Атипичная депрессия при биполярном аффективном расстройстве: клинический случай

Вербицкая М.С., Тювина Н.А., Кренкель Г.Л., Ефремова Е.Н., Столярова А.Е.

Кафедра психиатрии и наркологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва
Россия, 119021, Москва, ул. Россолимо, 11, стр. 9

Атипичная депрессия (АтД) противопоставляется классической эндогенной меланхолической депрессии и характеризуется наличием несвойственных ей нарушений, однако перечень последних варьирует от отдельных симптомов (повышенный аппетит, прибавка массы тела, сонливость, слабость, тревога) и их сочетаний до сопутствующих депрессии синдромов (тревожно-фобический, обсессивно-компульсивный, панические атаки, дереализационно-деперсонализационный, ипохондрический). АтД, в соответствии с диагностическими критериями DSM-5, представляет собой симптомокомплекс, включающий реактивность настроения и как минимум два из следующих симптомов: гиперфагия, гиперсомния, свинцовый паралич, личностная сенситивность. АтД описана в рамках различных расстройств: рекуррентного депрессивного расстройства, биполярного аффективного расстройства, дистимии, циклотимии, психогенной депрессии.

Представлено клиническое наблюдение атипичного депрессивного синдрома в рамках биполярного аффективного расстройства 2-го типа у пациента 51 года. В части депрессивных эпизодов АтД сочеталась с герпетиформным дерматитом Дюринга, в других случаях — сопровождалась различными соматическими жалобами. Последний эпизод АтД возник на фоне пандемии COVID-19 и включал выраженные реактивные тревожно-фобические расстройства. Проведен подробный клинико-психопатологический анализ анамнестических данных, психического состояния и проводимой терапии, что наглядно отражает трудности дифференциальной диагностики АтД и назначения адекватного лечения.

Ключевые слова: атипичная депрессия; биполярное аффективное расстройство; реактивность настроения; гиперсомния; гиперфагия; свинцовый паралич; дерматит Дюринга; COVID-19; антидепрессанты.

Контакты: Нина Аркадьевна Тювина; natuvina@yandex.ru

Для ссылки: Вербицкая МС, Тювина НА, Кренкель ГЛ и др. Атипичная депрессия при биполярном аффективном расстройстве: клинический случай. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2020;12(6):144–150. DOI: 10.14412/2074-2711-2020-6-144-150

Atypical depression in bipolar affective disorder: a clinical case study

Verbitskaya M.S., Tyuvina N.A., Krenkel G.L., Efremova E.N., Stolyarova A.E.

Department of Psychiatry and Narcology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Ministry of Health of Russia, Moscow
11, Rossolimo St, Build. 9, Moscow 119021, Russia

Atypical depression (AtD) is contrasted with classical endogenous melancholic depression and is characterized by the presence of its uncharacteristic abnormalities, but the list of the latter varies from individual symptoms (increased appetite, weight gain, drowsiness, weakness, and anxiety) and their concurrence to syndromes accompanying depression (anxiety-phobic, obsessive-compulsive, panic attacks, derealization-depersonalization, hypochondriacal syndrome). In accordance with the DSM-5 diagnostic criteria, AtD is a symptom complex that includes mood reactivity and at least two of the following symptoms: hyperphagia, hypersomnia, lead-palsy, and personality sensitivity. AtD has been described within a variety of disorders: recurrent depressive disorder, bipolar affective disorder, dysthymia, cyclothymia, and psychogenic depression. The paper describes a clinical case of atypical depressive syndrome within the framework of type 2 bipolar disorder in a 51-year-old patient. AtD was concurrent with dermatitis herpetiformis (Dühring's disease) in some depressive episodes; it was accompanied by various somatic complaints in other cases. The latest episode of AtD occurred during the COVID-19 pandemic and included obvious reactive anxiety-phobic disorders. A detailed clinical and psychopathological analysis of history data, mental state, and ongoing therapy was carried out, which clearly reflects difficulties in the differential diagnosis of AtD and the use of adequate treatment.

Key words: atypical depression; bipolar affective disorder; mood reactivity; hypersomnia; hyperphagia; lead-palsy; Dühring's dermatitis; Covid-19; antidepressants.

Contact: Nina Arkadyevna Tyuvina; natuvina@yandex.ru

For reference: Verbitskaya MS, Tyuvina NA, Krenkel GL, et al. Atypical depression in bipolar affective disorder: a clinical case study. Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2020;12(6):144–150. DOI: 10.14412/2074-2711-2020-6-144-150

Атипичная депрессия (АтД) рассматривается как противопоставление классической эндогенной меланхолической депрессии и характеризуется наличием нехарактерных для нее нарушений, перечень которых варьирует от отдельных симптомов (повышенный аппетит и увеличение массы тела, сонливость, слабость, тревога) и их сочетаний до сопутствующих депрессии расстройств в виде тревожно-фобической, обсессивно-компульсивной, ипохондрической, дереализационно-деперсонализационной симптоматики, различных алгий и соматовегетативных проявлений [1]. Согласно критериям Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам 5-го издания (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition, DSM-5), облигатным диагностическим признаком АтД является реактивность настроения. В качестве дополнительных критериев необходимо наличие как минимум двух факультативных симптомов из числа следующих: повышенный аппетит (гиперфагия) и/или увеличение массы тела, гиперсомния, выраженная усталость, слабость, сопровождающаяся тяжестью в руках и ногах («свинцовый паралич»), и повышенная чувствительность к происходящим событиям и межличностному общению [2].

