

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННЫХ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Профессор Н.А. МАРУТА

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, Харьков

Представлен обзор исследований последнего десятилетия по проблеме невротических расстройств. Показано возрастание их частоты в структуре общей распространенности психических расстройств, качественное и количественное изменение психогенных факторов, патоморфоз клинико-психопатологических проявлений патологии, в связи с чем разрабатываются новые критерии диагностики и методы ее лечения.

Последнее десятилетие, по данным как отечественных, так и зарубежных авторов, характеризуется неуклонным ростом частоты пограничных нервно-психических расстройств, среди которых преобладают неврозы. Такая ситуация обусловлена существенными социально-экономическими, социально-психологическими, экологическими изменениями, происходящими в обществе. Рост распространенности невротических расстройств сопровождается изменением их клинической структуры и динамики, что делает необходимым постоянный анализ данной категории расстройств.

Исследованиями последнего периода установлено, что клинической основой невротической патологии являются эмоциональные расстройства. Развитие их обусловлено констелляцией многих факторов, среди которых ведущая роль принадлежит конституционально-биологическим и социально-психологическим. Разнообразие эмоциональных нарушений обусловлено как особенностями этих факторов, так и различиями в их сочетании и степени выраженности.

Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах характеризуются динамизмом, лабильностью и неустойчивостью, причиной чего является тенденция к слиянию, усложнению и трансформации отдельных модальностей. Клинико-психопатологический анализ эмоциональных нарушений при невротических расстройствах свидетельствует об их синдромальной неспецифичности. В то же время данные клинико-феноменологического исследования свидетельствуют о наличии определенного их своеобразия при неврастении, диссоциативных и тревожно-фобических расстройствах. При неврастении основу эмоционального реагирования составляют отрицательные модальности депрессивного спектра; при диссоциативных расстройствах своеобразие эмоциональных нарушений определяется наличием в их структуре противоположных по знаку и полярных по значению эмоций; у больных тревожно-фобическими расстройствами эмоциональные нарушения формируются за счет отрицательных эмоций тревожно-фобического круга.

Клинико-психопатологическая структура эмоциональных нарушений при различных невротических расстройствах формируется с преимущественным участием эмоций разного уровня: при неврастении — преимущественно высших (корковых), при диссоциативных расстройствах — биологических (подкорковых), при тревожно-фобических — как высших, так и низших. Эти данные подтверждаются различным характером психологического, нейрохи-

мического и нейрофизиологического обеспечения эмоциональных проявлений и позволяют допустить наличие дифференцированных мозговых механизмов их формирования при различных формах.

Описанные эмоциональные расстройства развиваются в условиях действия психогений, претерпевших существенные изменения в условиях современного патоморфоза [1].

Показано, что современные психотравмы отличаются перенесением акцентов с микросоциального на макросоциальный уровень. Это сопровождается смещением психотравм от индивидуально значимых на уровне микрогрупп (семья, друзья, работа) до индивидуально значимых на уровне макрогрупп (социально-экономическая ситуация в стране, экологические проблемы, тотальные катастрофы). При этом подчеркивается, что современные психотравмы характеризуются массивностью, комплексностью и «социализованностью», обуславливая ситуацию пребывания индивида в хроническом дистрессе. Наиболее значимой психотравмой сегодняшнего дня является тревога при оценке больными перспектив своего здоровья, работы и благополучия.

В условиях патоморфоза существенно меняется клинико-психопатологическая структура невротической патологии. Одним из проявлений патоморфоза считается преобладание невротических депрессий [2].

К развитию невротических депрессий в условиях современного патоморфоза приводят хронические (71,6%) и острые (28,4%) психотравмирующие факторы, преимущественно социально-экономического характера (62,5%), например утрата работы, безработица, перевод на нижеоплачиваемую работу. Основу клинических проявлений у больных невротическими депрессиями составляют эмоциональные расстройства, которые в сочетании с чувствительными, двигательными и соматовегетативными феноменами формируют многообразие клинической симптоматики.

