

Место неврастении в структуре психических расстройств в XXI веке: серия клинических наблюдений и обзор литературы

Д.С. Петелин[✉], petelinhome1@yandex.ru, Е.А. Борисенко, Ю.В. Долгополова, С.А. Семин, О.Ю. Сорокина, А.В. Струкова, Е.И. Воронова

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

Резюме

В данной статье представлен анализ исторической трансформации неврастении – от популярной в XIX в. «американской болезни» до исключения из современных классификаций (DSM, МКБ-11). Невролог Дж. Берд связывал неврастению с «истощением сил» вследствие перехода от традиционного сельского уклада к стремительной городской жизни. Он первым описал широкий спектр как психических, так и соматизированных симптомов. В дальнейшем концепция была переосмыслена в европейской психиатрии через призму внутриличностных конфликтов, а в российской школе И.П. Павлова неврастения рассматривалась как астенический невроз, представленный двумя основными клиническими формами: гипостенический (с преобладанием слабости и вялости) и гиперестетический (с раздражительностью и повышенной возбудимостью). В МКБ-10 неврастения сохраняется как диагноз, характеризующийся стойкой утомляемостью как от физических, так и от эмоциональных нагрузок, вегетативными нарушениями и эмоциональной лабильностью, однако в последние десятилетия ее диагностические границы существенно сузились. Это связано с развитием диагностики и концептуализации депрессий, тревожных и соматоформных расстройств, а также с появлением концепции синдрома хронической усталости, особенно актуальной в постковидный период. В рамках представленного исследования авторы анализируют современный научный дискурс, рассматривающий вопрос о клинической обоснованности и диагностической ценности сохранения неврастении в качестве самостоятельной нозологической единицы в современных классификациях психических расстройств. Также в данной публикации представлено три клинических случая, на примере которых можно будет проследить основные аспекты клинической картины, дифференциальной диагностики и подходов к терапии неврастении и смежных расстройств.

Ключевые слова: неврастения, утомляемость, астения, тревога, депрессия, невроз, тофизопазм

Для цитирования: Петелин ДС, Борисенко ЕА, Долгополова ЮВ, Семин СА, Сорокина ОЮ, Струкова АВ, Воронова ЕИ. Место неврастении в структуре психических расстройств в XXI веке: серия клинических наблюдений и обзор литературы. *Медицинский совет.* 2025;19(12):45–52. <https://doi.org/10.21518/ms2025-310>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The place of neurasthenia in the structure of mental disorders in the 21st century: a series of clinical cases and a literature review

Dmitry S. Petelin[✉], petelinhome1@yandex.ru, Egor A. Borisenko, Yulia V. Dolgopolova, Sergey A. Semin, Olga Yu. Sorokina, Alina V. Strukova, Evgeniya I. Voronova

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia

Abstract

This article presents an analysis of the historical transformation of neurasthenia – from the popular “American disease” in the 19th century to exclusion from modern classifications (DSM, ICD-11). The neurologist J. Bird associated neurasthenia with “exhaustion” due to the transition from a traditional rural lifestyle to a fast-paced urban life. He was the first to describe a wide range of both mental and somatized symptoms. Later, the concept was reinterpreted in European psychiatry through the prism of intrapersonal conflicts, and in the Russian school of I.P. Pavlov’s neurasthenia was considered as an asthenic neurosis, represented by two main clinical forms: hyposthenic (with a predominance of weakness and lethargy) and hyperesthetic (with irritability and increased excitability). In ICD-10, neurasthenia remains as a diagnosis characterized by persistent fatigue from both physical and emotional stress, vegetative disorders and emotional lability, but in recent decades its diagnostic boundaries have significantly narrowed. This is due to the development of diagnostics and conceptualization of depression, anxiety and somatoform disorders, as well as the emergence of the concept of chronic fatigue syndrome, which is especially relevant in the post-covid period. In the framework of the presented study, the authors analyze the modern scientific discourse that examines the question of the clinical validity and diagnostic value of maintaining neurasthenia as an independent nosological unit in modern classifications of mental disorders. This publication also presents three clinical cases, using the example of which it will be possible to trace the main aspects of the clinical picture, differential diagnosis and approaches to the treatment of neurasthenia and related disorders.

Keywords: neurasthenia, fatigue, asthenia, anxiety, depression, neurosis, tophizopam

For citation: Petelin DS, Borisenko EA, Dolgoplova YuV, Semin SA, Sorokina OYu, Strukova AV, Voronova EI. The place of neurasthenia in the structure of mental disorders in the 21st century: A series of clinical cases and a literature review. *Meditsinskiy Sovet*. 2025;19(12):45–52. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2025-310>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Неврастения относится к числу психических расстройств с исключительно длительной историей изучения, многие аспекты которой представляются в существенной степени парадоксальными. Данное состояние, выделенное в середине 19-го века, сначала диагностировалось в достаточно широких рамках, а затем стало подвергаться все большему сужению, вплоть до исключения из актуальных диагностических систем и классификаций. Тем не менее оправданность использования этого термина в XXI в. и его клиническая ценность являются предметом для дискуссий. В рамках настоящей публикации будет представлено описание нескольких клинических случаев, на модели которых можно рассмотреть различные аспекты диагноза, дифференциального диагноза и подходов к терапии неврастении и сходных состояний.