В отечественной психиатрии понятие атипичной депрессии не имеет четких диагностических критериев: к ней относят широкий круг депрессивных состояний, включающих апатическую, адинамическую, астеническую, анестетическую, тревожную, ипохондрическую, самоистязающую, истерическую депрессию [3–5].

АтД широко распространена в рамках таких нозологий, как биполярное аффективное расстройство (БАР), циклотимия, рекуррентное депрессивное расстройство (РДР), дистимия, расстройства личности пограничного типа, а также психогенные заболевания [6].

Высокая распространенность в сочетании с размытостью диагностических критериев приводит к диагностическим и терапевтическим сложностям и диктует необходимость четкой клинической дифференцировки состояний, которые могут рассматриваться в качестве АтД [7, 8].

Приведенный ниже разбор клинического случая иллюстрирует психопатологические особенности АтД и трудности в подборе адекватной терапии.

Пациент А., 51 года. Наследственность (со слов пациента): из родственников к психиатру никто не обращался. Мать по характеру добрая, мягкая, «тихая, незаметная». Отец всегда отличался «тяжелым характером», был упрямым, несговорчивым, требовательным. Младший брат (разница в возрасте 8 лет) по характеру жесткий, прямолинейный, бескомпромиссный.

Родился от первой беременности, протекавшей с легким токсикозом, роды в срок без патологии. Рос и развивался в соответствии с возрастными нормами. Ходил в детский сад. Был послушным, исполнительным, «воспитатели всегда хвалили». В школу пошел в 7 лет. Адаптировался легко. В начальной школе учился на 4 и 5, из предметов нравилась математика. По характеру был спокойным, застенчивым, ответственным, к лидерству не стремился. Много читал, любил рисовать, лепить фигурки из пластилина. В подростковом возрасте стал общаться со старшими ре-

бятами, много времени проводили на улице. Ухудшилась успеваемость. В 7-м классе (14 лет) в компании друзей, чтобы «быть как все, не отставать от старших», выпил полбутылки портвейна, потерял сознание, был госпитализирован бригадой скорой медицинской помощи. Несколько дней провел в больнице, уверен, что «была остановка сердца». После этого алкоголь не употреблял, «напрочь отбило желание». После 8-го класса ходил на подготовительные занятия при химическом техникуме, так как нравилась химия, но по настоянию матери поступил в другой техникум по специальности «слесарь механосборочных работ». В коллективе адаптировался легко, отношения со сверстниками были дружеские, учился хорошо, с интересом. С удовольствием ходил на практику на оборонный завод. Был исполнительным и ответственным.

В возрасте 16 лет, на втором году обучения в техникуме, появились высыпания на коже — «волдыри по всему телу, кожа слезала, присоединилась инфекция, очень было плохо». Обратился к врачу, был поставлен диагноз: «герпетический дерматит Дюринга тяжелого течения». В это время впервые снизилось настроение, чувствовал вялость, не хотелось ничего делать. Нарушился ночной сон, появилась дневная сонливость. Лечился по поводу дерматита стационарно на протяжении 3 мес, получал в том числе терапию преднизолоном. Вместе с исчезновением симптомов дерматита улучшилось настроение, нормализовался сон. Вернулся к прежнему уровню активности. Возобновил обучение в техникуме.

После окончания учебы работал по специальности на заводе. В коллективе отношения были хорошие, чувствовал, что его ценят. Встречался с девушкой с работы, на которой вскоре женился. От брака родилось двое детей. Отношения в семье были хорошие, конфликты возникали редко. Отработал на заводе несколько лет, после чего уволился. В дальнейшем занимался продажей ковров, радиодеталей. Много работал, чтобы обеспечить семью. Чувствовал себя хорошо, настроение было ровным.

