

сти репрезентации лечебного процесса, характеристики эмпатийного потенциала, уровень субъективного контроля и тип отношения к заболеванию. Таким образом, пациенты, которые формируют преимущественно партнерский альянс, склонны адекватно оценивать свое состояние, выполняют необходимые назначения врача и устанавливают с ним позитивные взаимоотношения. Больные, у которых доминируют регламентирующие формы альянса, стремятся сохранить возможность активной трудовой деятельности и минимизировать свои эмоциональные контакты в лечебном учреждении.

Литература:

1. Абрамов В.А. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами: [Руководство для врачей-психиатров и

социальных работников] / В.А. Абрамов, И.В. Жигулина, Т.Л. Ряполова. - Донецк: Капитан, 2006. - 268 с.

2. Внебольничная помощь и психиатрическая реабилитация при тяжелых психических заболеваниях / под ред. Jaap van Weeghel; [пер. с англ. А.И. Абессоновой] / - К.: Сфера, 2002. - 560 с.

3. Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни [Текст] / М.М. Кабанов // Социальная и клиническая психиатрия. - 2001. - №1. - С. 22-27.

4. Карсон Р. Становление диалога между доктором и пациентом [Текст] / Р. Карсон // Вестник Московского университета, Сер. "Философия". - 1998. - №5. - С.34-41.

5. Словарь-справочник по психодиагностике / [авт.-сост. Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов]. - [3-е изд.]. - СПб.: Питер, 2008. - 688 с.

6. Шестопалова Л.Ф. Медико-психологичні проблеми сучасного лікувально-реабілітаційного процесу / Л.Ф. Шестопалова // Український вісник психоневрології. - 2007. - Том 15, вип. 1 (50), додаток. - С.249.

7. Ackerman S.J. A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance / S.J. Ackerman, M.J. Hillsenroth // Psychotherapy: theory, research, practice, training. - 2001. - Vol. 38. - P. 171-185.

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ МІЖ ЛІКАРЕМ І ХВОРИМИ НА НЕВРОЛОГІЧНІ ТА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ

Л.Ф. Шестопалова, В.В. Артюхова

У статті визначається зміст поняття терапевтичного альянсу. Відповідно до виділених діагностичних критеріїв розроблено типологію терапевтичного альянсу та описані його основні форми. На підставі проведеного дослідження 110 хворих на психоневрологічні розлади та анкетування 39 лікарів визначено соціально-демографічні, клінічні та психологічні чинники, що впливають на формування терапевтичного альянсу.

Ключові слова: терапевтичний альянс, психоневрологічні розлади, комплаєнс, лікувальний процес, синдром емоційного вигорання, комунікативна компетентність

SPECIFICS OF THERAPEUTIC ALLIANCE FORMATION BETWEEN A DOCTOR AND PATIENTS WITH PSYCHICAL AND NEUROLOGICAL DISORDER

L.F. Shestopalova, V.V. Artyuhova

In the article maintenance of concept is determined therapeutic alliance. The typology of the therapeutic alliance are developed and the relevant criteria of its diagnostics. It determines social and demographic, clinical and psychological factors of therapeutic alliance formation based on the research of 110 patients with neuropsychiatric disorders and survey among 39 doctors.

Keywords: therapeutic alliance, neuropsychiatric disorders, compliance, remedial process, syndrome of the emotional burning down, communicative competence

УДК 616.85

О.Г.Сыропятов¹, Н.А. Дзеружинская², Ю.Н.Астапов³, Т.С. Яновский⁴ ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ И НЕВРАСТЕНИИ

Украинская военно-медицинская академия, г. Киев¹

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии, МЗ Украины, г. Киев²

Главный военно-медицинский клинический центр «ГВКГ», г. Киев³

Научно-практический центр наркологии и психосоматической медицины, г. Симферополь⁴

Ключевые слова: синдром хронической усталости (CFS), неврастения, феноменология, диагностика, психо-нейро-иммунология

Синдром хронической усталости (CFS) впервые был описан А. Ллойдом в 1984 г. Характерным его признаком он назвал хроническое утомление, испытываемое больным, которое не исчезает даже после длительного отдыха и со временем приводит к значительному снижению работоспособности, как умственной, так и физической. Синдром хронической усталости, в Европе также называемый миалгическим энцефаломи-