Сравнение клинических проявлений невротических депрессий, развившихся в результате действия изолированных и сочетанных психотравм, свидетельствует о преобладании их выраженности во втором случае, что в наибольшей степени проявляется при анализе феноменологии эмоциональных расстройств (достоверное преобладание в эмоциональном спектре апатии, тоски и эмоциональных коррелятов идей самообвинения и самоуничужения).

Следующей особенностью патоморфоза в современных условиях является «ипохондризация» кли-

нических проявлений невротических расстройств. Ипохондрические расстройства при невротической патологии характеризуются сочетанием чисто ипохондрических феноменов с депрессией (96,6%), телесными ощущениями (82,5%), тревогой (49,2%). В психопатологических механизмах формирования острых ипохондрических реакций значительная роль принадлежит мобилизирующим формам психологической защиты (активное включение в деятельность, перспективное планирование действий, сохранение активности после неудачи) [3]. В то же время больным с ипохондрическим развитием личности свойственны ригидные формы психологической защиты (уход в болезнь, рационализация, вытеснение, регрессия).

Ипохондрические реакции характеризуются лабильностью, трансформацией ипохондрических феноменов. Механизм освобождения от психического перенапряжения у этих больных направлен не на ослабление, а на замену одних форм защиты другими.

Показано, что характерной чертой современного патоморфоза невротических расстройств является соматизация их клинических проявлений, среди которых преобладают нарушения желудочно-кишечного тракта [4]. При изучении данной проблемы было отмечено, что такие соматизированные расстройства взаимосвязаны с эмоциональными расстройствами, способствуют их усложнению и формированию ведущего психиатрического синдрома. Феноменология желудочно-кишечных расстройств неспецифична для различных форм патологии. У больных неврастением эти расстройства гармонично входят в структуру ведущей психопатологической симптоматики, а у больных диссоциативными расстройствами — контрастируют с основными симптомами, являются яркими, демонстративными.

В проведенных исследованиях показано, что характерной чертой современного патоморфоза невротической болезни является распространенность таких форм, в структуре которых отмечается избыточная масса тела. Эта особенность регистрируется при невротических срывах истерического и неврастенического типа. В ситуации психогенного конфликта обсессивно-фобического типа формирования избыточной массы тела, как правило, не происходит [5].

В патогенетических механизмах формирования избыточной массы при неврастении основное значение принадлежит активации исходно измененного пищевого стереотипа, в то время как при истерических расстройствах психогения является пусковым фактором нарушения пищевого поведения (преимущественно в виде булимии). Установлено, что наличие избыточной массы тела у больных неврастением является фактором, который поддерживает и утяжеляет ведущую психопатологическую симптоматику, а у больных истерическими расстройствами маскирует истинную психогению, занимая в сознании больных место основного психотравмирующего фактора. Показано, что избыточная масса тела достоверно коррелирует с наличием депрессивных проявлений, а у больных истерическими расстройствами — тревожно-фобическими.

Анализ современных форм невротической патологии показывает, что она все чаще возникает на фоне органической церебральной predisпозиции [6].

При таком сочетании в клинико-психопатологической структуре данной патологии выявляется увеличение «микстных» астеноипохондрических, субдепрессивных и соматизированных клинических проявлений. При неврастении «оживление» органической симптоматики приводит к возрастанию веса адинамического компонента астении (80%) и цефалгий (85%). При диссоциативных расстройствах рецидив органической патологии сопровождается ипохондризацией (61,5%), увеличением частоты сенестопатий (80,8%) и нарушением чувствительности — гипералгезии, гиперестезии, парестезии, соматалгии — (46,2%). При тревожно-фобических расстройствах «оживление» органической патологии проявляется увеличением частоты панических атак с выраженным вегетативно-сосудистым компонентом (94,7%).

У больных с невротическими расстройствами, сочетающимися с органической патологией, по данным МРТ, имеются структурные изменения головного мозга в виде симметричного расширения его желудочковой системы (преимущественно боковых желудочков) и признаки умеренной внешней гидроцефалии в виде расширения передних отделов межполушарной щели.

Установлено, что невротические расстройства подвержены возрастному патоморфозу и имеют свою специфику, обусловленную возрастом (45–59 лет).