В возрасте 30 лет случилось обострение дерматита, от которого непрерывно лечился в течение трех последующих лет различными средствами, в том числе дапсоном в условиях стационара с некоторым улучшением. Вновь нарушился ночной сон, днем был сонлив, снизилось настроение, стал бездеятельным, не работал, ничего не хотелось делать. Поправился за этот период на 20 кг, хотя гормональных препаратов не принимал. Постоянно думал о болезни, «почему это опять произошло», ничем не интересовался, ничто не приносило прежней радости, играл дома в компьютерные игры. Редко выходил из дома, так как «боялся, что с кожей станет хуже». Уехал жить на дачу, где в течение 3 мес произошла спонтанная редукция проявлений дерматита. Вместе с этим выровнялось настроение, нормализовались ночной сон и аппетит. Стал активным, «начал испытывать радость жизни», нашел новую работу, много времени проводил вне дома. Со слов больного, «тогда был расцвет всех начинаний, было много сил и энергии, казалось, что могу горы свернуть», все успевал, строил множество планов, во всем добивался успеха. Заводил немало знакомств, преимущественно с женщинами, в том числе и виртуальных. Поехал в другой город, чтобы встретиться с одной из таких знакомых, завел с ней отношения, однако через некоторое время рассказал об этом жене: «не хотел обманывать, было стыдно», после че-

го «отношения с женой были испорчены». Стал встречаться с замужней родственницей своей жены, вскоре оставил супругу и начал сожительствовать с этой женщиной, воспитывал племянницу как родную дочь.

Со своей первой женой официально не разводился, проживал с ней в будни (жена обеспечивала быт, при этом не общались, не разговаривали и старались не видеться, изредка были сексуальные контакты), выходные проводил на даче с новой семьей. Всех материально обеспечивал. Много работал, искал подработки: «требовалось много денег, чтобы всех детей поставить на ноги». Устроился к брату в фирму по интернет-продаже радиодеталей. С 33 до 44 лет один-два раза в год отмечались состояния повышенной активности длительностью около 2 мес, которые сменялись ровным настроением.

В возрасте 44 лет снова появились зудящие высыпания на коже лица. По собственной инициативе начал лечение противогрибковым препаратом дапсон (этот препарат помогал и ранее, когда проходил курс лечения в стационаре) в сочетании с преднизолоном, самостоятельно повысил дозировку, принимал схему дольше положенного. Кожные проявления исчезли, однако у больного появились онихомизис, частичная алопеция, онемение ладоней и стоп, неприятные ощущения типа «болезненных мурашек» в конечностях, пластинчатое тотальное шелушение кожи. Проконсультировался у дерматолога, тот указал больному на недопустимость самостоятельного лечения подобными препаратами и превышения дозировки, и препарат был отменен. По рекомендации врача начал соблюдать безглютеновую диету. Похудел на 10 кг, питался йогуртом, не чаще двух раз в день, постоянно испытывал чувство голода. Свое настроение в тот период характеризует как «нормальное», нарушений сна не было, был доволен своей активностью и тем, что удалось похудеть.

В возрасте 46 лет в условиях жары и значительной физической нагрузки впервые случился эпизод потери сознания, который больной называет «комой»: «потемнело в глазах, выступил холодный пот, появился звон в ушах, руки и ноги стали ватными», «когда пришел в себя — не мог пошевелиться», «был обездвижен» до приезда врачей скорой помощи, которые диагностировали гипогликемию (глюкоза — 1,8 ммоль/л). После внутривенного введения глюкозы больной почувствовал себя лучше. Госпитализирован не был. Подобные эпизоды повторялись еще дважды. Испугался, тщательно и многократно обследовался. Была рекомендована отмена безглютеновой диеты, никакой соматической патологии не обнаружено. В этот период также снизилось настроение, появилось постоянное чувство тревоги, возникли головные боли, бессонница и шум в ушах. Боялся повторного возникновения состояния гипогликемии, в связи с чем приобрел глюкометр и часто измерял сахар крови, буквально «через каждые пятнадцать минут», «пальцы были все синие и исколотые». После очередного измерения уровня сахара тревога несколько уменьшалась, успокаивался и мог заниматься повседневными делами, затем тревога возникала вновь.

Продолжал попытки выяснить причину своего состояния, постоянно искал информацию в интернете. Переписывался с известным профессором эндокринологии, которая высказала предположение о гиперинсулинизме. Стал плохо спать, был подавлен, тревожен, появились неотступные

мысли о «плохом» диагнозе, боялся, что гиперинсулинизм обусловлен опухолью. Временами не мог усидеть на месте, ощущал холодный пот на лбу и конечностях, испытывал страх смерти, «сердце колотилось как бешеное и трудно было вдохнуть». В такие моменты ходил по комнате, просил близких посидеть с ним, однажды вызвал скорую помощь, когда тахикардия сопровождалась сжимающими болями за грудиной.

