

Трудности диагностики депрессии в соматической и неврологической практике: клиническое наблюдение



Тювина Н.А., Максимова Т.Н., Прохорова С.В., Камелина Е.А.

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

Депрессия довольно часто развивается на фоне соматической и неврологической патологии, но взаимосвязь и взаимовлияние этих расстройств могут быть разными. Депрессия может возникать по экзогенно-органическому типу в рамках соматических и неврологических заболеваний; может представлять собой нозогенную реакцию на болезнь. У соматических и неврологических больных коморбидно может наблюдаться эндогенная депрессия как депрессивный эпизод рекуррентного депрессивного расстройства, биполярного аффективного расстройства. Однако соматические жалобы, предъявляемые пациентами, часто маскируют психопатологическую картину депрессии и затрудняют ее диагностику. В свою очередь, депрессия может запускать или усугублять соматическую патологию по психосоматическим механизмам, что имеет большое значение для оказания помощи таким больным. В качестве иллюстрации вышесказанного приводим клиническое наблюдение, в котором у пациента, имеющего в анамнезе две черепно-мозговые травмы с последующим стационарным лечением, длительное злоупотребление алкоголем, гепатиты В и С, сопровождающиеся проведением противовирусной терапии, диагностировано рекуррентное депрессивное расстройство (текущий эпизод — депрессивно-ипохондрический). Обсуждаются трудности диагностики депрессии, этиопатогенетические и терапевтические аспекты.

Ключевые слова: депрессия; маскированная депрессия; соматизированная депрессия; ипохондрическая депрессия.

Контакты: Нина Аркадьевна Тювина; natuvina@yandex.ru

Для ссылки: Тювина НА, Максимова ТН, Прохорова СВ, Камелина ЕА. Трудности диагностики депрессии в соматической и неврологической практике: клиническое наблюдение. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2024;16(4):61–67. DOI: 10.14412/2074-2711-2024-4-61-67

Difficulties in the diagnosis of depression in somatic and neurological practice: clinical observation

Tyuvina N.A., Maximova T.N., Prokhorova S.V., Kamelina E.A.

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

Depression often develops on a background of somatic and neurological conditions, but the relationship and mutual influence of these disorders can be different. Depression can be exogenous-organic in the context of somatic and neurological diseases; it can be a nosogenic reaction to the disease. In somatic and neurological patients, endogenous depression can be observed as a comorbid depressive episode of a recurrent depressive disorder or a bipolar affective disorder. However, patients' somatic complaints often mask the psychopathological picture of the depression and make its diagnosis more difficult. Conversely, depression can trigger or aggravate somatic condition via psychosomatic mechanisms, which is of great importance for the care providers of these patients. To illustrate the above, we present a clinical observation in which a patient with a history of two traumatic brain injuries with subsequent hospitalizations, long-term alcohol abuse, hepatitis B and C, accompanied by antiviral therapy, was diagnosed with recurrent depressive disorder (current episode — depressive hypochondriacal). Difficulties in the diagnosis of depression, aetiopathogenetic and therapeutic aspects are discussed.

Keywords: depression; masked depression; somatized depression; hypochondriacal depression.

Contact: Nina Arkadyevna Tyuvina; natuvina@yandex.ru

For reference: Tyuvina NA, Maximova TN, Prokhorova SV, Kamelina EA. Difficulties in the diagnosis of depression in somatic and neurological practice: clinical observation. Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2024;16(4):61–67. DOI: 10.14412/2074-2711-2024-4-61-67

Депрессия — полиэтиологическое заболевание, часто протекающее на фоне неврологической и соматической патологии. Депрессия и неврологические и/или соматические заболевания могут быть связаны различными видами взаи-

модействия и взаимовлияния. Несмотря на довольно четкие критерии определения депрессии, в таких случаях ее диагностика может быть значительно затруднена не только в неврологической и соматической, но и в психиатрической

практике. Задачей любого врача, сталкивающегося с сочетанием соматических, неврологических и психических расстройств, является определение соотношения соматической и психической патологии, генеза депрессивных нарушений и выбор адекватной тактики лечения [1–3].