Развитие невротических расстройств у лиц среднего возраста обусловлено сочетанным влиянием двух групп психотравмирующих факторов: к первой относятся специфические для данной возрастной группы факторы (чувство одиночества — 46,8%, уход на пенсию — 29,4%, актуализация психотравм прошлого — 24,6%); ко второй — «общевозрастные», т.е. присущие и людям молодого возраста (продолжительное заболевание или потеря близких людей — 29,4 и 11,9%, наличие соматической или неврологической патологии — 35,7%) [7]. Объединенное влияние перечисленных факторов приводит к их потенцированию. Установлено, что ведущими клинико-психопатологическими особенностями невротических расстройств у лиц среднего возраста является преобладание синдромов депрессивного регистра: астенодепрессивный (26,2%), депрессивно-ипохондрический (21,4%) и тревожно-депрессивный (19,0%), в то время как у лиц молодого возраста доминируют истерические и тревожно-фобические проявления. В патопсихологических механизмах формирования невротических расстройств у лиц среднего возраста, в отличие от молодых, важными радикалами являются ригидность личностных черт, которая создает предпосылки для фиксации на конфликтах прошлого и приводит к негативным ожиданиям по отношению к себе, и «органическая окрашенность» отдельных психических процессов, которые в условиях действия факторов психической травматизации приводят к развитию эмоциональной дезорганизации психической деятельности.

Изучение невротической патологии в возрастном аспекте показало, что она формируется во всех возрастных группах. При анализе психического здоровья одаренных детей, обучающихся в школах нового типа, у 47,0% из них были выявлены непсихотические психические расстройства, среди которых преобладают

астенические (24,1%) и астеновегетативные (21,8%) невротические реакции [8].

Сопоставление клинических особенностей не-психотических психических расстройств у учащихся 9–11-х классов показало меньшее разнообразие и интенсивность симптоматики у десятиклассников по сравнению с двумя другими группами. При изучении личностных особенностей и состояния психического здоровья интеллектуально одаренных учащихся, составляющих значительную часть контингента школ нового типа, было установлено отсутствие достоверных различий в распространенности не-психотических психических расстройств у подростков с разным уровнем интеллекта. В то же время обнаружена большая выраженность у интеллектуально одаренных как гипо-, так и гипертимной симптоматики. Сопоставление данных клинического обследования, социометрии, тестирования особенностей когнитивной сферы учащихся и анализ их успеваемости убедительно доказывают высокую психогигиеническую значимость тщательного отбора школьников в учебные заведения нового типа. Изучение условий формирования не-психотических психических расстройств у обследованных учащихся показало ведущую роль в их развитии учебных факторов (удельный вес — 62,3%).

Невротические расстройства, к сожалению, распространены и среди студентов [9]. Так, обследование студентов-медиков показало, что на первом курсе обучения у 54,8% из них отмечаются единичные симптомы психической дезадаптации, а у 7,2% — невротические расстройства. На втором курсе число клинически очерченных форм достигает 8,2%, а единичные симптомы дезадаптации регистрируются у 36,3%. К третьему курсу единичные симптомы психической дезадаптации встречаются у 63,3% обследуемых, а у 3,8% — достигают уровня невротической патологии.

Клинически оформленные психические расстройства, по классификации МКБ-10, диагностировались в виде расстройств адаптации и соматоформных расстройств. У студентов с этими расстройствами наблюдались соматоформная вегетативная дисфункция сердца и сердечно-сосудистой системы (F 45.30), недифференцированное соматоформное расстройство (F 45.1). Расстройства адаптации проявлялись в виде кратковременной депрессивной реакции (F 43.20), смешанной тревожной и депрессивной реакции (F 43.22) и в расстройствах адаптации с преобладанием других эмоций (F 43.23). Последние были наиболее распространенной психической патологией у студентов-медиков на всех этапах обследования, а самой малочисленной была кратковременная депрессивная реакция (F 43.20).