В 47 лет настоял на госпитализации в хирургический стационар для исключения инсулиномы, диагноз не подтвердился. Затем обратился в клинику РЖД для прохождения полного обследования. Была диагностирована язва двенадцатиперстной кишки вне обострения, рекомендована диета. Настроение оставалось сниженным, испытывал слабость, беспокоила головная боль, пропали интересы, перестал читать книги, смотреть телевизор, снизилась работоспособность, через некоторое время перестал справляться с рабочими обязанностями, «взял бессрочный отпуск». Прошел обследование в клинике в Израиле, соматической патологии выявлено не было, рекомендована консультация психиатра. В Израиле по рекомендации врачей прошел курс лечения стволовыми клетками, без эффекта. Сохранились сниженное настроение, тревога, плохой сон, отсутствие аппетита. По рекомендации знакомого врача поступил в психиатрический стационар, где, со слов больного, был поставлен диагноз «депрессивное расстройство». Проводились лечение флуоксетином, рациональная психотерапия. Пробыл в клинике 2 мес, состояние улучшилось, нормализовались настроение, ночной сон, стал активнее, смог вернуться к работе. После выписки принимал назначенную терапию, однако через некоторое время отметил, что действие препарата как будто слабее, «прорывается депрессия». В течение года в связи с ухудшением состояния неоднократно госпитализировался в тот же стационар. Назначались рисперидон, сульпирид, тиоридазин, флувоксамин без заметного эффекта или с кратковременным улучшением. При приеме кломипрамина отмечался стойкий положительный эффект — улучшилось настроение, нормализовался ночной сон, не беспокоили головная боль и шум в ушах, заметно уменьшилась тревога, исчезли мысли о том, что «неизлечимо болен», смог работать, заниматься повседневными делами. Чувствовал себя хорошо около года, лекарств не принимал.

В возрасте 49 лет отметил значительное ухудшение состояния: нарушился сон, вновь актуализировались тревожные мысли о здоровье, возобновилась головная боль, присоединились звон в ушах и онемение ног. Жаловался на общую слабость, потливость, связывал это с приемом кломипрамина, как и увеличение массы тела и половую дисфункцию. Кроме того, беспокоила «анестезия чувств и эмоций», описывал, что «он не понимает, голоден или нет, жарко ему или холодно; не было ощущения сна, не чувствовал вкуса еды», «все чувства как под заморозкой». Впервые был госпитализирован в 1-е общепсихиатрическое отделение Клиники психиатрии имени С.С. Корсакова. Получал лечение дулоксетином, без заметного эффекта, затем, после назначения имипрамина внутривенно, отмечалась заметная положительная динамика: улучшилось настроение, нормализовался аппетит, больной стал активнее, общительнее, строил множество планов, перестали беспокоить разнообразные боли, «чувствовал себя полным сил — как в молодом

сти». На этом фоне нарушился сон, отмечалась инверсия аффекта, в связи с чем была откорректирована схема психофармакотерапии: был отменен имипрамин и назначена вальпроевая кислота в дозе 600 мг/сут. Настроение стабилизировалось, стало ровнее, нормализовался ночной сон, стал более спокойным и упорядоченным. Был выписан с улучшением. Дома принимал поддерживающую терапию препаратом вальпроевой кислоты в той же дозе, первое время чувствовал себя хорошо, работал, справлялся с повседневными делами.

Через несколько месяцев без видимой причины ухудшилось настроение, «с утра не хотелось вставать и начинать новый день», возобновились ощущения тяжести в руках и ногах, звон в ушах, слабость, вялость, сильная сонливость, снизилась работоспособность. Вернулись мысли о том, что страдает каким-то тяжелым заболеванием, от которого возникает депрессия и общая разбитость. Вспоминал в деталях период, когда «впадал в комы», пришел к убеждению, что «скорее всего, причина плохого самочувствия именно в этом: тогда от гипоксии повредилась нервная система и продолжают последствия». Усилилась тревога, подолгу не мог уснуть. Увидел по телевизору рекламу популярного экстрасенса и обратился к ней за помощью; она посоветовала лечиться у психиатров и принимать лекарства. Также по совету жены посещал гомеопата и остеопата — ничего не помогало. В дальнейшем повторно госпитализировался в нашу клинику. В результате лечения состояние улучшилось; несмотря на это, не хотел выписываться, считал, что «в больнице ему лучше всего», «тут спокойнее — рядом врачи, если что вдруг случится». Был выписан с улучшением. Регулярно принимал поддерживающую терапию (миртазапин 30 мг, перфеназин 16 мг, вальпроевая кислота 300 мг в сутки). В течение лета и осени чувствовал себя «идеально», отмечал «как никогда высокую работоспособность», хорошее настроение. Занимался спортом, помогал жене по дому, совершал длительные пешие прогулки. Строил множество планов, воплощал их в жизнь: например, внес предложение по оптимизации работы фирмы, занимался реализацией этого и других проектов, заключал успешные сделки. Отметил, что «на сон нужно меньше времени», но несмотря на это «чувствовал себя отдохнувшим, выспавшимся».

