

АСТЕНИЯ КАК РАННЕЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ДЕЗАДАПТАЦИИ

©В.В. Храмелашвили

МГТУ им. Н.Э. Баумана, Москва, 105005, Россия

***Аннотация.** Проанализированы медико-социальные аспекты возникновения астенических расстройств у студентов в рамках дезадаптации; описаны наиболее часто встречающиеся астенические проявления и их влияние на организм человека. Рассмотрены пути коррекции этих нарушений. Доказано антиастеническое действие ноотропного препарата «Нобен» на ранних стадиях дезадаптации у студентов.*

Ключевые слова: астения, дезадаптация, психологическая реадаптация студентов, ноотропы, Нобен.

Астения является одним из наиболее распространенных расстройств. Лица, страдающие астеническими расстройствами, составляют значительную часть стационарных больных, но особенно их много в амбулаторной практике до 65 % [5]. С астенических нарушений начинаются, ими сопровождаются или завершаются многие заболевания. Почти все болезни в той или иной степени приводят к астенизации пациента. Мало кто, хотя бы ненадолго, не испытывал промежуточного состояния между здоровьем и болезнью. Именно эти состояния характеризуются ослаблением функциональных возможностей организма и дезадаптацией с астеническими проявлениями.

Расстройства астенического ряда требуют раннего выявления, а также квалифицированной оценки причин их возникновения. Необходимость этого видна на примере астении переутомления, которую иногда относят к неврозу истощения. Эта форма астении, будучи наиболее распространенной у студентов, раньше всего свидетельствует о наступающей дезадаптации. Эти лица, нуждаясь в действенной помощи, обращаются за ней, как правило, с опозданием — лишь после значительного снижения работоспособности. Особенно это относится к студентам, у которых астения переутомления выявляется главным образом лишь в ходе скрининговых исследований.

Современная систематика астенических расстройств. Под астенией понимаются состояния нервно-психической слабости различного происхождения, выражающиеся преимущественно в нарушениях тонууса нервных процессов и характеризующиеся большой их истощаемостью.

Состояния раздражительной слабости с усталостью, повышенной возбудимостью и вспыльчивостью описывались еще Гиппократом.

Впервые термин «астения» был предложен Brown в 1735 г. [4]. Однако широко его стали применять лишь в 20-х годах прошлого века.

В зарубежной литературе термин «синдром хронической усталости» нередко употребляется как аналог функциональных вегетососудистых нарушений [13–16]. В отечественной науке астения занимает самостоятельное место среди расстройств экзогенного круга, включая соматогенные, церебрально-органические и неспецифические стрессовые компоненты психогенных реакций [7].

Сравнительный анализ описательных характеристик астении показывает, что исследователи исходят из представления о клиническом многообразии изучаемых состояний, в структуре которых собственно астенические проявления могут сочетаться с широким кругом пограничных психопатологических расстройств. Так, наряду с простой астенией выделяется истерическая астения, ипохондрическая астения, депрессивная астения [5]. Нет единства взглядов в отношении критериев для разграничения астении и неврастении, на что неоднократно указывалось и раньше [3]. Одни ставят знак равенства между этими терминами, другие расценивают неврастению как частный случай астении, третьи считают, что астения представляет собой лишь одну из характерных особенностей неврастении. Не совпадают точки зрения на предрасположенность к развитию астении. Некоторые считают ее уделом преморбидно неполноценных лиц, другие полагают вполне возможным возникновение астенических состояний под влиянием различных вредностей и у гармоничных личностей с нормальным преморбидом.

Этиология и патогенез. Астения может быть следствием длительного эмоционального или интеллектуального перенапряжения, а также целого ряда заболеваний и черепно-мозговых травм. Иными словами, астению могут вызывать как биологические (физические), так и психологические факторы, а также их сочетание. К наиболее частым факторам биологического характера относится переутомление и преходящие соматические заболевания; из психологических факторов — на первом месте протрагированные психотравмирующие переживания [2].