Исследования, проведенные среди военнослужащих, также отражают рост частоты невротической патологии среди этого контингента. Анализ этой патологии у военнослужащих войск МВД, несущих службу с боевым оружием, показал, что отличительной особенностью психогений у них было наличие специфических факторов психической травматизации, обусловленных несением службы с оружием [10]. Ведущие клинико-психопатологические проявления невротической болезни у военнослужащих из боевых подразделений характеризуются преобладанием тревожно-фобического радикала и проявляются в виде тревожно-фобического (33,3%), тревожно-ипохондрического (26,3%), тревож-

но-депрессивного (22,8%) и депрессивно-фобического (11,4%) синдромов. В группе сравнения преобладает астенический симптомокомплекс в виде астенодепрессивного синдрома (33,6%), астеноипохондрического (28,2%), тревожно-ипохондрического (20,0%) и астенофобического (12,7%) синдрома.

Основными формами патологии среди обследованных были: расстройства адаптации, соматоформные расстройства и расстройства адаптации, развившиеся на фоне резидуальной органической патологии.

В патопсихологических механизмах формирования невротических расстройств у военнослужащих значительная роль принадлежит личностным особенностям, характеру психогении, типу поведения в конфликтной ситуации, активности адаптационных механизмов. При этом у обследованных из боевых подразделений выявлено преобладание невротических личностных радикалов — невротическая фиксация, повышенный самоконтроль, неудовлетворенность внешними условиями, стремление избежать ответственности и переложить решение проблем на других людей. Это предопределяло тенденцию к развитию личностной дезадаптации; зона конфликта была расширенной за счет специфических фобий, связанных с использованием боевого оружия, сфера наиболее значимых интересов была смещена в сторону болезни, что сочеталось с пассивной личностной позицией и попытками привлечь внимание к себе и своей болезни, а также значительным перенапряжением адаптационных механизмов. Группа сравнения отличалась локализацией зоны конфликта в сферах отношений с командирами, сослуживцами, нереализованных целей и возможностей и незначительным снижением адаптационных возможностей.

В условиях возрастания удельного веса и патоморфоза невротической патологии принципы ее терапии и профилактики подвергаются пересмотру. При этом отмечено, что система терапии неврозов должна быть направлена не на глобальную «перестройку» личности, а на сохранение адаптивных личностных ресурсов с учетом жизненного опыта пациента и на поддержание активности и сохранности адаптивных механизмов.

В исследованиях последнего десятилетия подчеркивается ведущая роль психотерапии в этиопатологическом лечении невротических расстройств. Наряду с этим отмечается возрастающее значение немедикаментозных и биологических методов, позволяющих повысить адаптивные возможности личности и ее «восприимчивость» к психотерапии. К таким методам относится, прежде всего, разгрузочно-диетическая терапия (РДТ).

Установлено, что комплекс РДТ с психотерапией является эффективным методом купирования вегетативно-сосудистых нарушений невротического генеза [11]. При этом эффективность обусловлена тем, что РДТ создает благоприятный соматовегетативный фон для проведения этиопатогенетической психотерапевтической коррекции, которая приводит к регрессу психопатологических и патопсихологических проявлений, нормализации вегетативных показателей, иммунологическому балансу. В психопатологических механизмах формирования невротических расстройств значительная роль принадлежит характеру течения вегетативных нарушений, при этом пароксизмальные

вегетативные расстройства способствуют формированию выраженных тревожно-фобических, ипохондрических, обсессивно-фобических синдромов. Купирование пароксизмальных вегетативных проявлений под влиянием РДТ с психотерапией создает предпосылки для их обратного развития. Эффективность этого лечебного комплекса зависит от ведущей психопатологической симптоматики, а также от особенностей вегетативно-сосудистых нарушений (наиболее выражена при вегетативно-сосудистой дистонии по гипертоническому типу) и варианта течения (наиболее выражена при доминировании перманентного течения). При воздействии РДТ с психотерапией на состояние вегетативной нервной системы происходит снижение изначально повышенного общего вегетативного тонуса и соответственно усиление вегетативной реактивности, улучшается также вегетативное обеспечение деятельности у больных неврастенией, соматоформными и тревожно-фобическими расстройствами.

Высокоэффективны также методы транскраниальной анодной микрополяризации мозга и оперантного биоадаптивного управления [12]. Терапевтический эффект этих методов проявляется в редукции эмоциональных расстройств, восстановлении психофизиологического состояния, нормализации психического

статуса и вегетативного тонуса, что происходит за счет выравнивания гальванического гомеостаза и активации мозговых систем положительного эмоционального подкрепления с включением высшего уровня адаптации — психической самоадаптации со сложными когнитивными и эмоциональными механизмами обеспечения осознания собственных ощущений и переживаний.