В возрасте 50 лет, несмотря на постоянный прием лекарств, постепенно ощутил, что состояние ухудшается: «настроение пропало», «просыпался рано и подолгу лежал, ночной сон был поверхностный, а днем постоянно хотелось спать», снизилась работоспособность. Возобновились головные боли, звон в ушах, слабость, дискомфорт. Появились мысли, что «опять все вернулось», он «никогда не вылечится», все время испытывал потребность в еде. Поправился на 7 кг. Был госпитализирован в клинику. При поступлении просил «вернуть состояние, как было летом». Жаловался на апатию, вялость, «отсутствие радости в жизни», неприятные ощущения в руках и ногах («как будто к рукам и ногам привязали по мешку картошки»), звон в ушах, боль в суставах, головную боль и пр. К существующей терапии был добавлен кломипрамин, состояние улучшилось, однако больной жаловался на «проблемы в сексуальной сфере» в связи с препаратом, отмечал, что «так бывало и раньше». Был проведен лекарственный обрыв, после которого назначен миртазапин в сочетании с пипофезином. Состояние улучши-

лось, все симптомы редуцировались, и больной был выписан на поддерживающей терапии теми же препаратами с добавлением вальпроевой кислоты (300 мг/сут). Настроение было достаточно ровным, продолжал работать, жалоб не предъявлял.

Настоящее ухудшение — с марта 2020 г., когда на фоне пандемии COVID-19 снизилось настроение, постоянно была сильная тревога, боялся заражения вирусом, «поддался всеобщей панике», начал скупать в магазинах продукты и предметы первой необходимости, предостерегал семью и знакомых от посещения мест большого скопления людей. Даже дома чувствовал себя беспокойно, постоянно дезинфицировал поверхности. В работе снизилась продуктивность (был переведен на удаленный доступ). Усилился аппетит, «заедал стресс», прибавил в весе 10 кг за 2 мес. Периодически тревога сменялась апатией и сонливостью, практически постоянно отмечал тяжесть в руках и ногах. Пробовал самостоятельно возобновить лекарственную терапию, без положительного эффекта. Затем перестал выходить из дома, опасаясь заразиться вирусом. По собственной инициативе обратился в клинику, был консультирован и госпитализирован в 1-е общепсихиатрическое отделение.

Соматический статус: герпетиформный дерматит Дюринга, язвенная болезнь желудка в ремиссии, в остальном без патологии.

Лабораторные показатели — в пределах нормы.

В неврологическом статусе не выявлено нарушений.

ЭЭГ: патологических форм биоэлектрической активности головного мозга в покое и при функциональных нагрузках не обнаружено.

Психический статус при поступлении: больной охотно соглашается на беседу. Во время беседы с лица не сходит однообразная улыбка. Мимика практически не меняется. Голос тихий, невыразительный. Предъявляет жалобы на вялость, апатию, снижение настроения, работоспособности, поверхностный ночной сон с ранними пробуждениями, сильную дневную сонливость, головную боль, звон в ушах. Говорит, что «это бывало и раньше, а теперь к ощущению металлической тяжести в конечностях добавилось еще и онемение». Рассказывает, что «ничего не хочется, ни работать, ни общаться», «большую часть времени лежу пластом». Сам связывает ухудшение состояния с тем, что из-за пандемии «в работе оказалось затишье», «вот и заскучал». Настроение несколько снижено, тревожен. Аппетит повышен. Обеспокоен своим состоянием, ищет помощи у врачей. Обманы восприятия и суицидальные мысли отрицает. Говорит, что «хотел бы такое же состояние, как летом», когда чувствовал себя полным сил, «как в молодости». Согласен на госпитализацию.

Обсуждение

В настоящее время психическое состояние больного определяется атипичным депрессивным синдромом с ипохондрической фиксацией на своем состоянии.

Начало заболевания следует отнести к возрасту 16 лет, когда впервые на фоне манифестировавшего кожного заболевания (дерматит Дюринга) развился депрессивный синдром с наличием апатического и тоскливого компонентов, длившийся 3 мес и разрешившийся по мере редукации проявлений дерматита без применения психотропной терапии.

По данным литературы, у лиц, страдающих АтД, в преморбиде часто встречается циклотимный темперамент, который, предположительно, является диатезом не только для АтД, но и для БАР, тревожных расстройств и пограничного расстройства личности [9, 10].

У нашего пациента не отмечалось заметных колебаний настроения в преморбиде, приходящемся на детский возраст, однако заболевание началось в пубертате, когда обычно и возникают аффективные нарушения. После первого депрессивного приступа и в дальнейшем стали отмечаться гипоманиакальные эпизоды, развивающиеся как спонтанно, вслед за редукцией проявлений дерматита и сопутствующей депрессии, так и в результате инверсии аффекта при лечении антидепрессантами, и в депрессивные фазы. Депрессивный симптомокомплекс, широко выходящий за рамки классической депрессивной триады, включал ряд дополнительных признаков: реактивность настроения, гиперсомнию, гиперфагию, тревогу, тяжесть в руках и ногах («свинцовый паралич»), различные алгии и соматовегетативные проявления, дереализационно-деперсонализационные явления, фобические нарушения, ипохондрические включения в виде беспокойства за свое здоровье, проверяющего поведения, имеющего целью исключить возможность соматического заболевания. Это дает основание говорить об атипичной структуре депрессивных эпизодов, что подтверждается клиническими исследованиями отечественных авторов [3, 10–12] и соответствует критериям DCM-5 [2].