Несмотря на клиническое сходство астенических состояний разного генеза, механизмы их развития существенно различаются [8]. Соматогенная и цереброгенная астения — результат повреждающего действия на структурные образования головного мозга; неврастеническая астения — итог психогенно обусловленного невротического срыва; астения переутомления — следствие перенапряжения (но не срыва) основных нервных процессов из-за чрезмерного воздействия внешних факторов. Динамика астенических явлений зависит: при сомато-цереброгенных формах — от течения основного заболевания; при неврастении — от эмоциогенных воздействий; при переутомлении — от режима труда и отдыха.

Астения является наиболее частым проявлением универсальной приспособительной реакции, сопровождающейся уменьшением интенсивности деятельности различных систем организма с последующей возможностью восстановления нарушенных процессов. На начальных этапах — это симптом, сигнализирующий о наступающем истощении физиологических систем адаптации. В дальнейшем астения развивается в рамках клинического синдрома, который может включать в себя невротические, психовегетативные, субаффективные, когнитивные и волевые расстройства [7, 13, 14, 16].

Клиническая картина. Имеются общие клинические признаки, дающие основание для введения понятия астения (астенический синдром). Наиболее типичными, постоянными являются четыре симптома: раздражительность, слабость, расстройства сна, вегетативные нарушения [3].

Раздражительность может проявляться повышенной возбудимостью, взрывчатостью по пустякам, нетерпеливостью, обидчивостью, придирчивостью, постоянным недовольством. Отмечается аффективная лабильность с преобладанием плохого настроения с сензитивностью, капризностью и слезливостью. Эмоциональные реакции неадекватны силе раздражителя.

Слабость в одних случаях ощущается как почти постоянное чувство физической и умственной усталости, в других — как быстро наступающая утомляемость от любой деятельности, неспособность к длительному нервному напряжению, снижение всех форм психической активности, усиливающееся ко второй половине дня. Отмечается некоторое снижение памяти, преимущественно страдает запоминание текущих событий, в основе чего лежит расстройство внимания. Характерно также механическое чтение без усвоения содержания прочитанного.

Раздражительность и слабость называют иногда собственно астенией, одним из частых проявлений которой является гиперестезия (непереносимость яркого света, громких звуков, резких запахов и т. п.).

Расстройства сна носят полиморфный характер, в зависимости от форм и стадий астенических состояний. Наиболее типичны нарушения засыпания, тревожный сон с частыми пробуждениями, ранним просыпанием. После ночного сна пациенты жалуются на разбитость, отсутствие чувства бодрости и отдыха, что негативно сказывается на самочувствии в течение всего дня. На более тяжелых стадиях астении наблюдается упорная истощающая бессонница с дневной сонливостью.

Вегетативные нарушения могут быть выражены незначительно или, напротив, выступать на первый план, особенно в субъективных

жалобах. Наиболее часто встречаются различные формы сосудистых расстройств. Почти постоянной жалобой при астении являются головные боли, которые возникают чаще при волнении, усталости и носят стягивающий (будто обручем) характер. Сосудистая неустойчивость проявляется также в колебаниях артериального давления, которые наступают чаще после волнений и носят кратковременный, нерезко выраженный характер. Отмечаются спонтанные дермографические реакции, общий и дистальный гипергидроз и др.

Некоторые авторы, стремясь подчеркнуть различия между рассмотренными выше элементами астенического синдрома, выделяют различные его формы (стадии): гиперстеническую, раздражительной слабости и гипостеническую [3, 6].

Считается, что астения начинается с *гиперстенической* стадии, когда явления возбудимости, раздражительности преобладают над слабостью. Повышенная, но плохо упорядоченная активность нецеленаправленна; пациенты, перескакивая с одного вида деятельности к другому, часто ошибаются и практически ничего не доводят до конца. Возбудимость нередко выражается в слезливости, которая не была свойственна раньше.

Затем следует промежуточная стадия *раздражительной слабости*. При ней повышенная возбудимость сочетается с истощаемостью, утомляемостью, слабостью; возрастает число ошибочных действий; наблюдаются легкие переходы от чрезмерной активности к апатии и наоборот.