Депрессивные симптомы, выявленные у пациентов, предъявляющих преимущественно жалобы соматического характера и считающих соматическую (неврологическую) патологию главной причиной своего плохого самочувствия, могут иметь различное происхождение. В частности, пациенты, страдающие депрессией в рамках различных психических расстройств (рекуррентная депрессия, биполярное аффективное расстройство, психогенные депрессии), могут обращаться за помощью к врачам-интернистам по поводу различных соматических заболеваний. При этом депрессия, особенно возникшая психогенно или спровоцированная стрессом, может запустить или усугубить соматическую патологию по психосоматическим механизмам [4–7]. На развитие психосоматических заболеваний, согласно современным концепциям, влияют: генетическая предрасположенность к соматическим заболеваниям, личностные особенности, индивидуальная реакция на трудные жизненные ситуации, уровень стрессоустойчивости и адаптационных возможностей организма. При этом задействованы как психологические, так и нейровисцеральные механизмы трансформации психического в соматическое [2, 4, 6–10].

Депрессии при соматических и неврологических заболеваниях могут возникать либо в рамках экзогенно-органических расстройств, либо по типу нозогенной реакции. В первом случае задействован биологический механизм: органическое поражение головного мозга (сердечно-сосудистая патология, черепно-мозговые травмы, инфекции, дегенеративные заболевания, тяжелые метаболические нарушения при соматических заболеваниях и т. д.) является причиной нервно-психических нарушений, в том числе аффективного круга. Во втором случае соматическое заболевание и связанные с ним обстоятельства выступают как психогенный фактор, а депрессия является реакцией личности на психотравмирующую ситуацию, связанную не только с угрозой, которую болезнь несет жизни пациента, но и с изменением образа и качества жизни, социального функционирования [5, 6, 11].

Депрессии часто наблюдаются в структуре соматоформных расстройств наряду с тревожными, фобическими, конверсионными, ипохондрическими нарушениями. При соматоформных расстройствах пациенты предъявляют преимущественно жалобы соматического характера при отсутствии органной патологии. Настойчивое прохождение пациентом повторных медицинских обследований часто не дает возможности выявить истинную причину плохого самочувствия. Даже наличие какого-либо соматического заболевания не объясняет природы и степени выраженности симптомов или жалоб пациента [2, 5, 6, 11–13].

За соматическим фасадом скрываются не только невротические расстройства (фобический невроз, истерические нарушения, ипохондрический невроз), но и эндогенные депрессии (рекуррентная депрессия, депрессивный эпизод в рамках биполярного аффективного расстройства, инволюционная депрессия). В этих случаях говорят о соматизированных, «маскированных» депрессиях, «скрытом» течении депрессий. Пациенты с такими депрессиями, осо-

бенно при первом эпизоде, обращаются к врачам-интернистам с соматическими жалобами, связывая с ними свое плохое самочувствие. Результаты обследования зачастую не дают оснований правильно квалифицировать состояние и назначить соответствующее лечение, что впоследствии может привести к развитию более тяжелой депрессии вплоть до суицидальных мыслей и попыток [5, 6, 14, 15].

Все депрессии имеют общие симптомы (подавленное настроение, снижение интересов и активности), однако дополнительные симптомы в зависимости от генеза и тяжести депрессии различаются, что необходимо учитывать при диагностике расстройства в целом и назначении как купирующей, так и поддерживающей терапии.

Приводим собственное клиническое наблюдение для иллюстрации вышеизложенного.