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Хорошо известно, что впервые термин «неврастения» был широко использован в научной литературе в работах американского невролога Дж. Берда, который использовал его для обозначения широкого спектра патологических состояний, которые возникают у пациентов в урбанистических условиях жизни [1, с. 69–81]. В работах данного автора было каталогизировано большое количество симптомов как чисто психиатрического круга (инсомния, подавленность, бессилие), так психосоматического/соматизированного (боли неустановленного генеза, нарушения менструального цикла, нарушения кожной и глубокой чувствительности и др.). Автор проассоциировал наблюдаемый им спектр клинических симптомов с условиями жизни в современной на тот момент городской среде, выраженно контрастирующей с привычной для человечества на том этапе размеренной и стабильной жизнью в деревне. Данное наблюдение позволило Дж. Берду назвать неврастению «американской болезнью», что в полной мере соотносилось с максимально широкой урбанизацией американского общества. В качестве непосредственного фактора развития неврастении на том этапе клинической медицины указывались неидентифицированные биохимические сдвиги, приводящие к «истощению сил».

Несмотря на тезис о том, что неврастения является «американской болезнью», публикации Дж. Берда и соавт. нашли живой отклик по ту сторону Атлантического океана и привели к появлению оживленной дискуссии и серии публикаций. При этом определение неврастении претерпело постепенное изменение и стало лучше соответствовать принятому в то время в европейской психиатрии понятию невроза в целом – в противовес биохимическому

дисбалансу вследствие проживания в нефизиологических условиях европейские психиатры делали акцент на внутрисемейных конфликтах в условиях обилия информации и ускорения жизни [2]. Ряд авторов указывали неврастению в качестве второго по частоте и значимости невроза после истерического [3].

При этом концепция неврастении нашла крайне широкое отражение в отечественной психиатрической школе.

В России концепция неврастении как астенического невроза нашла широкий отклик в работах И.П. Павлова, а также его учеников, в первую очередь А.Г. Иванова-Смоленского, которые рассматривали данное заболевание в ключе дисбаланса между активацией и торможением в центральной нервной системе [4]. Большим приоритетом А.Г. Иванова-Смоленского является выделение двух основных клинических вариантов неврастении, а также астенического синдрома в целом – гипостенического и гиперестетического. Для первого типа характерно преобладание утомляемости, истощаемости, сонливости и бессилия, в то время как второй характеризуется сочетанием утомляемости с раздражительностью, гиперестезией к свету, звуку, психоэмоциональным стимулам, нарушениями сна с частыми ночными пробуждениями и другими подобными симптомами. В школе Павлова такое разделение астении связывалось с тем, что при гиперестетическом варианте отмечается дисфункция в первую очередь тормозных систем головного мозга, а то время как гипостенический вариант является более тотальным, со срывом как торможения, так и возбуждения. Необходимо отметить, что клинические аспекты представленного выше деления оказались существенно более универсальными, чем казалось первоначально, и прекрасно воспроизводятся при обследовании пациентов с астеническими состояниями самого разного генеза (в связи с соматическим заболеванием, депрессией или манифестирующими в рамках расстройств личности) [5–8].

Вплоть до недавнего времени неврастения в большинстве руководств и учебников, в т. ч. вузовских, упоминается наряду с истерическим и навязчивым неврозом в качестве ведущих психогенных расстройств [9–11].

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ НЕВРАСТЕНИИ

В МКБ-10 неврастению определяют как расстройство, длящееся более 3 мес. и характеризующееся двумя основными признаками, которые могут присутствовать одновременно либо определяться в двух вариантах: стабильное ощущение усталости после небольшой умственной нагрузки и ощущение усталости и физической слабости после легких физических нагрузок. Несколько дополнительных

признаков отражают нарушение вегетативной регуляции, свойственной неврастению: разнообразная мышечная боль, головокружение, головная боль напряжения, нарушения сна. Кроме того, в критерии входят два признака, характеризующие наиболее типичные для неврастения эмоциональные нарушения: внутреннее напряжение с невозможностью расслабиться и раздражительность.

Утомляемость является валидным диагностическим признаком неврастения лишь в том случае, если она не проходит после достаточного времени, необходимого для отдыха. Таким образом, осуществляется отграничение неврастения от имеющей предохранительную роль физиологической утомляемости.

Как и в случае с практически всеми расстройствами в психиатрической практике, установление диагноза неврастения возможно лишь в том случае, если обнаруживаемые симптомы не могут быть лучшим образом объяснены за счет другого расстройства. Именно вследствие этого в последние десятилетия происходит существенное сужение границ диагностики данного состояния.

В формализованном виде критерии диагностики неврастения могут быть представлены следующим образом:

А. Чаще других встречаются два типа жалоб: 1) на повышенную умственную утомляемость, проявляющуюся снижением социальной активности; 2) на повышенную физическую утомляемость, неспособность выдержать даже небольшое физическое напряжение.

Б. Расстройство должно сопровождаться по меньшей мере двумя из следующих симптомов: мышечные боли, головокружения, головная боль, нарушения сна, невозможность расслабиться, раздражительность, ангедония, диспепсия.

В. Вторичные и невыраженные подавленность и тревожность.

