

Л.С.Чутко, М.В.Путилина

АСТЕНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА



Москва
«МЕДпресс-информ»
2023

УДК 616.891.4

ББК 56.14

Ч-96

Авторы:

Чутко Леонид Семенович – профессор, доктор медицинских наук, руководитель центра поведенческой неврологии и лаборатории коррекции психического развития и адаптации Федерального государственного бюджетного учреждения науки Института мозга человека им. Н.П.Бехтеревой Российской академии наук (Санкт-Петербург).

Путилина Марина Викторовна – профессор, доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической фармакологии лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова (РНИМУ) (Москва).

Рецензент:

Помников Виктор Григорьевич – профессор, доктор медицинских наук, ректор, заведующий кафедрой неврологии, медико-социальной экспертизы и реабилитации Санкт-Петербургского института усовершенствования врачей-экспертов.

Иллюстрация на обложке: В.П.Верещагин «Усталая». 1883. Пермская государственная картинная галерея.

Чутко, Леонид Семенович.

Ч-96 Астенические расстройства / Л.С.Чутко, М.В.Путилина. – Москва : МЕДпресс-информ, 2023. – 172 с.
ISBN 978-5-907632-89-9

В книге освещены вопросы диагностики и лечения неврастении, синдрома хронической усталости у взрослых и детей.

Монография предназначена для неврологов, но будет интересна также врачам терапевтических специальностей и педиатрам, психиатрам и психотерапевтам.

УДК 616.891.4

ББК 56.14

СОДЕРЖАНИЕ

Сокращения	6
Введение	7
1. ЧТО ТАКОЕ АСТЕНИЯ?	8
Усталость и утомление	8
Понятие «астения»	10
Исторические аспекты изучения астении	12
2. АСТЕНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	16
Эпидемиология астении	16
Структура астенических расстройств	16
Классификации астенических расстройств	19
Астеническая симптоматика в общемедицинской практике ...	23
Старческая астения	25
Астения при психических расстройствах	26
3. ПСИХОГЕННАЯ АСТЕНИЯ (НЕВРАСТЕНИЯ)	30
Понятие «неврастения»	30
Стресс как причина психогенной астении	31
Биологические механизмы стресса	39
Психический стресс	40
Копинг	42
Неврастения как невротическое расстройство	45
Ведущие клинические проявления неврастении	53
Соматические проявления неврастении	57

4. СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ	62
Этиология и патогенез	63
Роль в патогенезе нейровоспаления и окислительного стресса	66
Роль в патогенезе нейроэндокринной и нейротрансмиттерных систем	68
Диагностика	69
Лабораторная диагностика	72
Дифференциальная диагностика	72
Ревматологические заболевания	73
Эндокринные заболевания	73
Гематологические и онкологические заболевания	73
Гастроэнтерологические заболевания	73
Пульмонологические заболевания	74
Неврологические заболевания	74
Психические расстройства	74
Постковидный синдром	75
5. АСТЕНИЯ ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	77
Астения при хронической ишемии мозга	77
Постинсультная астения	81
6. АСТЕНИЯ У ДЕТЕЙ	83
Психогенная астения у детей	84
Синдром хронической усталости у детей	91
Синдром дефицита внимания	92
7. ФАРМАКОТЕРАПИЯ АСТЕНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	94
Анксиолитики	96
Анксиолитики бензодиазепинового ряда	97
Агонисты серотониновых рецепторов	100
Антагонисты центральных H ₁ -гистаминовых и M-холинорецепторов	101
Транквилизаторы других химических групп	101
Аминофенилмасляная кислота (Анвифен, Фенибут)	104

Антидепрессанты	105
Патогенетическая терапия астенических расстройств.....	111
Антиоксиданты и антигипоксанты	113
Комбинированные препараты	117
Нейротрофические препараты	120
Лечение астении у детей	124
8. ПСИХОТЕРАПИЯ АСТЕНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	131
Рациональная психотерапия	131
Когнитивно-поведенческая психотерапия	134
Техники когнитивной терапии	138
Суггестивная терапия	140
Майндфулнесс	143
Литература	145
Приложение 1. Шкала астенического состояния	164
Приложение 2. Субъективная шкала оценки астении	166

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность изучения астенических расстройств определяется их частотой в структуре различных неврологических, соматических и психических заболеваний, относительной неспецифичностью и при этом различными этиопатогенетическими механизмами. Несмотря на то что астенические расстройства привлекают внимание врачей много столетий, изучение данной проблематики остается важной задачей, стоящей перед неврологией и другими врачебными специальностями.

Большое внимание в монографии уделено роли стресса, системных воспалительных процессов в генезе астении. Монография основана не только на анализе литературных данных, но и на собственном опыте авторов и результатах выполненных ими клинических исследований. Отдельная глава в книге посвящена особенностям астении у детей. В книгу включены отдельные главы, рассказывающие о фармако- и психотерапии данной патологии.

