быстрее возникают синдром ВСД, стойкий психосоматический синдром, порочный круг заболевания. Неблагоприятными являются астенический, тревожный и истерический акценты характера.

г) При наличии у больного астенической конституции, когда в психике и соме доминирует астенический радикал, течение невроза принимает злокачественный характер с быстрым прохождением всех стадий заболевания, формированием тяжелого психосоматического заболевания, расстройства личности, психоорганического синдрома.

д) При наличии у больного эндогенного или атрофического радикала головного мозга течение невроза доброкачественное, в клинике наблюдается нивелировка причинных факторов заболевания, реже формируются синдром ВСД, стойкий психосоматический синдром, на первое место выступает патология почвы.

«Чистый» невроз встречается редко [22].

Стадии развития невроза как болезни адаптации в проекции изменений психосоматической регуляции:

1. Расстройство адаптации, транзиторная психосоматическая реакция.

2. Функциональная стадия психосоматического заболевания — синдром ВСД, стойкий психосоматический синдром.

3. Морфологическая стадия психосоматического заболевания. Формирование вторичного соматопсихического синдрома, порочного круга заболевания.

4. Тяжелое психосоматическое заболевание. Истощение организма. Анергическая реакция на вредность. Расстройство личности. Психоорганический синдром.

Выводы:

1. Эволюционный биопсихосоциальный подход к неврозу как болезни адаптации:

1.1. Дает ключ к пониманию причин и патогенети-

ческих механизмов формирования невроза, его динамики и исхода.

1.2. Выделяет группу психосоматических болезней в структуре невроза, к которым относятся ИБС, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма, язвенный колит, вегетодискинезии и вегетодистонии, эндокринные, гинекологические заболевания, ожирение, дерматиты, артрозы, состояния иммунодефицита и другие.

1.3. Определяет пути лечения невроза как болезни адаптации:

1.3.1. Снижение актуальности стрессора (психотерапия, анксиолитики, седативные средства).

1.3.2. Воздействие на почву заболевания.

1.3.3. Купирование синдрома ВСД, стойкого психосоматического синдрома (психотропные и соматотропные средства, вегетостабилизаторы, психотерапия). Направление энергии страха в топку скелетно-мышечного возбуждения (ЛФК, физический труд, закаливание, дыхательная гимнастика, сублимированная деятельность и другие).

1.3.4. Купирование соматопсихического синдрома, порочного круга заболевания (соматотропные и психотропные средства, анальгетики, вегетостабилизаторы).

2. Подчеркивает единство соматического, нервно-психического и социального, целостность организма. Только комплексное воздействие на человека как единую биопсихосоциальную систему может повысить эффективность лечебно-реабилитационных и профилактических программ.

3. Невроз — это психосоциальное заболевание, так как большинство стрессов носит социальный характер. Решение социальных проблем, социальная защита человека являются решающими факторами в профилактике и лечении невроза как болезни адаптации.

4. В лечении невроза должны участвовать не только врачи-психиатры и психотерапевты, но и врачи-интернисты, психологи и социальные работники. В случае выраженной соматизации невроза болезнь лечит врач-интернист с консультативным привлечением врачей психиатра и психотерапевта, психолога и социального работника.

Литература

1. Карвасарский Б. Д. Неврозы. М. : Медицина, 1990. С. 11–16.
2. Тиганов А. С. Руководство по психиатрии. М. : Медицина, 1999. Т. 2. 712 с.
3. Абабков В. А., Перре М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. СПб. : Речь, 2004. 166 с.
4. Караваева Т. А., Бабури И. Н., Колотильщикова Е. А. и др. Клинические и биосоциальные характеристики дифференциальной диагностики невротических и неврозоподобных расстройств (сообщение 1) // Психическое здоровье. 2011. Т. 63, № 8. С. 48–53.
5. Чутко Л. С. Соматоформные расстройства // Медицинский совет. 2011. № 1–2. С. 84–90.
6. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина : пер. с нем. М. : Медицина, 1999. С. 3–29.
7. Рубцова Ю. А., Калинина Н. В. Причины возникновения невроза: теоретический обзор // Психология в современном мире. 2017. С. 125–128.
8. Анохин П. К. Узловые вопросы теории функциональных систем. М. : Наука, 1980. 196 с.
9. Изард К. Э. Психология эмоций. Я знаю, что ты чувствуешь. СПб. : Питер, 2007. 464 с.
10. Экман П. Психология эмоций. Я знаю, что ты чувствуешь. СПб. : Питер, 2010. 334 с.
11. Селье Г. На уровне целого организма : пер. с англ. М. : Наука, 1972. 36 с.
12. Селье Г. Стресс без дистресса : пер. с англ. М. : Прогресс, 1974. 124 с.
13. Царегородцев Г. И. (ред.). Философские проблемы теории адаптации. М. : Мысль, 1975. С. 213–230.
14. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. М. : Медицина, 1999. С. 306–350.
15. Смулевич А. Б., Гиндикин В. Я., Аведисова А. С. Соматизированные психические расстройства в течении психических заболеваний и пограничных состояний. Некоторые аспекты психопатологии, клинической типологии // Невропатология и психиатрия им. С. С. Корсакова. 1984. № 8. С. 1235–1237.
16. Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. М. : Медицина, 1986. 384 с.
17. Коршунов Н. И., Григорьева Е. А., Капустина Л. В. и др. Проблемы, психические нарушения и качество жизни больных ревматоидным артритом // Терапевтический архив. 1991. № 8. С. 100–104.
18. Александер Ф. Психосоматическая медицина : пер. с англ. М. : ЭКСМО-Пресс, 2002. 352 с.
19. Синицкий В. Н. Депрессивные состояния. Киев : Наукова думка, 1986. С. 42–48, 65–68.
20. Ясперс К. Общая психопатология : пер. с нем. М. : Практика, 1997. 1053 с.
21. Жислин С. Г. Очерки клинической психиатрии. Клинико-патогенетические зависимости. М. : Медицина, 1965. 320 с.
22. Гаджибабаева Д. Р. Психофизиологические особенности проявления неврозов // Актуальные проблемы психологического знания. 2013. Т. 29, № 4. С. 135–141.

Сведения об авторе

Леончук Сергей Львович, врач-психиатр ГКУ «Курганская областная психоневрологическая больница»
 Адрес: 640000, г. Курган, ул. Смирнова, 7; тел. 8 3522 54-17-13; e-mail: leon4ykk@mail.ru