СУЖЕНИЕ ГРАНИЦ НЕВРАСТЕНИЯ И КРИТИКА ВАЛИДНОСТИ ДАННОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО КОНСТРУКТА

С учетом описанных выше работ в области клинических и патогенетических основ развития неврастения остается неочевидной причина прогрессирующего снижения диагностируемой неврастения и ее исключение из ряда систематик. Так, из американской классификации DSM неврастения была исключена еще в 1980 г., что создает парадоксальную ситуацию сохранения «американской болезни» в классификациях за пределами США. В МКБ-10 диагноз «неврастения» был сохранен, однако исключен из МКБ-11, принятой сейчас на территории большинства европейских стран.

Данная ситуация непосредственно связана с прогрессом в области как клинической психиатрии, так и смежных областей медицины, способствующих существенно лучшей диагностике целого ряда состояний, проявляющихся, наряду с прочим, стойкой утомляемостью.

Так, с одной стороны, у значительной части пациентов с жалобами на утомляемость при детальном клиническом обследовании в сочетании с использованием

валидизированных клинических шкал выявляется широкий спектр психических расстройств, таких как депрессии [12, 13], тревожные расстройства [14, 15], расстройства соматизированного и ипохондрического спектра [16–18], а также посттравматическое стрессовое расстройство [19, 20]. Перекрест между симптомами утомляемости, депрессии, тревоги, соматизации и посттравматического стресса приводит к приоритетности диагностики именно описанных выше состояний, что связано с гораздо лучшей их концептуализацией и более проработанными подходами к диагностике и терапии. Фактическая клиническая ситуация оказалась такова, что даже в МКБ-10 неврастения в существенной степени является диагнозом исключения, что приводит к установлению данного диагноза достаточно редко [21].

С другой стороны, существенное ограничение границ неврастения произошло за счет формирования концепции синдрома хронической усталости (СХУ)/миалгического энцефаломиелита [22]. Так, выполненные на новом методологическом уровне исследования показали, что в формирование многих затяжных астенических состояний с телесными симптомами свой вклад осуществляет дисфункция иммунной системы, в т. ч. обусловленная длительными последствиями перенесенной вирусной инфекции. Данный тезис нашел полноценное подтверждение после начала пандемии COVID-19, когда было доказано, что более половины пациентов с затяжными последствиями данного инфекционного заболевания соответствуют формальным критериям СХУ¹ [23].

В связи с озвученными соображениями и современными подходами возникает вопрос, в какой мере вообще неврастения заслуживает существования в качестве отдельного диагноза или она может быть в полной мере разделена между другими распространенными психическими расстройствами и инфекционной/аутоиммунной патологией. Вероятно, решение этого вопроса заслуживает отдельного исследования, выполненного на современном методологическом уровне. Однако уже в рамках настоящей публикации возможно привести несколько клинических наблюдений, призванных показать различную нозологическую принадлежность состояний, манифестирующих патологической утомляемостью.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

Пациент 43 лет, предприниматель. Наследственность отягощена психопатологически – мать в течение многих лет страдала от повторяющихся эпизодов сниженного настроения, получала по этому поводу терапию антидепрессантами амбулаторно.

Пациент родился от нормально протекавшей беременности, рос и развивался по возрасту, по характеру формировался активным, общительным, подвижным, любил физкультуру, спорт (кандидат в мастера спорта по легкой атлетике). Среди сверстников был на первых ролях, стремился руководить окружающими, был источником различных затей, являлся старостой класса.

¹ Более подробное обсуждение диагностических границ и патогенеза СХУ выходит за рамки настоящей публикации.

После окончания школы получил среднее специальное образование, по специальности не работал, рано начал заниматься предпринимательством, был в этом успешен. В возрасте 25 лет женился, от брака двое детей.

На протяжении жизни отличался крепким здоровьем, выносливостью, стеничностью, болел крайне редко. Мнительным в отношении своего здоровья не был.

Впервые психическое неблагополучие в возрасте 42 лет, когда перенес коронавирусную инфекцию. Болел тяжело, в связи с вирусной пневмонией был вынужден лечиться стационарно, на этапе реконвалесценции отмечал выраженную утомляемость, чувство бессилия, с трудом занимался бытовыми делами. После разрешения коронавирусной инфекции не отметил сколько-либо заметного улучшения состояния, астения персистировала, к ней также присоединились тянущие мышечные боли и боли в области крупных суставов, ухудшился ночной сон, стал несколько раз просыпаться от шума, что ранее было несвойственно.

Обследовался у ревматолога, невролога, признаков сохранения воспалительного процесса убедительно выявлено не было (нормальное значение С-реактивного белка, СОЭ, отсутствие лейкоцитоза и т. д.). В связи с подозрением на психическую патологию направлен на консультацию к психотерапевту в психотерапевтическое отделение УКБ №3 Сеченовского Университета.

Психический статус: выглядит на свой возраст, аккуратно одет, охотно поддерживает беседу, формальных расстройств мышления не выявляется. Высказывает жалобы на чувство бессилия, распространяющееся как на физическую, так и на когнитивную сферу: чувствует себя ослабевшим, утомляемым, беспокоит туман в голове, трудности сосредоточения внимания, тяжело удерживает в голове большое количество информации. Также беспокоят стойкие и выраженные боли (до 5–6 баллов по ВАШ) в мышцах ног и туловища, крупных суставах. При прицельном расспросе также уточняет, что в течение последнего полугодия беспокоит стойко сниженное настроение, безрадостность, окружающий мир кажется серым. Утратил интерес к работе и общению с близкими, механистически выполняет минимальный объем обязанностей. Винит себя в том, что в связи со своим состоянием не может должное время уделять работе, перестал интересоваться семьей. В беседе с врачом указывает на то, что считает сниженное настроение закономерным следствием бессилия и болевых ощущений в мышцах и суставах. Сон нарушен по типу частых ночных пробуждений, в т. ч. вызванных шумом проезжающих машин, вставшим в туалет родственником и т. д. После пробуждения до 20–30 мин не может уснуть. Аппетит не изменен, в весе не теряет. Суицидальные мысли отрицает.