В подготовке данной монографии неоценимую помощь оказали сотрудники Института мозга человека РАН: к.м.н. С.Ю.Сурушкина, к.б.н. Е.А.Яковенко, психолог Т.И.Анисимова, ст. лаборант О.С.Николаева, ст. лаборант Я.А.Тимошева.

Авторы выражают благодарность за поддержку, помощь и понимание директору Института мозга человека профессору М.Д.Дидуру и первому заместителю директора Института мозга человека к.м.н. Д.В.Чердниченко.

УСТАЛОСТЬ И УТОМЛЕНИЕ

Как просто ответить на вопрос, что такое астения? Астения – это недостаток энергии.

«Не хватает сил», «Я энергичный человек, но энергия стала куда-то пропадать» – вот одни из наиболее частых жалоб, которые предъявляют пациенты.

Способность человека заниматься какой-либо деятельностью в течение продолжительного времени без снижения качества работы обычно определяют как уровень его работоспособности. При длительной деятельности работоспособность снижается в результате утомления.

Утомление – это нормальное состояние, возникающее при длительной или интенсивной работе, в результате которой человеку становится сначала трудно, а затем и невозможно поддерживать требуемые интенсивность и качество работы. Утомление отражает перестройку регуляторных функций от оптимального режима к экстремальному для поддержания работоспособности на прежнем уровне (Ильин Е.П., 2005). Согласно определению А.А.Ухтомского (1978), утомление – упадок дееспособности после продолжительной работы.

Существует взаимосвязь между утомлением и концентрациями дофамина и серотонина. При этом утомляемость может определяться генетически обусловленными особенностями дофаминовых рецепторов. Так, носители полиморфизма A2A2 гена *DRD2* характеризуются меньшим развитием утомления в условиях длительной когнитивной нагрузки по сравнению с носителями аллеля A1 (Поликанова И.С. и др., 2016).

В зависимости от вида выполняемой работы выделяют умственное и физическое утомление. Физическое (мышечное) утомление заключается в прогрессивном снижении способности мышц к произвольной активации, возникающем в результате выполнения задания. Умственное (когнитивное) утомление заключается в снижении эффективности переработки информации уставшим человеком.

Психофизиологические исследования показывают, что утомление коррелирует с гиперсинхронизацией α -ритма, а в дальнейшем – с увеличением мощности медленных электроэнцефалографических ритмов (θ -ритм) (Данилова Н.Н., 2004). L.J.Трежо и соавт. (2007) показали, что после трех часов непрерывного решения арифметических задач наблюдается значимое увеличение мощности θ -ритма в лобных отведениях, α -ритма в лобных и теменных отведениях. Также выделены специальные энцефалографические индексы утомления $(\alpha+\theta)/\theta$, $(\alpha+\theta)/(\alpha+\theta)$, θ/β . Интересно отметить исследования S.Lal и E.Bekiaris, показавших, что у водителей в ситуациях, требующих усиленного внимания в течение длительного времени, на электроэнцефалограмме (ЭЭГ) регистрируется уменьшение мощности α -ритма и увеличение – θ -ритма (цит. по: Поликанова И.С., Леонов С.В., 2016).

При исследовании поведенческих характеристик утомления достаточно часто используются показатели времени реакции. После длительной когнитивной нагрузки, например решения арифметических задач, наблюдается значимое увеличение простой зрительно-моторной реакции, которое, в свою очередь, сопровождается снижением точности выполнения задания. При этом при выполнении реакции выбора после длительной когнитивной нагрузки наблюдается не увеличение времени реакции, а ее снижение и вместе с этим возрастает количество ошибок. Этот эффект был назван «компромиссом скорости и точности». С возрастанием утомления происходит смещение отношения между контролируемым ответом на стимул и случайным ответом на него, который по латенции гораздо короче контролируемого. И по мере увеличения утомления это соотношение смещается в сторону случайных ответов. Таким образом, при увеличении утомления происходит уменьшение скорости ответа и возрастание количества ошибок (Поликанова И.С. и др., 2016).

Одним из ранних признаков утомления служит чувство усталости. Оно сопровождается определенными ощущениями и отражает субъективный мир человека, но основу его составляют физиологи-

ческие сдвиги, и в этом смысле оно так же объективно, как любое физиологическое явление (Ильин Е.П., 2005).

Согласно А.А.Ухтомскому, «Усталость – психическое явление, переживание, вызываемое утомлением и близкое по своей природе переживаниям боли, голода, жажды. Степень усталости и утомления может не совпадать за счет положительного или отрицательного эмоционального фона деятельности, однако усталость является чутким “натуральным предупредителем о начинающемся утомлении”».