Клиническое наблюдение

Пациент К., 41 года. Данных о наследственности получить не удается в связи с отсутствием информации о матери и отце. Родился в Республике Мордовия. Мать отказалась от ребенка при рождении. Рос в доме малютки до поступления в школу. По данным медицинской документации, раннее развитие — без особенностей. Несмотря на сложности в отношениях с воспитателями, адаптировался в коллективе. В раннем возрасте перенес операцию на ключице. Вскоре после операции, в возрасте 3 лет, был выявлен гепатит В, лечение не проходил. В 5 лет по неосторожности упал со 2-го этажа здания, получил перелом руки, сотрясение головного мозга, после чего в течение месяца находился в стационаре. Был выписан в удовлетворительном состоянии, впоследствии периодически возникали головные боли. В 7 лет был переведен в школу-интернат. Отношения со сверстниками складывались хорошо, завел новых друзей. Проблем с обучением не возникало, успеваемость была средняя, на тройки-четверки. Однако отношения со старшеклассниками были сложные, так как в школе присутствовала «дедовщина». С 2-го класса (8 лет) увлекся вязанием спицами, занимался этим в свободное время, вязал шарфы. Тогда же познакомился с мужчиной, который приобщил его к вере. С этого времени стал каждое воскресенье посещать церковь, часто вместе с друзьями ходил в гости к этому мужчине. В 5-м классе (11 лет) увлекся спортом: гимнастикой, катанием на лыжах и коньках. В 6-м классе занял первое место по спортивной ходьбе на республиканских соревнованиях. В возрасте 12 лет во время катания на коньках сильно ударился головой об лед, в результате чего получил сотрясение головного мозга. В течение 10 дней находился в больнице, беспокоили тошнота, головная боль, головокружение. Был выписан в удовлетворительном состоянии. После травмы отмечал периодические головные боли, метеочувствительность. По характеру оставался активным, жизнерадостным, дружелюбным ребенком. Полагает, что общение с верующим человеком помогло пережить тяжелые годы в школе. Окончил 8 классов школы, после чего в возрасте 15 лет поступил в ПТУ на специальность повара. Стремления к учебе не было, так как хотел быть водителем, а не поваром. В возрасте 18 лет окончил училище, после чего по настоянию знакомого мужчины уехал в монастырь в г. Иваново. Проживал на территории монастыря, помогал физическим трудом. Спустя год (в 19 лет) по совету батюшки монастыря отправился в Сергиев Посад для знакомства с «великим старцем». Проживал на территории Троице-Сергиевой Лавры, так же занимался физическим трудом,

строил будки для собак. В первый год обучался у кинолога уходу за собаками, их воспитанию. В 20 лет стал самостоятельно работать кинологом на территории храма. В этот же период проходил военную комиссию по призыву в армию. Был впервые выявлен гепатит С, вирус гепатита В также определялся, в связи с чем службу в армии не проходил, получил отсрочку. По поводу гепатита С лечение не получал. В 23 года впервые вступил в отношения с девушкой, был сильно влюблен. Спустя 2 года собирался жениться, однако родители девушки были против их брака. Приняли решение расстаться. Расставание переживал тяжело, настроение было сниженным, потерял интерес к жизни, привычные дела не доставляли удовольствия, нарушился ночной сон. Свободное время проводил в одиночестве, ни с кем не хотелось общаться. Стал употреблять алкоголь каждые выходные, количество назвать затрудняется. Такое состояние длилось в течение полугода, за помощью не обращался. Продолжал жить и работать в храме. В возрасте 27 лет по совету священника отправился в поездку по разным святым местам, посещал храмы, монастыри в Сибири, Переславле-Залесском, Москве, Рязанской области, где в каждом месте жил и работал непродолжительное время. В Рязанской области познакомился с будущей женой. В 29 лет решил уйти из монастыря, женился. Стали жить вместе с матерью жены в деревенском доме вдаль от города. Спустя месяц переехали в дом, который находился в лесу в еще большем отдалении от города. Первое время не работал, занимался домашним хозяйством. После ухода из монастыря регулярно (2–3 дня в неделю) употреблял крепкий алкоголь, максимальная доза — 0,7 л в день. Наутро часто не помнил, что происходило накануне. На следующий день после приема алкоголя беспокоили головная боль, тревога, недомогание. Чтобы справиться с этим состоянием, пил пиво, вино. Желание употреблять алкоголь объяснял так: «После ухода из монастыря свобода одурманила, чувствовал, что меня не контролируют». В возрасте 30 лет (в 2013 г.) стал отмечать быструю утомляемость, истощаемость, дискомфорт в области правого подреберья, снижение массы тела. Обратился в поликлинику по месту жительства. По результатам УЗИ печени, при котором было выявлено увеличение ее размеров, был госпитализирован в больницу в г. Рязань. Противовирусной терапии не получал, проводилось симптоматическое лечение. После выписки состояние было удовлетворительным. Тогда, опасаясь за свое здоровье, начал придерживаться диеты, исключил алкоголь. Стал устраиваться на работу к фермерам, заключал договор с храмом о разведении овец, на участке держал около 100 голов. Несмотря на большой объем работы, с обязанностями справлялся. Однако вскоре по совету врачей решил отказаться от разведения овец, так как уход за ними — это тяжелая физическая нагрузка. В возрасте 36 лет (в 2019 г.), несмотря на соблюдение диеты, отказ от алкоголя, снижение физической нагрузки, сохранялись утомляемость, слабость, боль в области правого подреберья, потеря массы тела. В течение года по рекомендации врача-инфекциониста амбулаторно проходил лечение противовирусными препаратами (даклатасвир, софосбувир, тенофовир), после чего вирусы гепатитов В и С в крови не определялись. Тем не менее по совету друга снова обратился к врачу-инфекционисту для дополнительного обследования и был госпитализирован в Инфекционную больницу №1 в Москве. Были диагностированы начальная стадия цирроза печени вирусной этиологии, варикозное расширение вен желудка 2-й степени, доброкачественная гипербилирубинемия. После выписки и про-