Ипохондрические проявления в виде тревожных опасений за свое здоровье, мыслей о неизлечимом заболевании тесно связаны с соматическим комплексом депрессии и полностью редуцируются по мере окончания депрессивной фазы, не получая развития вне ее, что говорит против ипохондрического развития личности в пользу циклосомии [13–15].

Атипичный депрессивный синдром может быть представлен различными «масками» в виде алгий, атопических дерматитов, псевдоаллергических кожных проявлений, гиперестезий, парестезий, псевдопсориаза, кожного зуда [16, 17]. В ряде исследований отмечалось важное диагностическое значение астенической симптоматики в структуре АтД, если эти проявления носят более выраженный характер, чем при классической депрессии, перемежаясь с другими симптомами АтД [18, 19], как и в данном клиническом наблюдении.

В нашем случае также отмечается сочетание депрессии и кожного заболевания (дерматит Дюринга). В периоды улучшения как стабилизировалось психическое состояние, так и исчезали соматические симптомы. Больной продолжал работать, возвращался к прежним увлечениям и общению, что свидетельствует о формировании качественной интермиссии.

Наличие гипоманиакальных эпизодов, не требующих терапевтического вмешательства, свидетельствует в пользу БАР 2-го типа [4, 12, 20].

Особенностью данного случая является то, что начало заболевания и большая часть депрессивных приступов были тесно связаны с обострением дерматита Дюринга либо с появлением различных соматических симптомов и соответствующей ипохондрической реакцией на них. Последний приступ был спровоцирован эпидеми-

ей COVID-19 и сопровождался выраженными тревожно-фобическими нарушениями. Соответственно подъемы наблюдались на фоне относительного соматического благополучия. Эти данные подтверждаются в других исследованиях, свидетельствующих о том, что симптомы АтД могут появляться на фоне стресса; это может быть расценено как значимый реактивный компонент в генезе АтД [21].

Таким образом, речь идет о фазовом течении аффективного заболевания с одновременными циклическими обострениями соматического состояния, что некоторые авторы обозначают термином «циклосомия» [13–15].

На основании вышесказанного можно поставить диагноз: «F31.31. Биполярное аффективное расстройство 2-го типа. Текущий эпизод умеренной степени тяжести. Атипичный депрессивный синдром».

АтД встречается чаще, чем привыкли думать многие врачи-клиницисты. Результаты эпидемиологических исследований с использованием критериев DSM-5 свидетельствуют о том, что 15–29% пациентов с депрессией имеют АтД; по данным клинических исследований, распространенность АтД составляет 18–36% [22]. Тем не менее АтД не всегда своевременно диагностируется, часто пациенты наблюдаются и получают лечение по поводу различных соматических заболеваний вместо терапии депрессии. Это способствует хронификации заболевания и ухудшает прогноз. В МКБ-10 АтД относится сразу к нескольким рубрикам и не имеет четко очерченных критериев, в отличие от DCM-5, где АтД отнесена в конкретную рубрику и имеет определенные диагностические рамки [2, 4, 23].

Различные точки зрения, предполагающие клиническое разнообразие проявлений АтД, затрудняют понимание не только данного термина, но и ее генеза.

В связи с различной нозологической принадлежностью АтД могут возникать сложности в подборе как купирующей, так и поддерживающей терапии. В данном наблюдении, несмотря на атипичный характер депрессии, наиболее эффективными в лечении оказались трициклические антидепрессанты, т. е. препараты с широким спектром действия, на что также указывают некоторые авторы [24–26]. Для поддерживающей терапии наиболее эффективным оказался препарат вальпроевой кислоты, что подтверждается и в других исследованиях [27]. Успешное применение перфеназина в малых дозах в комплексной терапии АтД было обусловлено не только его седативным эффектом, но и противозудным и вегетативно-стабилизирующим действием.