В отличие от астенических расстройств физиологическое утомление характеризуется: 1) слабой выраженностью усталости; 2) появлением усталости на короткое время (несколько дней) при нагрузках, недосыпании; 3) исчезновением симптомов усталости после отдыха (Гиндикин В.Я., 2000).

При утомлении отмечается сужение объема внимания, сложности в его переключении и распределении, снижение эффективности кратковременной памяти.

ПОНЯТИЕ «АСТЕНИЯ»

Под астенией понимают патологическую усталость после нормальной активности, сопровождающуюся снижением энергии, необходимой для обеспечения нормальной жизнедеятельности и внимания, резкое снижение работоспособности.

А.С.Аведисова (2003) описывает, что в отличие от утомляемости (физиологического состояния, следующего за интенсивной и продолжительной мобилизацией организма, быстро возникающего, проходящего после отдыха и не требующего медицинской помощи), астения – это патологическое состояние, развивающееся постепенно, вне связи с необходимостью мобилизации организма, которое длится месяцы и годы, не восстанавливается после отдыха и требует оказания пациенту медицинской помощи.

Обычно астения сопровождается вялостью, сонливостью, раздражительностью. В сознании преобладает чувство усталости, разбитости. Термин «астения» в переводе с греческого означает «бессилие, слабость». Актуальность изучения астении определяется ее частотой в структуре различных неврологических, соматических и психических заболеваний, относительной неспецифичностью и при этом различными этиопатогенетическими механизмами.

Астения представляет собой неспецифический синдром, который может сопровождать любые заболевания (соматические, психические) и даже развиваться у здоровых людей при определенных обстоятельствах. Данное патологическое состояние имеет клинические проявления из разных групп: физические, психологические, интеллектуальные и т.д.

Астенические расстройства часто приводят к значительному снижению работоспособности пациентов, нарушают их привычную жизнедеятельность, а иногда выступают в качестве фона, на котором формируются другие, более тяжелые психические или соматические нарушения (Аведисова А.С., 2003).

Патофизиологической основой астении служит дисфункция I блока мозга, контролирующего процессы регуляции бодрствования. К структурам данного блока относятся отделы продолговатого мозга, мезодienceфальные, гипоталамо-дienceфальные и лимбические области, а также медиобазальные отделы лобных и височных долей, которые представляют собой корковый субстрат активационных процессов (Лурия А.Р., 2013). Данные структуры обеспечивают поддержание оптимального баланса процессов возбуждения (активации) и торможения в нервной системе. Работа I блока регулируется системой восходящих и нисходящих взаимодействий со структурами двух других блоков – II (приема, хранения и переработки информации) и III (программирования, регуляции и контроля) (Агрис А.Р., 2012; Лурия А.Р., 2013).

Выделяют физическую и психическую астении.

- *Физическая астения* – чувство физического истощения. Она определяется как неспособность мышц тела выполнять действия, требующие определенных физических нагрузок (например, бег, плавание, езда на велосипеде, подъем по лестнице, бег трусцой и физические упражнения). Она может возникнуть после чрезмерных и длительных физических нагрузок или из-за естественной возрастной дегенерации мышц.
- *Психическая астения* – резкое снижение когнитивной деятельности, такой как обучение, суждение или принятие решений, в результате чрезмерной умственной нагрузки, приводящей к снижению активности нейронов на короткое время. Психическая усталость развивается у пожилых людей (связывается с возрастом), у онкологических пациентов (в том числе с опухолями головного мозга), может быть спровоцирована эмоциональной травмой или стрессом в недавнем прошлом.

ПСИХОГЕННАЯ АСТЕНИЯ (НЕВРАСТЕНИЯ)

ПОНЯТИЕ «НЕВРАСТЕНИЯ»

«Я неврастеник. Это моя профессия и моя судьба», – представляет пациент в повести Генриха Манна «Искушение доктора Бибера» (1898).

В клинической практике преимущественно встречается астения психогенного происхождения, то есть неврастения.

В МКБ-10 неврастения (F48.0) характеризуется следующими критериями:

а) повышенная утомляемость, физическая усталость, общая слабость после незначительной умственной или физической нагрузки;

б) по меньшей мере двумя из следующих симптомов:

- мышечная боль;
- головокружение;
- головная боль напряжения;
- нарушения сна;
- неспособность расслабиться;
- раздражительность;
- диспепсия;

в) вторичные и невыраженные подавленность и тревожность.

По мнению А.М.Свядоща (1997), к неврастению как самостоятельной диагностической единице надо относить лишь заболевания, вызванные либо психическими травмами, либо длительным недосыпанием, продолжительным умственным или физическим напряжением,

которые обусловлены психическими воздействиями, вызывающими озабоченность и необходимость преодолевать чувство усталости.