Далее наступает стадия *гипостении*, при которой явления слабости — как психической, так и физической — заметно преобладают над раздражительностью. У больных снижается работоспособность и интерес к окружающему. Они постоянно чувствуют себя вялыми, усталыми, иногда сонливыми.

Хотя гипер- и гипостения чаще рассматриваются как последовательные стадии астении, некоторые исследователи считают, что эти различия носят в основном характер феноменологических девиаций и не отражают психопатологической сущности астении [5].

Варианты астений. Выделяют: а) цереброгенные, соматогенные, смешанные сомато-цереброгенные астении; б) астенические проявления неврастении; в) адаптационные формы астенических состояний [8].

Цереброгенные и соматогенные астении. Цереброгенная астения вызывается органическими заболеваниями головного мозга и черепно-мозговыми травмами. Соматогенную астению вызывают истощающие хронические заболевания внутренних органов и эндокринной системы, а также последствия острых соматических болезней, травм и

оперативных вмешательств. Астенические расстройства, как правило, присоединяются после симптомов физического неблагополучия. Клиническая картина этих астений, характеризуясь в целом четкостью, стойкостью и монотонностью симптомов, напрямую зависит от течения основного заболевания. В случаях нарастающей органической патологии астенические явления усиливаются. При благоприятном развитии основного заболевания выраженность астении уменьшается. Субъективные жалобы астенического характера находятся в прямой связи с данными объективного обследования. Работоспособность снижена, особенно при физических нагрузках.

Смешанные сомато-цереброгенные астении возникают в результате одновременного воздействия физико-химических или инфекционно-токсических факторов на внутренние органы и нервную систему. К таким факторам относятся: проникающая радиация, СВЧ-поле, различные отравления, общие инфекции и т.п. Характерны сочетания специфических для каждого повреждающего фактора симптомов с астеническими расстройствами, а также зависимость выраженности и стойкости астении от дозы и тяжести первичного патогенного воздействия. В фазе выздоровления вначале регрессируют специфические симптомы и лишь затем происходит медленное сглаживание астенических расстройств.

Астенические проявления неврастении. Неврастения развивается под воздействием психической травмы, конфликта несоответствия между возможностями («средствами личности») и требованиями действительности [10]. Личность, прикладывая максимум усилий, мобилизует свои внутренние ресурсы, но их не хватает для решения возникающих проблем. Из-за этого происходит нервный срыв, проявляющийся в форме различных астенических состояний. Астеническая симптоматика четкая, но крайне динамичная с обростанием другими невротическими жалобами. Работоспособность снижена, особенно при умственных нагрузках. Динамика астенических явлений находится в зависимости от эмоционального настроения. Отмечается «уход в болезнь».

Адаптационная астения. Адаптационные астении возникают в результате дезадаптирующего влияния экстремальных факторов на специфические анализаторы, а также на неспецифические активизирующие системы мозга. Выделяют парциальную (частичную) астению и общую астению адаптации. Длительное и монотонное действие зрительных, слуховых и других раздражителей, приводя к развитию патологической адаптации в зоне нагружаемых анализаторов, вызывает парциальную астению. Длительный сдвиг стереотипа биоритмов, в том числе сна и бодрствования: ночной труд, работа в различное время суток, быстрое перемещение через несколько часовых поясов,

продолжительное действие искусственного освещения вызывают так называемую общую астению адаптации.

Астения переутомления. Одним из вариантов общей астении адаптации является астения переутомления. Представляется целесообразным остановиться на этом состоянии подробнее, поскольку астенические проявления, вызванные соматическими, церебральными и психотравмирующими факторами, достаточно хорошо изучены и напрямую зависят от течения основного заболевания. Исследований же, посвященных коррекции астении, связанной с переутомлением, сравнительно мало. Мы рассматриваем астению переутомления как пограничное между здоровьем и болезнью состояние, в происхождении которого главную роль играет чрезмерно напряженная работа, особенно связанная с волнением и неправильной организацией режима труда и отдыха. Темп развития астенических расстройств при переутомлении постепенный, в прямой связи с перегрузкой и действием дезадаптирующих факторов. Симптоматика четкая, но не стойкая, находится в прямой зависимости от отдыха.