Диагноз: в данном клиническом наблюдении очевидным является диагноз депрессивного эпизода средней степени (F32.11). Несмотря на то что ведущими жалобами при обращении пациента являются утомляемость и хронифицировавшая болевая симптоматика, в психическом статусе обращает на себя внимание наличие облигатных проявлений аффективного расстройства – стойко сниженного настроения, безрадостности (ангедонии), идеаторного компонента депрессии (идеи вины перед близкими). Кроме

того, когнитивные нарушения, на которые жалуется пациент, нельзя в полной мере отнести на счет астении, они также могут быть связаны и с депрессией. Дополнительным аргументом в сторону аффективной патологии можно считатьотягощенную наследственность (депрессия у матери).

Терапия: с пациентом проведена разъяснительная работа, указано на необходимость лечения депрессивного состояния. В связи с доминированием в статусе таких жалоб, как утомляемость, когнитивные нарушения и хроническая болевая симптоматика, вместо препаратов первой линии (СИОЗС) сразу начато лечение при помощи ИОЗСН венлафаксина (Велаксин®) в капсулах с постепенной титрацией от 75 мг до 150 мг суточно, для коррекции сна симптоматически назначено небольшое количество Кветиапина (25–50 мг).

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

Пациентка 27 лет, менеджер среднего звена. Наследственность манифестными психическими расстройствами неотягощена, однако мать и бабушка по материнской линии по характеру на протяжении всей жизни были крайне тревожными, склонными к перепроверкам, пристальному вниманию к своему здоровью.

Пациентка родилась в срок от нормально протекавшей беременности. Росла болезненной, часто страдала от простудных заболеваний, после которых отмечала персистирование астенической симптоматики в течение 1–2 нед. По характеру формировалась тревожной, вплоть до средней школы беспокоили ночные страхи, спала с ночником, отмечался страх грозы, собак, медицинских процедур. ДДУ не посещала в связи с трудностями адаптации.

Школу и вуз закончила на отлично, в учебе была склонна к перфекционизму, с трудом могла принять возможность даже минимальной ошибки. С людьми при этом сходилась с трудом, было тяжело самой начать общение, отличалась стеснительностью, в то же время тяжело переживала отсутствие близких друзей, отношений. Работала менеджером, с работой справлялась, однако выражено беспокоилась из-за любых возможных проблем на работе.

Психическое неблагополучие с 24 лет, без явного времени дебюта, постепенно начала отмечать все большую и большую выраженность тревоги, которая беспокоила практически ежедневно и касалась широкого круга повседневных дел. По мере усиления тревоги также стала отмечать нарастание утомляемости, появление нарушений ночного сна по типу частых пробуждений ночью, преждевременных окончательных пробуждений утром перед понедельниками или важными днями на работе. Стали беспокоить головные боли давящего характера, а также боли в пояснице и шее. Обращалась по месту жительства в поликлинику, был установлен диагноз остеохондроза, назначалась физиотерапия без существенного результата.

Постепенно отметила формирование негативного влияния симптоматики на качество жизни, из-за тревоги не могла расслабиться даже в домашних условиях, стала более рассеянной на работе. Обратилась за консультацией к психотерапевту.

Психический статус: выглядит на свой возраст, встревожена, речь в несколько ускоренном темпе. Жалуется на чувство внутреннего напряжения, тревогу, беспокойство, что на работе или с родителями может произойти неприятность, в течение дня многократно прокручивает в голове мысли тревожного характера о бытовых событиях и общемировой обстановке. Описанные жалобы беспокоят фактически ежедневно, однако более выражены на работе или перед какими-либо значимыми событиями. Вместе с тем жалуется на утомляемость, из-за невозможности расслабиться чувствует себя вымотанной, буквально уставшей от опасений самого разного рода. Беспокоят также усиливающиеся на фоне тревоги давящие боли в области головы и шеи. Сон нарушен по типу частых пробуждений фактически каждую ночь и ранних окончательных пробуждений за час-полтора до будильника перед важными событиями. Настроение при этом ближе к ровному, надеется на улучшение состояния и редукцию тревоги. Аппетит достаточный, суицидальные мысли отрицает.

Диагноз: в данном клиническом наблюдении психический статус в наибольшей степени соответствует генерализованному тревожному расстройству с такими симптомами, как стойкое выраженное чувство тревоги, внутреннего напряжения, соматизированные проявления тревоги. Утомляемость не является доминирующей в клинической картине и, вероятно, носит вторичный характер по отношению к анксиозной симптоматике и хроническим нарушениям сна. Дополнительным свидетельством отношения к спектру тревожных расстройств являются преморбидные особенности личности пациентки, а также ее родственниц по восходящим линиям.