елитом, не является новым заболеванием. С XIX столетия термин неврастения или нервное истощение применялся к признакам болезни, похожей на CFS. В 30-50-х годах о вспышках болезни с характерной продолжительной усталостью было сообщено в США и многих других странах. В начале 1980-х гг. исследования американских учёных позволили подробнее изучить природу синдрома и внести его в список существую-

щих заболеваний. На сегодняшний день состояние проблемы таково, что CFS трактуется как постинфекционное хроническое заболевание, основным проявлением которого является немотивированная выраженная общая слабость, на длительное время выводящая человека из активной повседневной жизни. Поскольку главными мишенями болезни является ЦНС и иммунная система, название заболевания изменилось на «синдром хронической усталости и иммунной дисфункции» (Chronic Fatigue and Immune Dysfunction Syndrome – CFID).

Единой точки зрения об этиологии и патогенезе CFS до сих пор нет. Особое значение придаётся различным вирусам (Эпштейна-Барра, цитомегаловирусы, вирусы герпеса I, II и VI типа, энтеровирусы и др.), неспецифической активации иммунных реакций и психическим факторам. Указывается также на роль неблагоприятных экологических и психических факторов. Исследования последних лет свидетельствуют о повышенной серотониновой активности мозга у пациентов с CFS. Повышение секреции пролактина, стимулируемое серотонином при CFS, может быть вторичным по отношению к различным особенностям поведения больных. Например, таким, как продолжительная бездеятельность и нарушения сна. Кроме нарушений в серотониновой системе в патогенезе синдрома хронической усталости большая роль отводится нарушениям в системе цитокинов. Последние, являясь медиаторами иммунной системы, не только имеют иммунотропное действие, но и влияют на многие функции организма, участвуя в процессах кроветворения, репарации, гомеостаза, деятельности эндокринной и центральной нервной системы. По современным представлениям многие продукты активирования клеток иммунной системы (цитокины), пептидные гормоны, нейромедиаторы и их рецепторы оказались общими для нервной, эндокринной и иммунной систем (Бухтояров О.В., Архангельский А.Е., 2008). По данным Е.А. Корневой (2003) позитивная иммунологическая активность способна редуцировать хронический стресс. Отмечены различные психологические ответы и иммунологические реакции на различные стрессоры. Кроме нейромедиаторной теории, в настоящее время говорят о «цитокиновой гипотезе» этиологии и патогенеза депрессий. Исследования Е.Л. Росси (2002) показали, что гипносуггестивные воздействия активируют гены раннего немедленного ответа (IEG), именуемые как «гены исцеления», ассоциированные с протеиновым каскадом и факторами роста. В.Н. Кожевников (2005), проводивший собственные исследования в области психонейроиммунологии (PNI), предложил понятие «психотерапевтическая нейроиммунореабилитация». Это направление открывает новые возможности для лечения различных иммунодефицитных состояний, в том числе и синдрома хронической усталости, с помощью методов, принятых в психиатрии и психотерапии.

Таким образом, причины CFS многообразны, и

многие исследователи полагают, что синдром хронической усталости не является собственно болезнью, а является психологическим компонентом других соматических проблем. Некоторые специфические состояния, которые установлены как причина для CFS, включают гипотензию, гипервентиляцию и повреждение мышечной ткани. Индивидуальные и психологические факторы расцениваются как факторы, которые могут увеличить восприимчивость человека к синдрому после стресса. Особый интерес представляет ось гипоталамус – гипофиз – надпочечники, которая управляет важными функциями, включая сон, ответ на стресс и депрессию. Множество исследований выявили дефицит кортизола у пациентов с CFS. Также сообщалось, что важную роль при синдроме хронической усталости может играть дефицит дофамина.

Многочисленные исследования обнаружили большое количество хронических иммунных нарушений у пациентов с CFS, однако первопричина этих нарушений до сих пор не идентифицирована. Наиболее частыми проявлениями синдрома хронической усталости у больных является аллергия. До 80% пациентов с CFS имеют аллергию на продукты питания, пыльцу, металлы (никель или ртуть). Некоторые исследования указывают на то, что люди с аллергиями испытывают беспокойство, боль в пояснице или депрессию. Другие теории связывают CFS с невралной гипотензией (neurally mediated hypotension – NMH). NMH вызывает резкое снижение кровяного давления, которое может подниматься до нормального в течении десяти минут. Менее серьёзным состоянием, связанным с CFS, является синдром постуральной ортостатической тахикардии (POTS). Другие теории связывают CFS с поражением скелетных мышц, гипервентиляцией, нарушением активности блуждающего нерва, мутацией митохондрий.