Таким образом, наше наблюдение демонстрирует определенные трудности диагностики АтД в связи как с наличием атипичных симптомов самой депрессии (реактивность настроения, повышение аппетита и массы тела, дневная сонливость, «свинцовый паралич»), так и с присоединением к депрессивному синдрому других нарушений (фобических, панических атак, навязчивостей, ипохондрических) и коморбидного с депрессией дерматита Дюринга. Анализ клинического случая показывает, что помимо диагностики АтД необходимо определить ее генез, нозологическую принадлежность для назначения адекватной купирующей и поддерживающей терапии.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Тиганов АС, редактор. Руководство по психиатрии. Том 1. Москва: Медицина; 1999. 712 с.
[Tiganov AS, editor. *Rukovodstvo po psikiatrii* [Guide to psychiatry]. Vol. 1. Moscow: Meditsina; 1999. 712 p. (In Russ.)].
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
3. Мосолов СН. Атипичные депрессии. *Медицина для всех*. 1997;2(4):19-21.
[Mosolov SN. Atypical depressions. *Meditsina dlya vseh*. 1997;2(4):19-21 (In Russ.)].
4. Аведисова АС, Марачев МП. Клиническая типология атипичной депрессии при биполярном и монополярном аффективном расстройстве. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2012;112(3):18-24.
[Avedisova AS, Marachev MP. Clinical typology of atypical depression and its relation to bipolar disorder. *Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2012;112(3):18-24 (In Russ.)].
5. Хлебникова ЛЮ. Клиническая характеристика атипичных (маскированных) депрессивных расстройств у больных в общей медицинской практике: Дис. ... канд. мед. наук. Москва; 2004. С. 4-25.
[Hlebnikova LY. *Klinicheskaya kharakteristika atipichnykh (maskirovannykh) depressivnykh rasstroystv u bol'nykh v obshchey meditsinskoy praktike*: Dis. ... kand. med. nauk [Clinical characteristics of atypical (masked) depressive disorders in patients in general medical practice. Diss. ... Cand. Med. Sci.]. Moscow; 2004. P. 4-25 (In Russ.)].
6. Buzuk G, Lojko D, Owecki M, et al. Depression with atypical features in various kinds of affective disorders. *Psychiatr Pol*. 2016;50(4):827-38. doi: 10.12740/PP/44680
7. Симуткин ГГ, Шепенев АМ. Атипичная депрессия (литературный обзор). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2007;(1):72-7.
[Simutkin GG, Shepenev AM. Atypical depression (literature review). *Sibirskii meditsinskii zhurnal*. 2007;(1):72-7 (In Russ.)].
8. Perugi G, Toni C, Traverso MC, Akiskal HS. The role of cyclothymia in atypical depression: toward a data-based reconceptualization of the borderline-bipolar II connection. *J Affect Disord*. 2003 Jan;73(1-2):87-98. doi: 10.1016/s0165-0327(02)00329-4
9. Seemüller F, Riedela M, Wickelmaier F, et al. Atypical symptoms in hospitalised patients with major depressive episode: frequency, clinical characteristics, and internal validity. *J Affect Disord*. 2008 Jun;108(3):271-8. doi: 10.1016/j.jad.2007.10.025. Epub 2007 Dec 31.
10. Смуглевич АБ. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей. Москва: МИА; 2007. 256 с.
[Smulevich AB. *Depressii v obshchei meditsine: Rukovodstvo dlya vrachei* [Depression in General medicine: a guide for doctors]. Moscow: MIA; 2007. 256 p. (In Russ.)].
11. Иванец НН, Тартынский КМ, Кренкель ГЛ, Прохорова СВ. Клинико-психопатологические особенности депрессий с паническими атаками. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2017;9(3):18-23. doi: 10.14412/2074-2711-2017-3-18-23
[Ivanets NN, Tartynsky KM, Krenkel GL, Prokhorova SV. Clinical and psychopathological features of depressions with panic attacks. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2017;9(3):18-23. doi: 10.14412/2074-2711-2017-3-18-23 (In Russ.)].
12. Тювина НА, Коробкова ИГ. Сравнительная характеристика клинических особенностей депрессии при биполярном аффективном расстройстве I и II типа. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2016;8(1):22-8. doi: 10.14412/2074-2711-2016-1-22-28
[Tyuvina NA, Korobkova IG. Comparative clinical characteristics of depression in bipolar affective disorders types I and II. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2016;8(1):22-8. doi: 10.14412/2074-2711-2016-1-22-28 (In Russ.)].
13. Невзорова ТА, Дробизhev ЮЗ. Соматический эквивалент циркулярного психоза и циклотимии. *Советская медицина*. 1962;(12):45-9.
[Nevzorova TA, Drobizhev YuZ. Somatic equivalent of circular psychosis and cyclothymia. *Sovetskaya meditsina*. 1962;(12):45-9 (In Russ.)].
14. Краснушкин ЕК. О некоторых отношениях между душевными и соматическими болезнями (избранные труды). Москва; 1960. С. 427-45.