Терапия: пациентке был рекомендован прием препарата первой линии терапии ГТР – антидепрессантов из класса СИОЗС. Тем не менее пациентка испытала большие опасения по поводу приема антидепрессантов и уточнила возможность приема каких-либо лекарственных альтернатив. В связи с этим пациентке был рекомендован серотонинергический анксиолитик бупирон с доказанным действием при ГТР в дозе 30 мг суточно. Препарат переносился хорошо, за 3 мес. достигнута редукция тревожной симптоматики более чем на 50%. В дальнейшем было рекомендовано продолжение приема препарата и присоединение короткого курса когнитивно-поведенческой терапии для комбинированного улучшения психического состояния.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 3

Пациент 29 лет, специалист в области IT. Наследственность психопатологически неотягощена. Родился от нормально протекавшей беременности, развитие по возрасту. По характеру формировался эмоционально сдержанным, скрытным, с трудом устанавливал контакты со сверстниками и взрослыми. Часто болел, в рамках любых заболеваний отмечалась отчетливая астеническая симптоматика, головные боли по типу обурча.

Будучи замкнутым и стеснительным, на протяжении жизни с трудом заводил друзей и близкие контакты, после окончания школы не пошел никуда доучиваться, вместо этого самостоятельно выучился на специалиста

в области IT и нашел себе удаленную работу. Колебаний настроения в течение жизни не отмечал.

Два года назад женился, испытывал впервые в жизни выраженную влюбленность, быстро сделал предложение супруге, в отношениях с ней был на вторых ролях, во всем подчинялся, полностью обеспечивал семью.

Психическое неблагополучие в течение последнего года, когда от брака родился ребенок. Пациент был вынужден взять ипотеку на невыгодных условиях для улучшения жилищных условий семьи, помимо этого, не получил ожидаемого повышения на работе. В сложившейся ситуации оказался вынужден брать подработки в выходные дни (выполнение сторонних проектов по фрилансу), т. к. существующая зарплата не обеспечивала покрытие возросших финансовых потребностей семьи. Примерно через месяц работы в ускоренном режиме и без выходных появилась утомляемость, испытывал чувство внутреннего напряжения, усилились и стали регулярными головные боли, которые раньше беспокоили только при соматическом неблагополучии. В связи с симптоматикой обратился на консультацию к психотерапевту

Психический статус: выглядит несколько младше своих лет, одет непритязательно. Зрительный контакт не поддерживает. Жалуется на выраженное чувство утомления, бессилия, реализующееся в большей степени в когнитивной сфере, нежели в соматической: при необходимости продолжать работу в прежнем высоком темпе отмечается быстрое истощение, нарастание утомляемости, выраженные головные боли сдавливающего характера. Хотя и не испытывает выраженной тревоги, но все же жалуется, что последние месяцы не может до конца расслабиться, даже в выходные дни, на фоне существенного снижения утомления. Сон нередко нарушен, аппетит не изменен, настроение ровное, признаков ангедонии не выявляется.

Диагноз: в данном клиническом наблюдении на первый план выходит преимущественно повышенная утомляемость, истощаемость, когнитивные нарушения, усиливающиеся при утомлении. Хотя в психическом статусе и отмечаются элементы анксиозной симптоматики, они не достигают синдромальной завершенности и не определяют состояния пациента, гипотимия не выявляется. Наличие заметных когнитивных нарушений заставляет проводить диагноз с манифестацией расстройств шизофренического спектра, однако надо учитывать, что в преморбиде пациента указания на шизоидные черты, кроме того, пациент адаптирован, а симптоматика у него манифестировала на фоне объективно некомфортной и истощающей ситуации. В связи с этим, именно в данном наблюдении, можно поставить диагноз «неврастения» (F48.0).

Терапия: в связи с тем что от широкого использования диагноза «неврастения» стали отходить еще до расцвета доказательной медицины в психиатрии, доказательные данные о лечении данного состояния крайне ограничены. Существуют указания на необходимость применения психотерапии [24], ноотропных препаратов [25, 21], фитотерапии и иглорефлексотерапии [26], витаминотерапии [27].

С учетом манифестации неврастении у пациента на фоне субъективно труднопереносимой ситуации, приоритетным является использование психотерапевтических

вмешательств. Тем не менее наличие чувства внутреннего напряжения и невозможности расслабиться являются показанием для мягкой противотревожной терапии. В рамках комплексного подхода применялся метод биологической обратной связи, направленной на выработку навыков ауторегуляции [28], в сочетании с симптоматическим курсом терапии небензодиазепиновым транквилизатором Тофизопам на протяжении 3 мес. в дозе 150 мг суточно. Спустя 3 мес. было достигнуто существенное улучшение, после чего тофизопам был отменен, и пациенту была рекомендована длительная психотерапия для предотвращения рецидивов неврастения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на длительную историю изучения, диагноз «неврастения» до сих пор остается в значительной степени дискуссионным как в отношении диагностических границ, так и в отношении правомочности выделения его

в качестве самостоятельного диагноза. Обилие соматических и психиатрических заболеваний, манифестирующих астенической симптоматикой, заставляет быть крайне осторожным в плане установления диагноза «неврастения» в связи с риском гиподиагностики более частых заболеваний, в первую очередь депрессий и тревожных расстройств. Тем не менее в клинической практике отмечаются пациенты, в полной мере соответствующие диагностическим критериям неврастения. Данная категория пациентов может быть успешно излечена при помощи интегративного подхода, объединяющего психотерапию, нелекарственные биологические методы терапии и психофармакотерапию. Среди психотропных препаратов перспективной опцией для назначения у пациентов с неврастением остается тофизопам (Грандаксин).