Считается, что синдром хронической усталости может проявляться в любом возрасте, в том числе и у детей. По данным австралийских учёных, CFS встречается с частотой 37 случаев на 100 000 человек (Volmer-Conna V., Lloid A., Hickie I., Wakefield D., 1998). Отмечено, что ветераны войны в Персидском Заливе отличались высоким уровнем заболеваемости CFS (45%), причём женщины имели риск его возникновения в три раза выше, чем мужчины. Поскольку признаки CFS были обнаружены и в других группах военнослужащих, некоторые эксперты связывают посттравматическое стрессовое расстройство и CFS.

Для диагностики «синдрома хронической усталости» используются критерии, опубликованные в 1988, 1991, 1992 и 1994 гг. Центром контроля за заболеваниями (США), которые включают в себя комплекс больших (1 – длительная усталость по неизвестной причине, не проходящая после отдыха и снижение более, чем на 50% двигательного режима, наблюдающиеся не менее 6 месяцев; 2 – отсутствие заболеваний или других причин, которые могут вызвать такое состояние) и малых объективных критериев. К малым

симптоматическим критериям заболевания следует отнести следующие: заболевание начинается внезапно, как при гриппе, с: 1) повышения температуры до 38° С; 2) болей в горле, першения; 3) небольшого увеличения (до 0,3-0,5 см) и болезненности шейных, затылочных и подмышечных лимфатических узлов; 4) необъяснимой генерализованной мышечной слабости; 5) болезненности отдельных групп мышц (миалгии); 6) мигрирующих болей в суставах (артралгии); 7) периодических головных болей; 8) быстрой физической утомляемости с последующей продолжительной (более 24 часов) усталостью; 9) расстройством сна (-гипо- или гиперсомния); 10) нейропсихологических расстройств (фотофобия, снижение памяти, повышенная раздражительность, спутанность сознания, снижение интеллекта, невозможность концентрации внимания, депрессия); 11) быстрого развития (в течение часов или дней) всего симптомокомплекса.

Малые критерии можно объединить в несколько групп. Первая группа включает в себя симптомы, отражающие наличие хронического инфекционного процесса (субфебрильная температура, хронический фарингит, увеличение лимфатических узлов, мышечные и суставные боли). Вторая группа включает психические и психологические проблемы (нарушения сна, ухудшение памяти, депрессия и т.д.) Третья группа малых критериев объединяет симптомы вегетативно-эндокринной дисфункции (быстрое изменение массы тела, нарушение функции желудочно-кишечного тракта, снижение аппетита, аритмии, дизурия и др.). Четвёртая группа малых критериев включает симптомы аллергии и повышенной чувствительности к лекарственным препаратам, инсоляции, алкоголю и некоторым другим факторам. Объективными физикальными критериями служат: 1) субфебрильная лихорадка; 2) неэкссудативный фарингит; 3) пальпируемые шейные или подмышечные лимфоузлы (менее 2 см в диаметре).

Для постановки диагноза «синдром хронической усталости» необходимо наличие 1 и 2 больших критериев, а также малых симптоматических критериев: (а) 6 или больше из 11 симптоматических критериев и 2 или больше из 3 физикальных критериев, (б) 8 или больше из 11 симптоматических критериев.

Согласно схеме диагностики синдрома хронической усталости, принятой международной группой по изучению синдрома хронической усталости в 1994 году, все случаи необъяснимой усталости клинически могут быть разделены на синдром хронической усталости и идиопатическую хроническую усталость.

Критериями синдрома хронической усталости являются: 1) наличие хронической усталости, которая определяется как клинически установленная, необъяснимая, постоянная или перемежающаяся хроническая усталость нового типа (ранее не встречавшаяся в течение жизни), не связанная с физическим или умственным напряжением, не преходящая при отдыхе и приводящая к существенному падению ранее достигнутых

уровней профессиональной, образовательной или личной активности; 2) одновременное наличие четырёх и более из нижеперечисленных симптомов (все могут наблюдаться постоянно или повторяются в течение 6 и более месяцев): а – головные боли, отличающиеся по характеру от ранее наблюдавшихся; б – боли в мышцах; в – боли в нескольких суставах при отсутствии зуда и покраснения; г – неосвежающий сон; д – дискомфорт продолжительностью более 24 часов после физических или нервно-психических нагрузок; е – нарушение кратковременной памяти или концентрации внимания, существенно снижающие уровень профессиональной, образовательной или другой социальной и личной активности; ж – признаки воспаления слизистой оболочки горла; з – болезненность шейных или подмышечных лимфатических узлов.