Важное значение в терапии невротических расстройств приобретают адаптогены, препараты природного происхождения. Изучение действия препарата полен (адаптоген природного происхождения, содержащий цветочную пыльцу) показало его позитивное влияние на астенические проявления у больных невротическими расстройствами [13]. Этот эффект обуславливал регресс соматических агрипнических и вегетативно-сосудистых проявлений астении, а также оказывал иммуностимулирующий эффект.

В целом исследования последнего десятилетия по проблеме невротических расстройств отражают возрастание доли этой патологии в структуре психических расстройств, свидетельствуют об усложнении психогений и существенном видоизменении клинических проявлений невротических расстройств, что диктует необходимость пересмотра критериев их диагностики и разработки новых форм терапии.

Л и т е р а т у р а

1. Чабан О.С. Патоморфоз неврозов.— Тернополь: Збруч, 1996.— 160 с.
2. Мороз В.В. Клинико-психопатологические особенности невротических депрессий и новые подходы к терапии этих состояний. // Укр. вісн. психоневрол.— 1999.— Т. 7, вип. 3 (21).— С. 110–113.
3. Лішук Р.М. Соматопсихічні розлади у хворих з гострою іпохондричною реакцією внаслідок перенесеної травматизуючої стресової події // Практ. мед.— 1997.— № 7–8.— С. 46–48.
4. Явдак И.А. Особенности феноменологии расстройств желудочно-кишечного тракта у больных неврастенией и истерическим неврозом // Укр. вісн. психоневрол.— 1996.— Т. 4, вип. 5 (12).— С. 255–256.
5. Клинико-психопатологические особенности больных неврозами с избыточной массой тела // Там же.— 1997.— Т. 5, вип. 1 (13).— С. 165–171.
6. Огоренко В.В. Патопсихологические механизмы формирования невротических расстройств, которые развиваются на фоне органической патологии головного мозга // Тавр. журн. психиатр.— 2000.— Т. 4, № 4 (15).— С. 11–13.
7. Етіопатогенетичні особливості непсихогічних психічних розладів у осіб різного віку // Мед. перспективи.— 2000.— Т. 5, № 4.— С. 67–69.
8. Табачников А.Е. Невротические реакции у подростков, обучающихся в школе нового типа // Журн. психиатр. и мед. психол.— 1998.— № 1 (4).— С. 34–37.
9. Структура психопатологических проявлений пограничных расстройств у студентов-медиков // Укр. вісн. психоневрол.— 1999.— Т. 7, вип. 2 (20).— С. 58–60.
10. Стадник А.В. Особенности клинической картины невротических расстройств у военнослужащих срочной службы внутренних войск МВД Украины в зависимости от формы заболевания // Тавр. журн. психиатр.— 2002.— Т. 6, № 4 (21).— С. 40–44.
11. Семикина Е.Е. Методические особенности применения разгрузочно-диетической терапии и специфика программ психотерапевтической коррекции при невротических расстройствах // Укр. мед. альманах.— 2000.— № 2.— С. 145–146.
12. Колядко С.П. Опыт применения транскраниальной анодной микрополяризации мозга (ТКАМП) и оперантного биоадаптивного управления (ОБУ) в лечении больных истерическим неврозом // Укр. вісн. психоневрол.— 1995.— Т. 3, вип. 2 (6).— С. 306–309.
13. Вовк І.Л. Ефективність застосування продуктів бджільництва в психіатричній практиці // Там же.— 1996.— № 4, вип. 4 (11).— С. 16–18.

Поступила 13.02.2004

CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL PECULIARITIES OF CONTEMPORARY NEUROPATHIC DISORDERS

N.A. Maruta

S u m m a r y

The review of the studies of neurotic disorders performed within the recent decade is presented. Increase in their incidence in the structure of total frequency of mental disorders, qualitative and quantitative changes of psychogenic factors, pathomorphosis of clinical-psychopathological manifestations of the disease is shown to stimulate development of new diagnostic criteria and methods of treatment.