Неврастения развивается чаще всего под влиянием более или менее длительной психической травматизации (ведет к длительному эмоциональному напряжению и недосыпанию, которые нередко возникают при долговременном пребывании в неблагоприятной семейной или служебной обстановке), а также продолжительного состояния тревоги и выраженного умственного или физического напряжения, которые связаны с условиями труда, сочетаются с предъявлением к личности непосильных требований, например во время подготовки к ответственным экзаменам (Васильева А.В. и др., 2014).

В МКБ-11 для обозначения нарушений (в том числе астенического характера), возникающих на фоне хронического стресса и последствий острого, не угрожающего жизни стресса используется категория «Расстройство адаптации» (Adjustment disorder) (6B43).

Исследования, проведенные в европейских странах, показали, что данное расстройство отмечается примерно у 1–2% населения (Maercker A. et al., 2012; Sundquist J. et al., 2017; Zelviene P. et al., 2017). Однако в настоящее время данное расстройство встречается значительно чаще. Так, онлайн-скрининг, проведенный в Италии среди находящихся на карантине в период эпидемического пика COVID-19, показал, что клинически значимые симптомы реактивной астении отмечаются почти в 22% случаев (Rossi R. et al., 2020). Испанские исследователи R.Rodríguez-Rey и соавт. (2020) во время пандемии COVID-19 обнаружили проявления психологического дистресса почти у 37% обследуемых. Похожие результаты были получены в Польше, где подобная симптоматика отмечалась в 30% случаев (Dragan M. et al., 2021).

СТРЕСС КАК ПРИЧИНА ПСИХОГЕННОЙ АСТЕНИИ

В основе патогенеза психогенной астении лежит воздействие хронического стресса, вызывающего перенапряжение механизмов психической адаптации и приводящего к астенизации. Возникновение такой астении определяется, с одной стороны, характеристиками стрессора (продолжительность, интенсивность), с другой – особенностями личности, влияющими на индивидуальные адаптационные механизмы.

Стресс – состояние психического напряжения, возникающее у человека в процессе деятельности в наиболее сложных, трудных условиях как в повседневной жизни, так и при особых обстоятельствах. Стресс (от англ. stress – напряжение, давление) представляет собой особое состояние психики, организма в целом, которое характеризуется широкой мобилизацией функциональных резервов для преодоления какого-либо экстремального воздействия. Речь идет о достаточно мощном воздействии, стресс-факторе (стрессоре), способном вызвать защитную гормональную реакцию с целью сохранения целостного организма, сопряженную с перестройкой его функциональных систем ради адаптации к новым условиям жизнедеятельности (Соловьева С.Л. и др., 2011).

В 1936 г. канадский ученый Ганс Селье (H.Selye) разработал концепцию **стресса**. В своих классических исследованиях он установил, что различные патофизиологические состояния, вызываемые любой причиной (**стрессором**) (холодом, интоксикацией, инфекцией, травмой и т.д.), несмотря на разнообразие проявлений, обусловленное спецификой действия факторов, имеют однотипный неспецифический компонент. Данную ситуацию Селье назвал общим адаптационным синдромом; а возникающее при этом особое состояние организма обозначил термином «стресс» (неспецифическая реакция организма на любое напряжение). На основании экспериментальных исследований он установил, что разнообразные повреждающие воздействия способны вызвать стереотипный неспецифический ответ в организме в виде стимуляции коры надпочечников, атрофии тимико-лимфатического аппарата и изъязвления желудочно-кишечного тракта.

Селье выделил **три стадии стресса**:

1. Стадия мобилизации, напряжения: в этот период у человека возникает тревога, волнение.
2. Стадия сопротивления и адаптации: в этот период организм борется со стрессом и достигает равновесия. Необходимо отметить, что в организме человека есть ресурсы для борьбы со стрессом. Выделяющиеся при активации стресс-системы вещества (норадреналин, кортикотропин-релизинг-гормон, вазопрессин) стимулируют работу стресс-лимитирующей системы, которая ограничивает активность стресс-системы.
3. Стадия истощения (дистресса): длительный стресс приводит к тому, что организм постепенно уступает стрессу; ресурсы

Таблица 2. Классификация препаратов бензодиазепинового ряда по периоду полувыведения

Препарат	T_{\max}	$T_{1/2}$, ч
<i>Короткого действия</i>		
Мидазолам (Дормикум)	0,6	2,4
Темазепам	1	5–8
<i>Среднего действия</i>		
Лоразепам	1–1,5	10–20
Феназепам	1–2	6–8
Алпразолам	1,2–1,7	10–12
Хлордиазепоксид (Элениум)	2	7–14
<i>Длительного действия</i>		
Диазепам (Сибазон, Седуксен, Реланиум)	0,5–2	32–47
Клоназепам	2,5	23,5

Бензодиазепины *короткого действия* (мидазолам, темазепам) имеют период полувыведения 1–12 ч. Они обладают некоторым остаточным эффектом, если принимаются перед сном; при длительном использовании могут вызвать симптомы отмены на следующий день в виде усиления тревожности, хотя в целом развитие пристрастия бывает редко. После их отмены бессонница может возобновиться.