Случаи идиопатической хронической усталости определяются как клинически установленная хроническая усталость, которая не соответствует критериям хронической усталости. Необходимо выяснить причины этого несоответствия. Хроническая усталость определяется как субъективно регистрируемая персистирующая или усиливающаяся усталость, продолжающаяся 6 и более месяцев. Продолжительной считается усталость, которая длится более 1 месяца. Наличие указаний в анамнезе на длительную или хроническую усталость требует клинического обследования для выявления основного и сопутствующего заболеваний и последующего лечения.

Психические нарушения при синдроме хронической усталости требуют тщательного изучения. А. Farmer и соавт. (1995) подчёркивают то обстоятельство, что критерии выделения CFS на 97% совпадают с характеристикой «неврастении» в МКБ-10. Синдром хронической усталости также необходимо дифференцировать, помимо соматических заболеваний, с психическими расстройствами с объяснимой «хронической усталостью» - биполярными аффективными расстройствами, депрессией, шизофренией, булимией, злоупотреблением алкоголем и наркотиками в течение более двух лет с формированием зависимости, органическими психическими расстройствами.

С целью уточнения дифференциально-диагностических признаков психических нарушений при CFS проведён феноменологический анализ с известными классическими описаниями психопатологических состояний невротического спектра.

Невротические расстройства (неврастения). Распространенность неврастении составляет 1,2 – 5%. К врачам общей практики по поводу астении обращаются 14 – 65% пациентов. Среди госпитализированных больных с невротическими пациентами с неврастением составляют до 70% (Карвасарский Л.В., 1991). Американский врач G. Beard в 1869 году описал болезнь, которую он назвал «американским невротом». Неврастения, по определению Beard (1880) – «раздражительная слабость нервной системы». Следует оговорить то обстоятельство, что при «неврастении» само психиче-

ское напряжение никогда не сводится к переутомлению, оно всегда несёт в себе сложное сочетание утомления, истощения и переживания психогенной ситуации. Характерный признак гиперестезии – интенсивность самого ощущения утомления. В картине болезни постоянно сосуществуют явления лёгкой возбудимости, которым сопутствует быстро наступающая утомляемость (Белицкий Ю., 1906). Гиперестезии в одних анализаторах сопутствует норместезия либо даже относительная гипестезия в других. Чувствительность глаз иногда достигает такой степени, что даже матовый, рассеянный свет становится непереносимым, побуждает к прищуриванию, раздражает глаза, вызывает слезотечение. В других случаях, вне конкретного внешнего раздражителя, появляются фосфены (полосы, блики, вспышки при закрытых глазах). При затяжных и выраженных состояниях могут возникать зрительные обманы восприятия: иллюзорные расстройства и гипнагогические галлюцинации. Нарушается зрение, что затрудняет чтение – буквы сливаются, текст становится неотчётливым (астенопия), содержание прочитываемого не усваивается. W. Binswanger считал типичным для неврастеников повышение зрачкового рефлекса, нередко сопровождаемого его утомляемостью. Речь шла о резких колебаниях величины зрачков, возникающих при малейших изменениях интенсивности света. Гиперакузия при неврастении может сопровождаться акаозмами или слуховыми вербальными иллюзиями. Явлениям гиперакузии обычно сопутствуют изменения самочувствия: шум, гул в голове, головокружение, иногда головная боль.

Многообразны также нарушения других форм чувствительности, которые по традиции делят на гипералгезии, гиперестезии, парестезии и др. Наблюдаются разнообразные гипералгии. Это мышечные боли (миалгии), на высоте которых больной затрудняется совершать движения; непостоянные, неопределённые боли во внутренних органах; боли в подошве или в пятке, вызывающие затруднения походки; головные боли. Последние имеют разный характер (жгучие, давящие, тянущие, колющие, острые, тупые и др.). Головная боль и боль в других областях тела часто сопровождается множеством парестезий, сенестопатий, которые, как правило, не отличаются стойкостью, вычурны и не интерпретируются больными. Одной из постоянных форм парестезии, сопутствующей головной боли неврастеника, является описанное ещё G. Beard ощущение опоясывающего сдавления в голове («каска неврастеника»), которое Шарко рассматривал как один из стигматов неврастения. Головная боль усиливается при надавливании на кожу головы и нередко сочетается с гиперестезией волосяного покрова головы. Наряду с головными болями обычно возникают головокружения. Всякое напряжение в деятельности часто способствует возникновению либо усилению головокружений. У ряда больных при выраженных проявлениях невроза они приобретают характер приступов: головокружение, поташнивание, тошнота,