Поступила / Received 30.06.2025
Поступила после рецензирования / Revised 17.07.2025
Принята в печать / Accepted 23.07.2025

Список литературы / References

- Costa e Silva JA, De Girolamo G. Neurasthenia: history of a concept. In: Sartorius N, Goldberg D, de Girolamo G, Costa e Silva JA, Lecrubier Y, Wittchen U. *Psychological Disorders in General Medical Setting*. Hogrefe & Huber; 1990.
- Овсянников СА. История и эпистемология пограничной психиатрии. М.: Альпари; 1995. 207 с.
- Морозов ВМ. Малая психиатрия. Психогении – неврозы (лекция). *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2011;13(1):4–11. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/nsjhqv>.
Morozov VM. Minor psychiatry. Psychogenies – neuroses (lecture). *Psikhiatriya i Psikhofarmakoterapiya*. 2011;13(1):4–11. (In Russ.) Available at: <https://www.elibrary.ru/nsjhqv>.
- Вельтищев ДЮ. Неврастения: история и современность. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2011;3(4):9–13. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2011-338>.
Veltishchev DY. Neurasthenia: history and the present. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2011;3(4):9–13. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2011-338>.
- Смулевич АБ, Волевь БА. Современные аспекты психофармакотерапии расстройств личности. *Психиатрия*. 2004;5(7):7–13. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/pwhfob>.
Smulevich AB, Volel BA. Modern aspects of psychopharmacotherapy of personality disorders. *Psichiatriy (Moscow)*. 2004;5(7):7–13. (In Russ.) Available at: <https://www.elibrary.ru/pwhfob>.
- Волевь БА, Макух ЕА, Лебедева МВ, Попова ЕС, Шоломова ВА, Андросова ЛВ и др. Клинико-лабораторные маркеры астенического синдрома у больных саркоидозом. *Врач*. 2016;27(7):74–76. Режим доступа: <https://vrachjournal.ru/25877305-2016-07-23>.
Volel BA, Makukh EA, Lebedeva MV, Popova ES, Sholomova VA, Androsova LV et al. Clinical and laboratory markers of asthenic syndrome in patients with sarcoidosis. *Vrach*. 2016;27(7):74–76. (In Russ.) Available at: <https://vrachjournal.ru/25877305-2016-07-23>.
- Волевь БА, Трошина ДВ. Соматизированная депрессия с когнитивными нарушениями у пациентки с артериальной гипертензией. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2017;9(4):60–64. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2017-4-60-64>.
Volel BA, Troshina DV. Somatic depression with cognitive impairment in a female patient with hypertension. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2017;9(4):60–64. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2017-4-60-64>.
- Фомичева АВ, Андреев ДА, Волевь БА. Психические расстройства при хронической сердечной недостаточности. *Психиатрия*. 2021;19(4):109–124. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-4-109-124>.
Fomicheva AV, Andreev DA, Volel BA. Mental Disorder in Chronic Heart Failure. *Psichiatriy (Moscow)*. 2021;19(4):109–124. (In Russ.) <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-4-109-124>.
- Карвасарский БД. *Неврозы*. М.: Медицина; 1995. 445 с.
- Коркина МВ, Лакосина НД, Личко АЕ, Сергеев ИИ. *Психиатрия*. 4-е изд. М.: МЕДпресс-информ; 2008. 576 с.
- Жариков НМ, Тюльпин ЮГ. *Психиатрия*. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицинское информационное агентство; 2009. 829 с.
- Романов ДВ, Волевь БА, Петелин ДС. Подходы к терапии депрессии в неврологии (перспективы применения агомелатина). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2018;10(4):101–110. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2018-4-101-110>.
Romanov DV, Volel BA, Petelin DS. Approaches to therapy for depressions in neurology: prospects for the use of agomelatine. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2018;10(4):101–110. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2018-4-101-110>.
- Петелин ДС, Волевь БА. Современные подходы к диагностике и терапии монополярной депрессии. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2023;123(10):33–41. <https://doi.org/10.17116/jnevro202312310133>.
Petelin DS, Volel BA. Recent approaches to the diagnosis and therapy of monopolar depression. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2023;123(10):33–41. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro202312310133>.
- Петелин ДС, Сорокина ОЮ, Трошина ДВ, Сигиневич ЮА, Ефимочкина СМ, Волевь БА. Тревожные расстройства в общей медицинской практике – клиническая картина, диагностика, оптимизированные подходы к терапии. *Медицинский совет*. 2023;17(3):110–118. <https://doi.org/10.21518/ms2023-053>.
Petelin DS, Sorokina OY, Troshina DV, Siginevich YA, Efimochkina SM, Volel BA. Anxiety disorders in general medical practice – clinical picture, diagnosis, optimized approaches to therapy. *Meditinskiy Sovet*. 2023;17(3):110–118. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2023-053>.
- Петелин ДС, Сорокина ОЮ, Галаяудинова АН, Долгополова ЮВ, Волевь БА. Тревожные расстройства в клинической практике (обзор литературы с клинической иллюстрацией). *Медицинский совет*. 2024;18(12):52–60. <https://doi.org/10.21518/ms2024-297>.
Petelin DS, Sorokina OY, Galiautdinova AN, Dolgopolova YV, Volel BA. Anxiety Disorders in Clinical Practice (Clinical Observation and Literature Review). *Meditinskiy Sovet*. 2024;18(12):52–60. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2024-297>.
- Волевь БА. Инволюционная истерия: аспекты клиники, психосоматические корреляции, терапия. *Психические расстройства в общей медицине*. 2007;3(3):50–54. Режим доступа: https://con-med.ru/magazines/psikhicheskie_rastroystva_v_obschey_meditisine/psikhicheskie_rastroystva_v_obschey_meditisine-03-2007/involutsionnaya_isteriya_aspekty_kliniki_psikhosomaticheskie_korrelyatsii_terapiya/.
Volel BA. Involutional hysteria: aspects of the clinic, psychosomatic correlations, therapy. *Mental Disorders in General Medicine*. 2007;3(3):50–54. (In Russ.) Available at: https://con-med.ru/magazines/psikhicheskie_rastroystva_v_obschey_meditisine/psikhicheskie_rastroystva_v_obschey_meditisine-03-2007/involutsionnaya_isteriya_aspekty_kliniki_psikhosomaticheskie_korrelyatsii_terapiya/.
- Волевь БА. Небредовая ипохондрия (обзор литературы). *Психические расстройства в общей медицине*. 2009;2(2):49–62.
Volel BA. Non-delusional hypochondria (literature review). *Mental Disorders in General Medicine*. 2009;2(2):49–62. (In Russ.) Available at: https://con-med.ru/magazines/psikhicheskie_rastroystva_v_obschey_meditisine/psikhicheskie_rastroystva_v_obschey_meditisine-02-2009/nebredovaya_ipokhondriya_obzor_literatury/.
- Волевь БА, Петелин ДС, Рожков ДО. Хроническая боль в спине и психические расстройства. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*.