Нервное истощение вследствие переутомления часто встречается у работников умственного труда (учащихся), особенно если выполняемый труд для них неинтересен. Отрицательная настроенность к труду, даже не очень изнурительному, способствуя быстрому утомлению, снижает работоспособность и вызывает ощущение собственной несостоятельности, что может способствовать нервному срыву. В то же время есть основания думать, что астенические расстройства, возникающие в результате переутомления, некорректно относить к невротическим, так как личность в этих случаях не вовлекается в болезнь и не трансформирует ее. Астению переутомления скорее следует понимать как своеобразное состояние, близкое к ситуационным реакциям.

Комплекс признаков позволяет выделить 4 степени переутомления: начинающуюся, легкую, выраженную и тяжелую [11].

1-я степень: незначительное снижение работоспособности, не требующее компенсации волевым усилием; появление чувства усталости при усиленной нагрузке; временное снижение интереса к работе; изредка трудности засыпания и просыпания.

2-я степень: заметное снижение работоспособности, полностью компенсирующееся волевым усилием; чувство усталости при обычной нагрузке; временами неустойчивое настроение; часто трудности засыпания и просыпания; сложности сосредоточения.

3-я степень: выраженное снижение работоспособности, не полностью компенсирующееся волевым усилием; чувство усталости при облегченной нагрузке; раздражительность; дневная сонливость; временами забывчивость.

4-я степень: резкое снижение работоспособности, незначительно компенсирующееся волевым усилием; чувство усталости при любой нагрузке; угнетение, резкая раздражительность; бессонница; заметное ослабление внимания и запоминания.

Основные принципы лечения астенических состояний. Представляется наиболее обоснованным подход, когда речь идет не о лечении астении как отдельного болезненного проявления, а о терапии пациента, в структуре состояния которого значительное место занимают астенические расстройства [1].

Несмотря на то что в клинике различных астенических состояний много общего, механизмы развития в каждом конкретном случае имеют свои особенности, обусловленные течением основного заболевания, личностными реакциями, ситуацией. Лечение астении строится на этиологическом и патогенетическом принципах с учетом указанных особенностей. Этиологический принцип предусматривает устранение причин, вызывающих основное заболевание или непосредственно астенизирующих больного; патогенетический — правильную оценку механизмов развития как основной патологии, так и астении с целью выбора оптимальных терапевтических средств. Следует отметить, что больший опыт накоплен при лечении сомато- и цереброгенных астений, а также неврастении, тогда как коррекция астении переутомления вызывает известные затруднения, в первую очередь из-за недостаточной эффективности или нежелательных побочных эффектов медикаментозной терапии [9].

Прежде всего, при переутомлении пациенту необходимо предоставить отдых и возможность нормального сна. В большинстве случаев речь не идет о полном освобождении от работы: достаточно освободить больного от чрезмерной нагрузки, помочь установить правильный распорядок дня. Однако даже это не всегда оказывается выполнимым, особенно в период таких сезонных нагрузок, как экзаменационные сессии, в связи с чем уже на ранних стадиях приходится прибегать к лечебным воздействиям. Это диктует необходимость правильного выбора препарата, который мог бы применяться в общей практике при достаточно легких проявлениях астении. Наиболее перспективными в этом аспекте представляются средства, оказывающие позитивное воздействие на процессы клеточного метаболизма в головном мозге, — так называемые ноотропные препараты.

Цель и задачи исследования. Цель работы — изучить терапевтические возможности отечественного ноотропного препарата «Нобен» в комплексном лечении астении переутомления в условиях студенческого санатория-профилактория Московского государственного технического университета (МГТУ) им. Н.Э. Баумана.