рвота, шум в ушах. В структуре таких приступов обычно наблюдается падение мышечного тонуса, который обычно и вне приступов бывает понижен. Характерен тремор, усиливающийся при утомлении и психическом напряжении. Явлениям тремора обычно сопутствует гиперрефлексия. Дизэнцефально-вегетативная лабильность проявляется артериальной гипо- или гипертензией, дизритмией пульса, проявлениями красного стойкого дермографизма, ощущением зябкости, склонностью к акроцианозу, тенденцией к субфебрилитету. Вегетативная лабильность распространяется и на иные системы. Изменения функции поджелудочной железы приводит к появлению у больного острого, резко выраженного чувства голода, при стойком воздержании от пищи легко развивается анорексия. «Желудочно-кишечная форма неврастения» представлена расстройствами саливации, нарушением пережёвывания пищи и глотания, ощущениями полноты, давления в области желудка, отрыжкой, тошнотой, нарушениями функции кишечника. Тотальное либо парциальное выделение пота (гипергидроз) – одно из типичных проявлений вегетативных расстройств в клинике неврастения. Для больных неврастением свойственны лёгкость появления психогенной преходящей или стойкой полиурии, лабильность относительной плотности мочи, трудность начала акта мочеиспускания, слабость струи мочи, прерывистость её, что нередко приводит к частым позывам на мочеиспускание. При длительном течении неврастения меняется и половая жизнь пациента. Наиболее типичны нарастающее ослабление эрекции и ранняя эякуляция. У женщин снижается либидо и нарушается менструальный цикл.

Нарушение цикла «сон – бодрствование» относится, по А. Kreidler (1963), к ряду основных симптомов неврастения. Особенности ночного сна больных неврастением подмечены E. Kraepelin. Почти весь день больные испытывают сонливость, а по ночам спят тревожно, с пробуждениями («кивающий сон») и множеством сновидений, содержанием которых становятся дневные заботы. Больные чувствуют себя разбитыми, не отдохнувшими, с трудом поднимаются с постели и принимаются за дела. Длительный период позднего засыпания начинает сопровождаться явлениями тревожного, беспокойного ожидания бессонницы.

Психическое состояние больных неврастением характеризуется субъективным чувством постоянной усталости, особенно выраженным после пробуждения, в ранние утренние часы. Быстро возникающей утомляемости, лёгкой истощаемости сопутствуют общее снижение тонуса, угнетённость, мрачный фон настроения, пессимистическая оценка своего состояния здоровья и обстоятельств жизни, достигающих уровня невротической депрессии. Подавленное настроение легко поддерживается и чувством быстро возникающей утраты трудоспособности, интеллектуальных возможностей, развитием утомления, лёгким возникновением раздражительности по любому поводу. Раздражительность

легко приобретает характер гневливости с оттенком злобности по отношению к окружающим. Состояния обострённой психической чувствительности и возбудимости у больных легко сменяются явлениями раздражительной слабости, слезливостью в гневе и преходящим слабодушием. Описанные явления лабильности аффекта сосуществуют у больных с недостаточной яркостью и очерченностью впечатлений от действительности, слабостью памяти. Ослабление волевых побуждений (гипобулия) приносит преходящие периоды вялости, апатии, перемежающиеся со свойственной больному обострённой чувствительностью и раздражительностью.

В МКБ-10 для достоверного диагноза F48.0 «Неврастения» требуются следующие признаки:

а) постоянные жалобы на повышенную утомляемость после умственной работы или жалобы на слабость в теле и истощение после минимальных усилий.

б) по крайней мере, два из следующих симптомов:
 - ощущение мускульных болей,
 - головокружение,
 - тензионная головная боль,
 - нарушения сна,
 - неспособность расслабиться,
 - раздражительность,
 - диспепсия.