веденного лечения состояние было удовлетворительным. По диагнозу «варикозное расширение вен желудка 2-й степени» получил инвалидность III группы. После этого каждый год регулярно госпитализировался в Инфекционную больницу №1 в Москве для профилактического лечения. В возрасте 37 лет (в 2020 г.) во время плановой госпитализации было выявлено улучшение: диагноз «цирроз печени» был заменен на «фиброз печени». По диагнозу «варикозное расширение вен желудка» также была положительная динамика, установили 1-ю степень.

Продолжал жить в деревне, занимался сбором и продажей грибов, разводил кур. С весны 2023 г. периодически отмечал приступы учащенного сердцебиения. Полагал, что это связано с болезнью сердца. Обратился в поликлинику по месту жительства, был установлен диагноз «синусовая тахикардия», назначен бисопролол. После назначения лечения подобные приступы не возникали. Летом 2023 г. вновь появились боль и дискомфорт в области правого подреберья, быстро утомлялся, не было желания заниматься хозяйством. Несмотря на истощаемость и отсутствие сил, по настоянию жены продолжал заниматься домашними обязанностями. Опасался обострения заболевания печени, на фоне чего появились тревога, ощущение жжения в области груди слева, снизилось настроение. Тогда в плановом порядке обратился в больницу, где наблюдался ежегодно по поводу фиброза печени. Во время госпитализации был установлен диагноз «бескаменный холецистит», функция печени не была нарушена. В больнице впервые возник приступ паники, сопровождавшийся страхом смерти, тревогой, учащенным сердцебиением, ощущением жжения кожи разных частей тела. Дежурный врач однократно ввел внутримышечно сульпирид (доза не известна), после чего тревога усилилась, появились беспокойство в ногах, неусидчивость. Это состояние прошло самостоятельно на следующий день. В больнице получал антибактериальную терапию в связи с холециститом, симптоматическую терапию. Был выписан в удовлетворительном состоянии, однако сниженное настроение, тревога сохранялись, по-прежнему опасался за здоровье, не видел смысла в жизни. Находясь дома, стал полагать, что прием антибиотиков спровоцировал заболевание кишечника, так как стали беспокоить боли внизу живота справа. По этому поводу обращался в поликлинику по месту жительства, проходил колоноскопию, патологии выявлено не было. По совету друга стал принимать симбиотик, после чего боли прекратились. Сниженное настроение и тревога сохранялись, интимные отношения с женой перестали приносить удовольствие. Через силу, по настоянию жены продолжал заниматься домашним хозяйством, ремонтом дома. В ноябре 2023 г. (41 год), находясь дома, оказался свидетелем конфликта у соседей, который произвел на него сильное впечатление. В результате переживаний тревога усилилась, сопровождалась жжением кожи тела. На следующий день стал отмечать боль в желудке, изжогу. Стал думать, что из-за заболевания желудка не сможет заниматься работой по дому, помогать жене. Опасался, что врачи не помогут и что может умереть. По этому поводу обратился в поликлинику по месту жительства к гастроэнтерологу. Был назначен сульпирид 200 мг/сут, прием которого прекратил через 2 дня из-за из-за страха ухудшения состояния. Вновь обратился в поликлинику по месту жительства, после чего был госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение межрайонного медицинского центра г. Касимов. В течение 2 дней получал лечение сульпиридом по 200 мг 2 раза в день, однако стала беспокоить неусидчивость,

тогда дозу сульпирида снизили до 200 мг/сут. На фоне приема препарата настроение улучшилось, тревога уменьшилась, исчезли боль в желудке, изжога. Через 3 дня после выписки самостоятельно отменил рекомендованную терапию. Состояние ухудшилось: настроение было подавленным, «ощущал равнодушие ко всему». Беспокоили эпизоды страха, паники, сопровождавшиеся учащенным сердцебиением, «сменой холода и жжения по телу». Называл такое состояние «мертвым», возникали суицидальные мысли, начинал планировать, как лучше покончить с собой. Появились также навязчивые мысли, что он хочет навредить жене. При виде острых предметов (отвертки или ножа) появлялись представления о том, как наносит удар жене этими предметами. Просил жену следить за его поведением, так как опасался, что способен причинить вред. В конце декабря 2023 г. по совету друга обратился за консультацией в клинику им. С.С. Корсакова, где ему были назначены пароксетин, оланзапин. Состояние улучшилось, однако мысли навязчивого характера сохранялись. В январе вновь обратился за консультацией и был госпитализирован.