Поставленные задачи для решения цели:

1. Провести клиническое исследование выборки пациентов, соответствующих диагностическим критериям астении переутомления.
2. Опробовать рекомендуемые и разработать оптимальные терапевтические схемы.
3. Оценить эффективность «Нобена» при лечении астении переутомления.

Материал и методы исследования. Работа велась по протоколу, рекомендованному Московским институтом психиатрии МЗ РФ. Для оценки состояния применялись следующие методики:

клиническое интервью; субъективная шкала оценки астении MFI-20; опросник вегетативных изменений; анкета оценки сна; клиническая шкала самоотчета Symptom Check List SCL-90-R.

После клинического интервью, в ходе которого у пациентов обнаруживались те или иные астенические нарушения и выявлялась их готовность к сотрудничеству (в частности, желание принимать лекарственный препарат), определялась целесообразность дальнейшего обследования при помощи субъективных оценочных методик.

Субъективная шкала оценки астении состоит из 20 утверждений, степень соответствия каждого из которых необходимо было оценить по 5-балльной шкале: 1 — отсутствие жалоб; 5 — наиболее выраженные проявления астении; 2, 3, 4 — промежуточные варианты. Критерием включения в исследование являлась сумма баллов оценки соответствия 4 утверждений, отражающих общую астению, ≥ 12 .

Опросник вегетативных изменений состоит из 11 вопросов, положительные ответы на которые свидетельствуют о вегетативных жалобах, каждая из них имеет свой «вес» — от 3 до 7 баллов. Для количественной оценки подсчитывалась общая сумма баллов: больше 15 — признаки вегетативной дистонии.

В анкете оценки сна рассматриваются 6 параметров: время засыпания, продолжительность сна, ночные пробуждения, сновидения, качество сна, качество пробуждения. Субъективная оценка осуществлялась по 5-балльной шкале: 5 — отсутствие жалоб; 1 — наиболее выраженные нарушения сна; 2, 3, 4 — промежуточные варианты. Оценивалась общая сумма баллов: больше 22 — сон не нарушен; меньше 18 — сон нарушен; 22–18 — пограничные значения.

Оригинальная версия клинической шкалы самоотчета Symptom Check List SCL-90-R, состоящей из 90 пунктов, была предложена в 1991 г. L.R. Derogatis (Университет Дж. Хопкинса, США), в 1996 г. Н.В. Тарабрина создала русскоязычную версию (Институт психологии РАН), в 2001 г. нами (МГТУ им. Н.Э. Баумана) разработана компьютерная версия этой методики. Субъективная оценка осуществлялась

по 5-балльной шкале: 0 — отсутствие жалоб; 4 — наиболее выраженные нарушения; 1, 2, 3 — промежуточные варианты. В данной работе из 11 шкал рассматривались лишь четыре шкалы, оценивающие депрессию, тревогу и общее состояние.

В настоящее исследование не включались лица с астеническими расстройствами, обусловленными повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью, — чаще всего это были больные с посттравматической церебрастенией и в остром периоде респираторных заболеваний; не включались также пациенты с явной неврастенией.

Число больных, включенных в основную группу, составило 32 человека (20 юношей и 12 девушек), в группу сравнения — 46 человек (28 юношей и 18 девушек); все — в возрасте 18–21 лет — из контингента направленных в студенческий санаторий-профилакторий. Превалирование пациентов мужского пола отражает гендерные особенности технического вуза.

Состояние всех обследованных студентов характеризовалось заметным снижением работоспособности, чувством усталости при обычной учебной нагрузке, неустойчивым настроением, раздражительностью, плохим сном, невнимательностью. Вегетативные нарушения проявлялись чаще в субъективных жалобах на головные боли давящего характера, возникавшие при переутомлении, а также гипергидроз конечностей. У всех без исключения пациентов состояние развилось постепенно в течение 2–2,5 месяцев в связи с учебной нагрузкой и неумением правильно организовать рабочий день и отдых. Все студенты пытались компенсировать дефицит времени за счет ночного сна. Некоторые ездили в университет из так называемого «ближнего Подмосковья», тратя на дорогу по 5–6 часов в день. Симптоматика у всех была четко очерченной, но не стойкой — ослабляясь после сна и отдыха, если к тому была возможность и нарастая в прямой зависимости от напряженности нагрузок. У всех отмечалось адекватное понимание причин своего состояния, в то же время никто из них не видел реальных способов оптимизации режима дня. У части студентов подобные ухудшения бывали и раньше в предсессионный период, проходя во время каникул.