в) любые имеющиеся вегетативные или депрессивные симптомы не настолько продолжительны и тяжелы, чтобы соответствовать критериям более специфических расстройств (МКБ-10).

Современные данные об электроэнцефалографических коррелятах функционального состояния мозга указывают на повышенную степень активации (т.е. дефицит торможения) на уровне коры и лимбико-ретикулярных структур мозга в виде десинхронизации ЭЭГ, угнетение альфа-ритма, повышенной бета-активности и низкоамплитудных тета- и дельта-волн при невротических и тревожных расстройствах (Жирмунская Е.А., 1996; Koella W.P., 1981). Важным свидетельством правомочности представлений об «истощении» тормозных систем как патофизиологической основе невротических расстройств служит высокая эффектив-

ность транквилизаторов и антидепрессантов в их лечении, т.е. препаратов, модулирующих ГАМК-ергическое торможение путём воздействия на серотонин- и норадренергические синаптические системы. Новые научные данные, полученные методами нейровизуализации, позволяют оценить изменения в психо-нейроиммунной системе при психотерапевтическом лечении этих расстройств.

Таким образом, результаты исследования психических нарушений при CFS и сравнения этих нарушений с феноменологией классических психических расстройств указывают на необходимость использования системного, междисциплинарного и комплексного подхода к диагностике и эффективному лечению синдрома хронической усталости в общей медицинской практике.

Литература:

1. Крейндрер А. Астенический невроз. – Бухарест: Изд-во Акад. Рум. нар. республики, 1963. – 410 с.
2. (Краепелин Е.) Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику: Пер с нем. – М.: Госиздат, 1923. - Т.1. – 232 с.
3. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1987. – 304 с.
4. (Charcot J.M.) Шарко Ж.М. Болезни нервной системы: Пер. с франц. – СПб., 1976. – 343 с.
5. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. ВОЗ-Россия, СПб.: «АДИС», 1994. - 300 с.
6. Руководство по психиатрии: В 2-х т. - Т.2. /А.С. Тиганов, А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская и др.; Под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – 784 с.
7. Медицинский справочник. Синдром хронической усталости. http://doctorsph.ru/articles.php?article_id=1586
8. Лекция. Синдром хронической усталости http://farkos.com.ua/world_of_medicine/Number_4/leksiya_sindrom_hronicheskoy_ustalosti/print
9. Синдром хронической усталости/Nidus Information Services 2001 <http://sarcooidosis.by.ru/otherr/cfs1.htm>
10. Бухтояров О.В., Архангельский А.Е. Психогенный фактор канцерогенеза. Возможности применения гипнотерапии. – СПб.: Алтея, 2008. – 264 с.
11. Горононская Г.Н., Чернецова Б.Н., Петина М.М. Синдром хронической усталости: состояние проблемы. <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=41344>

ФЕНОМЕНОЛОГІЧНА ОЦІНКА ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ СИНДРОМІ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ ТА НЕВРАСТЕНІЇ

О.Г. Сиропятов, Н.О. Дзеружинська, Ю.Н. Астапов, Т.С. Яновський

Розглядаються теоретичні та клінічні критерії «синдрому хронічної втоми» (CFS) у порівнянні з феноменологією класичних описів «неврастенії». Підкреслюється схожість психопатологічних розладів при цих «нозологічних формах». Використання парадигми психо-нейро-імунології дозволяє систематично, міждисциплінарно та комплексно підійти до діагностики та лікування синдрому хронічної втоми в загальній медичній практиці.

Ключові слова: синдром хронічної втоми (CFS), неврастенія, феноменологія, діагностика, психо-нейро-імунологія

PHENOMENOLOGICAL ASSESSMENT OF MENTAL DISORDERS WITH CHRONIC FATIGUE SYNDROME AND NEURASTHENIA

O.G. Syropyatov, N.A. Dzeruzhinskaya, Yu.N. Astapov, T.S. Yanovskiy

Theoretic and clinical criteria of «chronic fatigue syndrome» (CFS) are examined in comparison with phenomenological classical description of «neurasthenia». Similarity among psychopathological disorders with these «clinical entity» is accentuated. Usage of psycho-neuro-immunology paradigm enables systemic, interdisciplinary and fully approach to diagnosis and treatment of chronic fatigue syndrome in general medical practice.

Keywords: chronic fatigue syndrome (CFS), neurasthenia, phenomenology, diagnosis, psycho-neuro-immunology