- 2019;11(25):17–24. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2019-25-17-24>.
- Volel BA, Petelin DS, Rozhkov DO. Chronic back pain and mental disorders. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2019;11(25):17–24. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2019-25-17-24>.
19. Сукиасян СГ, Солдаткин ВА, Снедков ЕВ, Тадевосян МЯ, Косенко ВГ. Боевое посттравматическое стрессовое расстройство: эволюция понятия от «синдрома раздраженного сердца» до «психогенно-органического расстройства». *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2019;119(6):144–151. <https://doi.org/10.17116/jnevro2019119061144>.
- Sukiasian SG, Soldatkin VA, Snedkov EV, Tadevosian MA, Kosenko VG. Combat-related posttraumatic stress disorder: the historical evolution of concept from "irritable heart syndrome" to "psycho-organic disorder". *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2019;119(6):144–151. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro2019119061144>.
20. Петелин ДС, Исаева ПС, Смолеевский АГ, Толоконин АО, Волель БА. Посттравматическое стрессовое расстройство как наиболее типичный ответ на психотравмирующее событие: клиническое наблюдение и обзор литературы. *Клинический разбор в общей медицине*. 2023;4(6):29–35. <https://doi.org/10.47407/kr2023.4.5.00268>.
- Petelin DS, Isaeva PS, Smoleevsky AG, Tolokonin AO, Volel BA. Post-traumatic stress disorder as the most typical response to a traumatic event: clinical observation and literature review. *Clinical Review for General Practice*. 2023;4(6):29–35. (In Russ.) <https://doi.org/10.47407/kr2023.4.5.00268>.
21. Чутко ЛС, Сурушкина СЮ, Никишена ИС, Яковенко ЕА, Анисимова ТИ. Неврастения: состояние проблемы и подходы к терапии. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2013;5(2):42–45. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2013-2412>.
- Chutko LS, Surushkina SY, Nikishena IS, Yakovenko EA, Anisimova TI. Neurasthenia: State-of-the-art and therapeutic approaches. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2013;5(2):42–45. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2013-2412>.
22. Bested AC, Marshall LM. Review of Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: an evidence-based approach to diagnosis and management by clinicians. *Rev Environ Health*. 2015;30(4):223–249. <https://doi.org/10.1515/revh-2015-0026>.
23. Yemeli Piankeu AD, Fodouop SPC, Noubom M, Gomseu Djoumsie EB, Ful Kuh G, Gatsing D. Epidemiology and Performances of Typhoid Immunoassay and Widal Slide Agglutination in the Diagnosis of Typhoid Fever in Febrile Patients in Bafoussam City, Cameroon: A Cross-Sectional Comparative Study. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. 2024;2024:6635067. <https://doi.org/10.1155/2024/6635067>.
24. Карвасарский БД, Ледер С. *Групповая психотерапия*. М.: Медицина; 1990. 384 с.
25. Краснов ВН, Гурович ИЯ (ред.). *Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств*. М.: МЕДпресс-информ; 1999. 224 с.
26. Божко С, Тювина НА. Опыт применения нелекарственных методов (психотерапии, фитотерапии и рефлексотерапии) при лечении неврастении. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2014;6(2):19–24. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2014-2-19-24>.
- Bozhko S, Tyuvina NA. Experience with non-drug therapies (psychotherapy, phytotherapy, reflexotherapy) for neurasthenia. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2014;6(2):19–24. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2014-2-19-24>.
27. Александровский ЮА, Незнанов НГ (ред.). *Психиатрия*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018. 1008 с.
28. Рузинова ВМ, Долгополова ЮВ, Петелин ДС, Сорокина ОЮ, Волель БА. Использование технологий биологической обратной связи в клинической практике. *Медицинский совет*. 2023;17(13):288–296. <https://doi.org/10.21518/ms2023-245>.
- Ruzinova VM, Dolgopolova YV, Petelin DS, Sorokina OY, Volel BA. The use of biofeedback techniques in clinical practice. *Meditsinskiy Sovet*. 2023;17(13):288–296. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2023-245>.