Психическое состояние при поступлении: проходит в кабинет, осматриваясь по сторонам, насторожен. Настроение снижено. Говорит громко. Сразу начинает сообщать жалобы монологом. Жалуется на «плохие мысли» о том, что хочет «навредить жене, ударить ножом», которые возникают внезапно, спонтанно и от которых он не может избавиться самостоятельно. Опасается, что на самом деле может причинить вред жене. Говорит: «Не укладывается в голове, как я могу это сделать, ведь она мой самый близкий человек». Во время появления таких мыслей ощущает «внутреннее напряжение, тревожность». На пике тревоги возникает паника, которая сопровождается учащенным сердцебиением, жжением в теле, страхом смерти. Фиксирован на своих физических ощущениях, жалуется на боли в области поджелудочной железы и желчного пузыря. Связывает это с приемом пароксетина, который, по его мнению, вызывает обострение хронических заболеваний. Сообщает, что обычно подробно изучает инструкции у всех рекомендованных ему препаратов. Анамнестические сведения излагает непоследовательно, не всегда с первого раза понимает вопрос. Подробно, в деталях, стереотипно описывает свое состояние, использует одни и те же словосочетания. Часто путается в датах, возвращается к предыдущей теме разговора. Начинает раздражаться, если пытаются сменить тему. Рассказывает, что до этого много лечился у разных врачей, улучшений не было. Сомневается в излечении от данного состояния, полагает, что нигде не смогут помочь. Считает себя физически больным человеком, опасается, что из-за этого не сможет себя обслуживать, помогать жене. Также отмечает, что «реагирует на смену погоды» (головная боль, слабость).

Заключение по данным экспериментально-психологического обследования: при проведении обследования настроение больного снижено. Пациент напряжен, несколько тревожен. Мимика застывшая. Немногословен. Голос монотонный. На вопросы отвечает коротко. Придерживается инструкции при выполнении экспериментальных заданий. Темп работы неравномерный, несколько сниженный. Концентрация внимания неустойчивая. При указании на ошибку стремится ее исправить. Когнитивного снижения не выявлено. При исследовании мыслительной деятельности выявлено снижение уровня обобщения по конкретно-ситуационному типу, без искажения структуры. Переносный смысл понимает верно. Скорость

и темп ассоциативного процесса равномерный, сниженный. Мышление с тенденцией к повторам, застреванию. В текущем состоянии отмечаются признаки выраженной депрессии. В структуре депрессии преобладают тревога, ипохондрический компонент, пессимизм в оценке перспектив, умеренная раздражительность, чувство вины. Личность тревожного типа. Отмечается высокая готовность к возникновению тревожных реакций. Недостаточно сформированы механизмы совладающего поведения. Выраженная эмоциональная напряженность, подавленный гнев, возможность успешной адаптации при значительных затратах сил. Постоянное чувство внутреннего беспокойства, отсутствие способности к интуитивному пониманию окружающих, что затрудняет выполнение обычной деятельности и межличностные контакты. В целом, отмечаются снижение адаптивных возможностей личности, недостаточная социальная приспособляемость.

Таким образом, в текущем состоянии — признаки выраженной депрессии с ипохондрическим компонентом у личности тревожного типа. Застреваемость, склонность к сомнениям, пассивность, подавленность, дефицит побуждений и активности. Выраженная алекситимичность. Отмечаются умеренное снижение работоспособности в виде истощаемости, умеренные трудности переключения с одного вида деятельности на другой. Мышление с тенденцией к повторам и застреванию, умеренное снижение скорости ассоциативного процесса. Снижение уровня обобщения по конкретно-ситуационному типу без искажения структуры.

Хронические заболевания: фиброз печени вирусной этиологии (после перенесенных гепатитов В и С), варикозное расширение вен желудка 1-й степени, доброкачественная гипербилирубинемия. В анамнезе: гастрит, холецистит, панкреатит.