Бензодиазепины *средней продолжительности действия* имеют период полувыведения 12–40 ч. Они могут иметь некоторый остаточный эффект в первой половине дня, если применяются как снотворное. Возобновление бессонницы чаще возникает при прекращении приема бензодиазепинов средней продолжительности действия, чем длительного.

Бензодиазепины *длительного действия* имеют период полувыведения 40–250 ч. Увеличивается риск накопления при приеме в пожилом возрасте и у лиц с тяжелыми нарушениями функции печени, хотя они вызывают менее выраженные эффект «крикошета» и синдром отмены.

Агонисты серотониновых рецепторов

К агонистам серотониновых рецепторов относится **буспирон**. Препарат отличается от других анксиолитиков как химической структурой, так и механизмом действия. Буспирон имеет сильный аффинитет к 5-HT_{1A}-серотониновым рецепторам и не имеет значимого аффи-

ПСИХОТЕРАПИЯ АСТЕНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Комплексность лечения астенических расстройств предполагает большую роль психотерапевтических методик.

Психотерапия как система целенаправленных воздействий на психику (в первую очередь на личность и через нее – на организм больного) традиционно активно используется в лечении психосоматических заболеваний.

РАЦИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Одна из основных психотерапевтических методик – это **рациональная психотерапия**, которая используется практически во всех видах психотерапии. Методика рациональной психотерапии должна найти применение в работе не только психотерапевтов, но и врачей соматических специальностей. Основы данного метода были заложены швейцарским невропатологом Р.С. Dubois (1912), который ставил во главу угла убеждение пациента (цит. по: Карвасарский Б.Д., 1985). Главной мишенью такого лечения служит искаженная внутренняя картина болезни, создающая дополнительный источник эмоциональных переживаний.

Рациональная психотерапия при психосоматических заболеваниях основывается на разъяснении больному «доброкачественности» (отсутствие угрозы для жизни) имеющихся у него симптомов и их взаимосвязи с психогенными факторами. Техника лечения основана на беседах с больным, во время которых врач разъясняет ему

обратимый характер имеющихся нарушений, призывает пациента изменить свое отношение к волнующим его событиям окружающей обстановки, перестать фиксировать свое внимание на имеющихся у него симптомах. Терапевтическая беседа строится по методу сократовского диалога, во время которого терапевт постепенно подводит больного к запланированному выводу с помощью таких вопросов, на которые возможен лишь положительный ответ.

Перед началом лечения рекомендуется выяснить убеждения пациента, касающиеся собственного здоровья. В ходе их коррекции пациенту предлагают завершить следующие предложения (Домо-рацкий В.А., 2008):

- Быть здоровым – значит...
- Если я здоров, то я могу...
- Стать совершенно здоровым – значит изменить...
- Если бы я мог управлять здоровьем, я бы...
- Когда я болен...
- Следующие вещи мешают мне быть здоровым...
- Это помогает мне быть здоровым....

Пациент, который борется с соматическим заболеванием, может быть удивлен, обеспокоен и оскорблен предложением пройти психотерапевтическое лечение. Иногда он интерпретирует такое предложение как свидетельство недостаточности соматической терапии, и по этим причинам может быть недоверчивым и смущенным при первом контакте. Невролог или интернист, направляя пациента к психотерапевту, может сказать, что он получит возможность подробно рассказать о своих чувствах, связанных с заболеванием, которые его беспокоят, и о которых больной часто думает.

Необходимо стараться построить доверительные отношения с пациентом. Правильное начало психотерапевтического обследования и разъяснение его смысла важно для пациентов, которые считают, что были направлены на психотерапевтическое лечение по ошибке, потому что их проблема – соматическая (и, следовательно, требует только соматического лечения). Это отношение может значительно осложнить первый разговор.

P.Salkovskis и соавт. (1996) рекомендуют сказать пациенту следующее: «На сегодняшний день о ваших проблемах мне известно очень мало. Цель этого разговора состоит в том, чтобы узнать больше о вашем заболевании и о том, насколько оно влияет на вашу жизнь.

Вполне возможно, что для вас психотерапевтическое лечение не подходит. Я был бы рад, если бы мы сейчас могли поговорить о ваших опасениях, чтобы я мог увидеть, существует ли что-нибудь, над чем бы мы могли продолжить вместе работать. Затем мы сможем поговорить о том, полезным вам будет лечение или нет».