Схема исследования. Препараты назначались в день включения пациента в исследование: в основной группе — «Нобен» по 1 капсуле утром во время завтрака и 1 капсуле днем во время обеда (60 мг в сутки); в группе сравнения — «Гинкго билоба» по 1 таблетке утром во время завтрака (40 мг в сутки). Биологически активная добавка «Гинкго билоба» в качестве препарата сравнения была выбрана потому, что у нас имелся положительный опыт ее применения у студентов

при связанном с переутомлением снижении умственной работоспособности, ухудшении внимания и памяти. В обеих группах принцип монотерапии не нарушался, если не считать перорального приема всеми участниками поливитаминов в обычных дозах. Следует отметить, что, поскольку исследование проводилось в предсессионный период, кардинально оптимизировать режим труда и отдыха участников не представлялось возможным, за исключением нескольких студентов, которые на время заезда стали тратить меньше времени на дорогу.

Контролируемое лечение обоими препаратами продолжалось в течение всего заезда (21 день). Оценка эффективности вмешательства проводилась стандартизованными методами спустя 3 недели от начала лечения, клинически состояние пациентов оценивалось 2 раза в неделю.

Результаты исследования. В результате проведенных исследований получены следующие результаты. Наиболее быстрый терапевтический эффект от применения «Нобена» наблюдался в отношении собственно астенической симптоматики. На 5–7 день его применения отмечалось уменьшение жалоб на слабость, быструю утомляемость, головные боли. Более отчетливый антиастенический эффект энцефабола наблюдался ко 2-й неделе приема препарата, достигая максимума к концу курса лечения. Студенты более спокойно начинали относиться к предстоящим экзаменам, переставали жаловаться на трудности концентрации внимания и памяти, заметно снижалась раздражительность, налаживался сон. Они отмечали общее улучшение состояния, проходила слабость и вялость, появлялась бодрость, внимание становилось более устойчивым, повышалась умственная работоспособность, а также толерантность к учебным нагрузкам и другим стрессовым воздействиям. Отрицательные показатели астении в результате лечения трансформировались через 2 недели в нейтральные, а спустя 3 недели — в положительные.

Влияние «Нобена» на соматовегетативную симптоматику можно оценить как положительное. Наиболее эффективно препарат воздействовал на тяжесть в голове, головные боли и головокружения. Показатель вегетативных проявлений спустя 3 недели составлял ≤ 15 баллов, т. е. признаки вегетативной дистонии отсутствовали.

Значимые нарушения сна (< 18 баллов), которые отмечались лишь в трети случаев, через 2 недели в обеих группах приобретали пограничные значения (22–18), а через 3 недели превышали 22 балла, т. е. сон нормализовался.

Наиболее выраженное влияние «Нобен» оказывал при наличии в клинической картине астено-депрессивной симптоматики с пессимистическими мыслями и ощущением невозможности справиться с грузом обрушившихся проблем. После 3 недель лечения настроение улучшалось и становилось более устойчивым, появлялся оптимистический

взгляд на ситуацию с видением путей ее разрешения. У юношей показатели SCL-90-R по основной шкале депрессии и шкале интегральной оценки состояния спустя 3 недели заметно уменьшились и пришли в норму. У девушек аналогичные изменения отмечались по всем четырём шкалам. Подобных результатов не наблюдалось при лечении «Гинкго билоба».