Патологических отклонений в неврологическом статусе не выявлено.

Электроэнцефалография: умеренные изменения биоэлектрической активности головного мозга.

Лабораторные анализы: повышение билирубина общего — 28,4 мкмоль/л (референсные значения — 5–21 мкмоль/л).

Диагноз: рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени тяжести — F33.1.

Депрессивно-ипохондрический синдром.

Синдром зависимости от алкоголя, 2-я стадия. В настоящее время — воздержание (ремиссия) — F10.202.

Проводилось лечение: пароксетин — 30 мг утром, галоперидол — по две капли утром и вечером, оланзапин — 1,25 мг на ночь

Психический статус в динамике на фоне проводимой терапии: в первые дни пребывания в стационаре жаловался на сниженное настроение, навязчивые мысли, боль в области живота, трудности при засыпании. На фоне терапии пароксетином, оланзапином, галоперидолом отмечается улучшение состояния в виде снижения тревоги, уменьшения навязчивых мыслей и представлений, восстановился ночной сон. В отделении быстро адаптировался, познакомился с другими пациентами. Сохраняется ипохондрическая фиксация на своем самочувствии, иногда жалуется на горечь во рту, тяжесть в правом подреберье. Во время беседы с врачом просит несколько раз пересаживаться, так как боится простудиться от сквозняка. За последние несколько дней неоднократно сообщает врачу о возможном начале простудного заболевания. Подходит с жалобами на незначительное повышение давления. По не-

сколько раз спрашивает: правильно ли назначены препараты, уточняет, не могут ли они обострять симптомы хронических заболеваний.

Обсуждение

В представленном наблюдении речь идет об ипохондрической депрессии в рамках рекуррентного депрессивного расстройства. Трудности диагностики заключались в том, что больной поступил в клинику с соматическими жалобами со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), фиксацией на своем физическом состоянии. У пациента в анамнезе хронические соматические заболевания — гепатиты В и С с исходом в фиброз печени, бескаменный холецистит, панкреатит, варикозное расширение вен желудка 1-й степени, гастрит, доброкачественная гипербилирубинемия. Также есть указания на две перенесенные черепно-мозговые травмы с потерей сознания и последующей госпитализацией. Известно о периоде систематического злоупотребления алкоголем с формированием зависимости и абстинентного синдрома (в течение последних 11 лет алкоголь не употреблял). Все эти факторы могут быть задействованы в возникновении депрессии [2, 14].

Известно, что у больных хроническими вирусными гепатитами могут возникать психические нарушения (в частности, депрессивные состояния), как при первом сообщении о наличии заболевания, так и при прохождении лечения интерферонами [16]. У данного пациента не удалось проследить связь между возникновением психических нарушений и началом курса лечения. Гепатит В был выявлен в раннем детском возрасте, а гепатит С — при прохождении комиссионного обследования для призыва в армию, без каких-либо реакций.

Диагнозы расстройств ЖКТ, сопутствующие гепатитам, обострившимся в результате длительного злоупотребления алкоголем, сыграли свою роль в формировании ипохондрической фиксации на соматическом состоянии [17, 18]. Особое значение придается абдоминальной боли как в структуре соматоформных расстройств с развитием сверхценной ипохондрии [19, 20], так и коморбидной боли в рамках большого депрессивного расстройства, проявляющейся пропорционально тяжести депрессии [21]. В течение 11 лет пациент лечился у врачей общей практики по поводу соматических заболеваний. Несмотря на отдаленность места жительства, регулярно посещал врачей, обращался с различными соматическими жалобами, скрупулезно выполнял рекомендации (полностью исключил алкоголь, соблюдает диету). Однако на момент поступления в клинику все эти заболевания находились в ремиссии и не могли быть причиной соматогенной депрессии. Соматические жалобы отражали функциональный характер расстройств — либо в комплексе с тревожными и депрессивными нарушениями в структуре соматоформных расстройств [22, 23], либо маскирующих клиническую картину эндогенной депрессии [15, 21].