Врачу необходимо четко, доступно и обоснованно изложить пациенту суть его заболевания. Важно подчеркнуть психогенную основу заболевания, отметить, что в его основе находится не «повреждение», а всего лишь «дисфункция», не «поломка», а всего лишь «разбалансировка». Авторы данной книги – не сторонники разделения заболеваний нервной системы на функциональные и органические, но в беседе с пациентом можно сказать о «функциональном», т.е. обратимом характере заболевания.

Необходимо помнить, что грамотный анализ объективных данных всегда более убедителен для больного, чем обычные приемы логичного рассуждения. В качестве примера можно привести случай пациентки с головной болью, которая прошла после магнитно-резонансной томографии головного мозга, показавшей отсутствие очаговых изменений. В рамках рациональной психотерапии врач должен попытаться изменить отношение пациента к факторам, которые могут вызвать тревогу и снизить настроение, или помочь приспособиться к ним. Иногда пациенту можно объяснить, что в основе его заболевания лежит дисфункция вегетативной нервной системы, которая регулирует функции внутренних органов, но под действием стрессов работает хуже.

По мнению Бройтигама (1999), цель врача – добиться того, чтобы пациент в беседе не только сообщил ему сведения о своих соматических жалобах, но и рассказал о своем эмоциональном состоянии, своей жизни и жизненных конфликтах. Если это удастся при эмоциональном участии врача, то можно быть уверенным, что пациент получил облегчение от беседы. Вербализация и вскрытие конфликта, несомненно, дают терапевтический эффект, и прежде всего в тех случаях, когда пациент правильно оценивает свое положение, приведшее его к конфликту.

К сожалению, в клинической практике у неврологов и терапевтов встречается несколько пренебрежительное отношение к пациентам с функциональными расстройствами. По сравнению с больными, страдающими от стенокардии, такие пациенты в сознании врача

зачастую представляются почти симулянтами. В доброжелательной беседе с пациентами желательно избегать излишнего оптимизма, называя их абсолютно здоровыми людьми. В противном случае доверие к врачу будет утеряно.

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Основные постулаты данного направления таковы: эмоции и поведение зависят от восприятия жизненных обстоятельств, а самочувствие определяется не событиями, а способом их истолкования.

Общие принципы поведенческой терапии состоят в следующем:

1. Многие симптомы и поведенческие проблемы проистекают из пробелов в обучении, образовании и воспитании.
2. Имеются тесные взаимоотношения поведения и среды. Отклонения в нормальном функционировании поддерживаются в основном подкреплением случайных событий в среде (например, связанным со стилем воспитания ребенка). Выявление источника нарушений (стимулов) – важный этап метода.
3. Нарушения поведения представляют собой квазиудовлетворение базисных потребностей в безопасности, принадлежности, достижении, свободе.
4. Моделирование поведения представляет собой одновременно обучающий и психотерапевтический процесс.
5. Когнитивный компонент – решающий в процессе научения. Считается, что поведение можно изменить в результате наблюдения за ним и устранения когнитивного дефицита или когнитивных искажений.
6. Лечение включает практику альтернативного поведения на психотерапевтическом занятии и в реальной среде, предусматривает систему обучающих домашних заданий, активную программу подкреплений, ведение записей и дневников, т.е. методика психотерапии структурирована.
7. Прогноз и результативность лечения определяются по наблюдаемому улучшению поведения.

Цели когнитивно-поведенческой психотерапии представляются следующим образом (Карвасарский Б.Д., Незнанов Н.Г., 2009):

- проведение функционального поведенческого анализа;
- изменение представлений о себе;

ЛИТЕРАТУРА

- Аббков В.А., Перре М.* Адаптация к стрессу. – СПб.: Речь, 2004. – 165 с.
- Аведисова А.С.* Терапия астенических состояний // Фармацевтический вестник. – 2003. – №3 (282). – С. 15–16.
- Агрис А.Р.* Когнитивные и личностные особенности детей с низким темпом деятельности и синдромом дефицита внимания // Современная зарубежная психология. – 2013. – Т. 2, №1. – С. 5–21.
- Айрапетянц М.Г., Вейн А.М.* Неврозы в эксперименте и в клинике. – М.: Наука, 1982. – 272 с.
- Акарачкова Е.С.* Хроническая усталость и подходы к ее лечению // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. Спецвыпуски. – 2010. – Т. 110 (11–2). – С. 48–54.
- Акарачкова Е.С., Котова О.В.* Применение психотропных препаратов врачом общей практики: за и против // Поликлиника. – 2016. – Спецвып. №1. – С. 15–20.
- Александровский Ю.А.* Пограничные психические расстройства. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
- Александровский Ю.А., Аведисова А.С., Ястребов Д.В. и др.* Применение препарата Нооклерин в качестве антиастенического средства у больных с функциональной астенией // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2003. – №4. – С. 164–166.
- Аствацатуров М.И.* Учебник нервных болезней. – М.: Л., 1939.
- Баевский Р.М.* Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. – М.: Медицина, 1973. – 173 с.
- Бамдас Б.С.* Астенические состояния. – М.: Медгиз, 1961. – 204 с.
- Бек А.* Когнитивная психотерапия / В кн.: «Эволюция психотерапии». Под ред. Л.М.Кроль. – М.: Класс, 1998. – С. 304–330.
- Бехтерев В.М.* Предисловие / В кн.: «Неврастения. Ее сущность, причины, симптомы, виды и лечение» (авт. – Ю.Белицкий). – СПб., 1906. – 454 с.
- Бойко А.Н., Лебедева А.В., Щукин И.А. и др.* Эмоциональные расстройства и качество жизни у пациентов с постинсультной астенией // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2013. – Т. 113, №11. – С. 27–33.
- Бройтгам В., Кристиан П., Рад М.* Психосоматическая медицина: Пер. с нем. – М.: ГЭОТАР-Медицина, 1999. – 373 с.