[Krasnushkin EK. *O nekotorykh otnosheniyakh mezhdru dushevnyimi i somaticheskimi boleznyami (izbrannye trudy)* [To the relationships between mental and physical illness (selected works)]. Moscow; 1960. P. 427-45 (In Russ.)].
15. Плетнев ДД. К вопросу о «соматической» циклотимии. В кн.: Бородин ВИ, Тополянский ВД, ред.; Палеев НР, отв. ред. Плетнев ДД. Избранное. Москва: Медицина; 1989. С. 73-6.
[Pletnev DD. On the question of «somatic» cyclothymia. In: Borodulin VI, Topolyanskiy VD, eds; Paleyev NR, executive ed. Pletnev DD. *Izbrannoe* [Favorites]. Moscow: Meditsina; 1989. P. 73-6 (In Russ.)].
16. Дрынов ГИ, Ульянова НФ, Тювина НА. Место врача в системном подходе к рациональной фармакотерапии. *Медицинская помощь*. 2008;(3):3-6.
[Drynov GI, Ulyanova NF, Tyuvina NA. A physician's place in the systemic approach to efficient pharmacotherapy. *Meditsinskaya pomoshch'*. 2008;(3):3-6 (In Russ.)].
17. Korte SM, Prins J, Krajnc AM, et al. The many different faces of major depression: it is time for personalized medicine. *Eur J Pharmacol*. 2015 Apr 15;753:88-104. doi: 10.1016/j.ejphar.2014.11.045. Epub 2015 Jan 12.
18. Соколовская ЛВ. Астенция — типология, динамика (пограничные состояния и эндогенные заболевания): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва; 1991. 17 с.
[Sokolovskaya LV. *Asteniya — tipologiya, dinamika, pogranichnyye sostoyaniya i endogennyye zabolevaniya*. Avtoref. diss. ... kand. med. nauk [Asthenia — typology, dynamics (borderline states and endogenous diseases): Author's abstract. Dis. ... Cand. Med. Sci.]. Moscow; 1991. 17 p. (In Russ.)].
19. Зеленина ЕВ. Соматовегетативный симптомокомплекс в структуре депрессий (типология, клиника, терапия): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва; 1997. 23 с.
[Zelenina YeV. *Somatovegetativnyy simptomokompleks v strukture depressii (tipologiya, klinika, terapiya)*: Avtoref. diss. ... kand. med. nauk [Somatovegetative symptom complex in the structure of depression (typology, clinic, therapy): Author's abstract. Dis. ... Cand. Med. Sci.]. Moscow; 1997. 23 p. (In Russ.)].
20. Akiskal HS, Benazzi F. Atypical depression: a variant of bipolar II or a bridge between unipolar and bipolar II? *J Affect Disord*. 2005 Feb;84(2-3):209-17. doi: 10.1016/j.jad.2004.05.004
21. Farabaugh AH, Mischoulon D, Fava M, et al. The potential relationship between levels of perceived stress and subtypes of major depressive disorder (MDD). *Acta Psychiatrica Scand*. 2004 Dec;110(6):465-70. doi: 10.1111/j.1600-0447.2004.00377.x
22. Lojko D, Rybakowski JK. Atypical depression: current perspectives. *Neuropsychiatry Dis Treat*. 2017 Sep 20;13:2447-56. doi: 10.2147/NDT.S147317. eCollection 2017.
23. МКБ-10. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-й пересмотр. Женева, ВОЗ. Москва: Медицина; 1995. Т. 1. С. 338, 342-54.
[МКБ-10. *Mezhdunarodnaya statisticheskaya klassifikatsiya boleznei i problem, svyazannykh so zdorov'em, 10-y peresmotr*. Zheneva, VOZ [ICD-10. International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision. Geneva, WHO]. Moscow: Meditsina; 1995. Vol. 1. P. 338, 342-54 (In Russ.)].
24. Arnov BA, Blasey C, Williams LM, et al. Depression subtypes in predicting antidepressant response: a report from the iSPOT-D trial. *Am J Psychiatry*. 2015 Aug 1;172(8):743-50. doi: 10.1176/appi.ajp.2015.14020181. Epub 2015 Mar 27.
25. Stahl SM. Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications. 4th ed. New York: Cambridge University Press; 2013. P. 55-73.

26. Stewart JW, Thase ME. Treating DSM-IV depression with atypical features. *J Clin Psychiatry*. 2007 Apr;68(4):e10. doi: 10.4088/jcp.0407e10

27. Frye MA, Prieto ML, Bobo WV, et al. Current landscape, unmet needs, and future directions for treatment of bipolar

depression. *J Affect Disord*. 2014 Dec;169 Suppl 1:S17-23. doi: 10.1016/S0165-0327(14)70005-9

Поступила/отрецензирована/принята к печати
Received/Reviewed/Accepted
15.09.2020/1.11.2020/4.11.2020

Заявление о конфликте интересов/Conflict of Interest Statement

Исследование не имело спонсорской поддержки. Конфликт интересов отсутствует. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.

The investigation has not been sponsored. There are no conflicts of interest. The authors are solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. All the authors have participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by all the authors.

Тювина Н.А. <https://orcid.org/0000-0002-5202-1407>
Кренкель Г.Л. <https://orcid.org/0000-0002-5212-9709>
Ефремова Е.Н. <https://orcid.org/0000-0002-5394-2646>
Вербицкая М.С. <https://orcid.org/0000-0002-7394-8623>
Столярова А.Е. <https://orcid.org/0000-0001-9611-0762>