Таким образом, по влиянию на собственно астеническую, астено-депрессивную и соматовегетативную симптоматику «Нобен» превосходит «Гинкго билоба», — прежде всего в скорости воздействия. В отношении нормализации сна подобных различий между основной группой и группой сравнения выявлено не было.

При применении «Нобена» мы ни разу не наблюдали никаких побочных эффектов со стороны центральной нервной системы: никто не жаловался ни на возбужденность, ни на ухудшение сна. Не отмечалось также ни аллергических реакций, ни диспепсических явлений.

Полученные результаты имеют значение для лечения астении переутомления у практически здоровых лиц. «Нобен» может успешно использоваться как эффективный и безопасный препарат в общей практике в амбулаторных условиях. Исследование показало, что препаратом выбора при астении в сочетании с «депрессией истощения», вызванной интенсивными нагрузками у студентов, наряду с энцефаболом [12], является «Нобен». Санаторий-профилакторий — оптимальное место для проведения подобной терапии, что, помимо прочего, делает его незаменимым звеном в системе здоровьесберегающих технологий в воспитательно-образовательном процессе в высшей школе.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Александровский Ю.А. Клиника и терапия пограничных психических расстройств: некоторые проблемы и решения. Астенические расстройства: терапевтические возможности препарата «Танакан». М., 1998, с. 2.
- [2] Андрейко М.Ф. Динамика астенического синдрома у больных с патологией магистральных артерий головы на доклиническом этапе. *Журн. неврол. и психиатр.*, 2002, № 12, с. 47–49.
- [3] Бамдас Б.С. Астенические состояния. М., 1961.
- [4] Семикин Г.И., Мысина Г.А., Миронов А.С. Здоровьесберегающие технологии и профилактика девиантного поведения в образовательной среде: учеб. пособие. М.: Изд-во МГТУ им. Н.Э. Баумана, 2013. 79 с.
- [5] Ипохондрия и соматоформные расстройства. А.Б. Смулевич, ред. М., 1991.
- [6] Карвасарский Б.Д. Неврозы. М., 1980, с. 29–33.
- [7] Краснов В.Н. Астения и ее место в современной систематике психических расстройств. Астенические расстройства: терапевтические возможности препарата «Танакан». М., 1998, с. 1.
- [8] Ласков Б.И., Лобзин В.С., Липгарт Н.К., Солодовников И.Д. Физиогенные и психогенные астении. Курск, 1981.
- [9] Малин Д.И. Побочное действие психотропных средств. М., 2000.

- [10] Мясищев В.Н. Личность и неврозы. Л., 1960.
- [11] Платонов К.К. Вопросы психологии труда. М., 1970.
- [12] Храмелашвили В.В. Астенические расстройства и возможность их медикаментозной коррекции: методическое пособие. М., РКИ Северо пресс, 2004, 24 с.
- [13] Abbot N.C. Chronic Fatigue Syndrome. *Lancet*, 2006, v. 67, 9522: 1574.
- [14] Heim C., Wagner D., Maloney E. et al. Early Adverse Experience and Risk for Chronic Fatigue Syndrome: Results from a Population-Based Study. *Archives of general psychiatry*, 2006, v. 63, 11:1258–1266.
- [15] Jonker K., van Hemert A.M. Treatment of Patients with the Chronic-Fatigue Syndrome. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 2006, v. 150, 38: 2067–2078.
- [16] Reid S., Chalder T., Cleare A., et al. Chronic Fatigue Syndrome. *Clinical evidence*, 2005, 14: 1366–1378.

Статья поступила в редакцию 01.07.2013

Ссылку на эту статью просим оформлять следующим образом:

Храмелашвили В.В. Астения как раннее проявление дезадаптации. *Гуманитарный вестник*, 2013, вып. 12. <http://hmbul.bmstu.ru/catalog/prmed/hidden/143.html>

Храмелашвили Виктор Владимирович — канд. мед. наук, доцент кафедры «Валеология» Московского государственного технического университета имени Н.Э. Баумана. Область научных интересов: здоровьесберегающие технологии, социальная психология. e-mail: hvv@ healtech.org