- Буянов М.И. Системные психоневрологические расстройства у детей и подростков: руководство для врачей и логопедов. – М.: Изд-во Рос. о-ва медиков-литераторов, 1995. – 192 с.
- Васенина Е.Е., Верюгина Н.И., Левин О.С. Постинфекционная астения и COVID-19 // Терапия. – 2021. – №9(51). – С. 125–136. DOI: 10.18565/therapy.2021.9.125-136.
- Васенина Е.Е., Ганькина О.А., Левин О.С. Стресс, астения и когнитивные расстройства // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2022. – Т. 122, №5. – С. 23–29. DOI: 10.17116/jnevro202212205123.
- Васильева А.В., Вахренева О.А., Караваева Т.А. Сравнительный анализ психо-социальных характеристик пациентов с неврастенией и неврозоподобными резидуально-органическими расстройствами // Вестник психотерапии. – 2014. – № 49(54). – С. 101–113.
- Воробьева О.В. Многогранность феномена астении // РМЖ. – 2012. – №5. – С. 248–252.
- Вроно М.Ш. Сущность и проявления школьной дезадаптации при психических заболеваниях у детей / В кн.: «Актуальные вопросы неврологии и психиатрии детского возраста (тезисы докладов)». – Ташкент, 1984. – С. 159–160.
- Выготский Л.С. Вопросы детской психологии. – М.: Юрайт, 2019. – 160 с.
- Гарбузов В.И., Захаров А.И., Исаев Д.Н. Неврозы у детей и их лечение. – Л.: Медицина, 1977. – 272 с.
- Гиндикин В.Я. Справочник: соматогенные и соматоформные расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение). – М.: Триада-Х, 2000. – 256 с.
- Гомазков О.А. Старение мозга и нейротрофическая терапия. – М.: Издательство МГУ, 2011. – 180 с.
- Горошко О.А., Кукес В.Г., Прокофьев А.Б. и др. Клинико-фармакологические аспекты применения антиоксидантных лекарственных средств // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – №4–5. – С. 905–912. Доступно по: <https://applied-research.ru/article/view?id=9101> (дата обращения: 03.07.2022).
- Горюнова А.В., Шевченко Ю.С., Горюнов А.В. Когитум в детской неврологии и психиатрии (опыт практического применения) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2019. – Т. 119, №7, вып. 2. – С. 58–66. DOI: 10.17116/jnevro201911907258.
- Григорьева В.Н. Психосоматические аспекты нейрореабилитации: хронические боли. – Н. Новгород: Изд-во Нижегородской гос. мед. академии, 2004. – 420 с.
- Григорьева В.Н., Тхостов А.Ш. Психологическая помощь в неврологии. – Н. Новгород: Издательство Нижегородской гос. мед. академии, 2009. – 444 с.
- Гринберг Дж. Управление стрессом: Пер. с англ. – СПб.: Питер, 2002. – 496 с.
- Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. – М.: Медицина, 2001. – 328 с.
- Данилова Н.Н. Психофизиология. – М.: Аспект Пресс, 2004. – 368 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ШКАЛА АСТЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ

(Автор Л.Д.Малкова, адаптация Т.Г.Чертова)