Вклад авторов:

Концепция статьи – Д.С. Петелин, Е.И. Воронова
 Концепция и дизайн исследования – Д.С. Петелин, Е.А. Борисенко
 Написание текста – Д.С. Петелин, Ю.В. Долгополова, А.В. Струкова
 Сбор и обработка материала – С.А. Семин, О.Ю. Сорокина
 Обзор литературы – Д.С. Петелин, Е.А. Борисенко
 Анализ материала – Д.С. Петелин, Ю.В. Долгополова, А.В. Струкова
 Статистическая обработка – С.А. Семин, О.Ю. Сорокина
 Редактирование – С.А. Семин, О.Ю. Сорокина, Е.И. Воронова
 Утверждение окончательного варианта статьи – Е.И. Воронова

Contribution of authors:

Concept of the article – Dmitry S. Petelin, Evgeniya I. Voronova
 Study concept and design – Dmitry S. Petelin, Egor A. Borisenko
 Text development – Dmitry S. Petelin, Yulia V. Dolgopolova, Alina V. Strukova
 Collection and processing of material – Sergey A. Semin, Olga Yu. Sorokina
 Literature review – Dmitry S. Petelin, Egor A. Borisenko
 Material analysis – Dmitry S. Petelin, Yulia V. Dolgopolova, Alina V. Strukova
 Statistical processing – Sergey A. Semin, Olga Yu. Sorokina
 Editing – Sergey A. Semin, Olga Yu. Sorokina, Evgeniya I. Voronova
 Approval of the final version of the article – Evgeniya I. Voronova

Согласие пациентов на публикацию: пациенты подписали информированное согласие на публикацию своих данных.

Basic patient privacy consent: patients signed informed consent regarding publishing their data.

Информация об авторах:

Петелин Дмитрий Сергеевич, к.м.н., доцент кафедры психиатрии и психосоматики Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; <https://orcid.org/0000-0002-2228-6316>; petelinhome1@yandex.ru

Борисенко Егор Артемович, ординатор кафедры психиатрии и психосоматики Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; <https://orcid.org/0009-0009-4657-3924>; brandlion2000@yandex.ru

Долгополова Юлия Валерьевна, ординатор кафедры психиатрии и психосоматики Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; <https://orcid.org/0009-0006-8011-0307>; juliadolgopolova98@gmail.com

Семин Сергей Александрович, врач-психиатр психотерапевтического отделения Клиники нервных болезней имени А.Я. Кожевникова, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; <https://orcid.org/0000-0002-0061-1798>; semockin171@mail.ru

Сорокина Ольга Юрьевна, к.м.н., заведующая психотерапевтическим отделением Клиники нервных болезней имени А.Я. Кожевникова, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; <https://orcid.org/0000-0001-8863-8241>; msolgasorokina@mail.ru

Струкова Алина Викторовна, ординатор кафедры психиатрии и психосоматики Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; <https://orcid.org/0009-0009-6579-8299>; strukova.alina2000@ya.ru

Воронова Евгения Ивановна, к.м.н., доцент кафедры психиатрии и психосоматики, заместитель директора Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; <https://orcid.org/0000-0001-6605-4851>; voronova_e@mail.ru

Information about the authors:

Dmitry S. Petelin, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Psychiatry and Psychosomatics at the N.V. Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-2228-6316>; petelinhome1@yandex.ru

Egor A. Borisenko, Resident of the Department of Psychiatry and Psychosomatics at the N.V. Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia; <https://orcid.org/0009-0009-4657-3924>; petelinhome1@yandex.ru

Yulia V. Dolgoplova, Resident of the Department of Psychiatry and Psychosomatics at the N.V. Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia; <https://orcid.org/0009-0006-8011-0307>; juliadolgoplova98@gmail.com

Sergey A. Semin, Psychiatrist of the Psychotherapeutic Department of the A.Ya. Kozhevnikov Clinic of Nervous Diseases, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-0061-1798>; semockin171@mail.ru

Olga Yu. Sorokina, Cand. Sci. (Med.), Head of the Psychotherapy Department of the Kozhevnikov Clinic for Nervous Diseases, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia; <https://orcid.org/0000-0001-8863-8241>; msolgasorokina@mail.ru

Alina V. Strukova, Resident of the Department of Psychiatry and Psychosomatics at the N.V. Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia; <https://orcid.org/0009-0009-6579-8299>; strukova.alina2000@ya.ru

Evgeniya I. Voronova, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Psychiatry and Psychosomatics, Deputy Director of the N.V. Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia; <https://orcid.org/0000-0001-6605-4851>; voronova_e@mail.ru