№	Вопрос	Ответ			
1	Я работаю с большим напряжением	1	2	3	4
2	Мне трудно сосредоточиться на чем-либо	1	2	3	4
3	Моя половая жизнь не удовлетворяет меня	1	2	3	4
4	Ожидание нервирует меня	1	2	3	4
5	Я испытываю мышечную слабость	1	2	3	4
6	Мне не хочется ходить в кино или театр	1	2	3	4
7	Я забывчив	1	2	3	4
8	Я чувствую себя усталым	1	2	3	4
9	Мои глаза устают при длительном чтении	1	2	3	4
10	Мои руки дрожат	1	2	3	4
11	У меня плохой аппетит	1	2	3	4
12	Мне трудно быть на вечеринке или в шумной компании	1	2	3	4
13	Я уже не так хорошо понимаю прочитанное	1	2	3	4
14	Мои руки и ноги холодные	1	2	3	4
15	Меня легко задеть	1	2	3	4
16	У меня болит голова	1	2	3	4
17	Я просыпаюсь утром усталым и не отдохнувшим	1	2	3	4
18	У меня бывают головокружения	1	2	3	4
19	У меня бывают подергивания мышц	1	2	3	4
20	У меня шумит в ушах	1	2	3	4
21	Меня беспокоят половые вопросы	1	2	3	4
22	Я испытываю тяжесть в голове	1	2	3	4
23	Я испытываю общую слабость	1	2	3	4
24	Я испытываю боли в темени	1	2	3	4
25	Жизнь для меня связана с напряжением	1	2	3	4

№	Вопрос	Ответ			
26	Моя голова как бы стянута обручем	1	2	3	4
27	Я легко просыпаюсь от шума	1	2	3	4
28	Меня утомляют люди	1	2	3	4
29	Когда я волнуюсь, то покрываюсь потом	1	2	3	4
30	Мне не дают заснуть беспокойные мысли	1	2	3	4

Интерпретация теста

От 30 до 50 баллов – «отсутствие астении».

От 51 до 75 баллов – «слабая астения».

От 76 до 100 баллов – «умеренная астения».

От 101 до 120 баллов – «выраженная астения».

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. СУБЪЕКТИВНАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ АСТЕНИИ

Синоним: Многомерный опросник на утомляемость (Multidimensional Fatigue Inventory – MFI) (цит. по: Smets E.M. et al., 1995)

№	Предложения	Ответы						
		да, это правда	1	2	3	4	5	нет, это неправда
1	Я чувствую себя здоровым	да, это правда	1	2	3	4	5	нет, это неправда
2	Физически я способен на немногое	да, это правда	5	4	3	2	1	нет, это неправда
3	Я чувствую себя активным	да, это правда	1	2	3	4	5	нет, это неправда
4	Все, что я делаю, доставляет мне удовольствие	да, это правда	1	2	3	4	5	нет, это неправда
5	Я чувствую себя усталым	да, это правда	5	4	3	2	1	нет, это неправда
6	Мне кажется, я многое успеваю за день	да, это правда	1	2	3	4	5	нет, это неправда
7	Когда я занимаюсь чем-либо, я могу сконцентрироваться на этом	да, это правда	1	2	3	4	5	нет, это неправда
8	Физически я способен на многое	да, это правда	1	2	3	4	5	нет, это неправда
9	Я боюсь дел, которые мне необходимо сделать	да, это правда	5	4	3	2	1	нет, это неправда
10	Я думаю, что за день выполняю очень мало дел	да, это правда	5	4	3	2	1	нет, это неправда
11	Я могу хорошо концентрировать внимание	да, это правда	1	2	3	4	5	нет, это неправда
12	Я чувствую себя отдохнувшим	да, это правда	1	2	3	4	5	нет, это неправда
13	Мне требуется много усилий для концентрации внимания	да, это правда	5	4	3	2	1	нет, это неправда

№	Предложения	Ответы						
		да, это правда	5	4	3	2	1	нет, это неправда
14	Физически я чувствую себя в плохом состоянии	да, это правда	5	4	3	2	1	нет, это неправда
15	У меня много планов	да, это правда	1	2	3	4	5	нет, это неправда
16	Я быстро устаю	да, это правда	5	4	3	2	1	нет, это неправда
17	Я очень мало успеваю сделать	да, это правда	5	4	3	2	1	нет, это неправда
18	Мне кажется, что я ничего не делаю	да, это правда	5	4	3	2	1	нет, это неправда
19	Мои мысли легко рассеиваются	да, это правда	5	4	3	2	1	нет, это неправда
20	Физически я чувствую себя в прекрасном состоянии	да, это правда	1	2	3	4	5	нет, это неправда

Интерпретация теста

В норме общее количество баллов не должно превышать 20–30.

Кроме общего результата по шкале, состояние может оцениваться по следующим субшкалам:

Общая астения (вопросы №1, 5, 12, 16).

Пониженная активность (вопросы №3, 6, 10, 17).

Снижение мотивации (вопросы №4, 9, 15, 18).

Физическая астения (вопросы №2, 8, 14, 20).

Психическая астения (вопросы №7, 11, 13, 19).

Если суммарный балл по одной из субшкал выше 12, то это может быть предварительным основанием для постановки диагноза «астенический синдром».