Для формирования ипохондрии необходимы определенные предикторы: наличие соматовегетативных симптомов или сенестопатий, ригидность мышления и фиксация на своем состоянии, личностные особенности в виде тревожно-мнительного характера или склонности к демонстративности в поведении с ориентацией на внешнюю оценку и привлечением внимания окружающих к своей лично-

сти и заболеванию, направленность поведения на поиск болезней [2, 24]. В анализируемом случае представлены все необходимые компоненты: тревожно-мнительный склад личности (по данным психологического обследования), имеющиеся соматические заболевания и соответствующие им жалобы, нарушения мышления по органическому типу, сформировавшиеся после перенесенных ЧМТ и в период злоупотребления алкоголем (снижение уровня обобщения по конкретно-ситуационному типу, застреваемость, склонность к повторам), которые способствовали формированию ипохондрической фиксации сверхценного характера.

Первый депрессивный эпизод возник в возрасте 25 лет на фоне психотравмирующей ситуации, продолжался около 6 мес. Отмечались подавленное настроение, снижение активности, потеря интереса, ангедония. По поводу данного состояния к врачам не обращался, но пристрастился к употреблению алкоголя.

Второй (текущий) депрессивный эпизод был спровоцирован психогенно, возник вне обострения соматических заболеваний. В его структуре преобладали боли в области ЖКТ, ипохондрия, контрастные навязчивости. Первостепенной жалобой у данного пациента был болевой синдром, который он связывал с нарушением деятельности ЖКТ, в частности с заболеваниями поджелудочной железы, печени, желудка, желчного пузыря. Отсутствие обострения заболеваний ЖКТ и наличие психопатологических симптомов позволяют отнести болевой синдром к проявлениям депрессивного состояния наряду с подавленным настроением, снижением активности, замедлением ассоциативного процесса мышления, идеями самообвинения [25]. Подтверждением этого является эффективность сульпирида во время очередного обращения к гастроэнтерологу по поводу боли в области желудка и изжоги. Выявляется характерная закономерность в динамике симптомов: усиление выраженности боли при ухудшении психического состояния и, наоборот, ослабление болевого синдрома при малейшем улучшении настроения [17, 21, 25]. Контрастные навязчивости, появившиеся у пациента в структуре последнего эпизода, как правило, характерны для эндогенной депрессии [2, 14].

Таким образом, психическое состояние пациента определяется психопатологической картиной эндогенной депрессии с ипохондрией сверхценного характера. Симптомы органического круга в виде обстоятельности мышления, застреваемости, умеренной раздражительности, снижения уровня обобщения, конкретно-ситуационного мышления, истощаемости накладывают определенный отпечаток на клиническую картину депрессии и способствуют формированию ипохондрии. На диагноз рекуррентного депрессивного расстройства указывают периодичность депрессивных эпизодов, триггерная роль психогении, возникновение последнего эпизода вне обострения соматических заболеваний, наличие контрастных навязчивостей, характерных для эндогенной депрессии [14].

Диагностика и терапия депрессий в соматической практике требует междисциплинарного подхода с учетом соматического и психического статуса и применения наряду с фармакотерапией когнитивно-поведенческой психотерапии [1, 20, 26]. Пациенты с органической симптоматикой обычно хуже переносят лечение психотропными средствами, особенно нейролептиками [2, 14], поэтому дозы препаратов должны корректироваться с учетом побочных эффек-

тов. В нашем случае пациент вышел из депрессии на фоне приема средней дозы антидепрессанта и малых доз антипсихотиков.

Заключение

Наше наблюдение демонстрирует сложность диагностики депрессии у пациентов с наличием различных соматических, неврологических, инфекционных заболеваний,

как в анамнезе, так и текущих, и свидетельствует о необходимости учета возможного вклада каждого из них в генез депрессии. Диагностика депрессии не только на синдромологическом уровне, но и с учетом ее причины и механизма развития необходима для проведения более адекватной и эффективной терапии.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Мосолов СН, Парфенов ВА, Амелин АВ и др. Депрессивные расстройства и их фармакотерапия в рутинной клинической практике. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2023;15(5):54-64. doi: 10.14412/2074-2711-2023-5-54-64 [Mosolov SN, Parfenov VA, Amelin AV, et al. Depressive disorders and their pharmacotherapy in routine clinical practice. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2023;15(5):54-64. doi: 10.14412/2074-2711-2023-5-54-64 (In Russ.)].
2. Тювина НА. Психические заболевания: клиника, лечение, профилактика. 2-е изд., перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2023. 208 с. [Tyuvina NA. Mental illnesses: clinic, treatment, prevention. 2nd ed. Moscow: GEOTAR-Media; 2023. 208 p. (In Russ.)].
3. Latas M, Stefanovski B, Mihaljevic-Peles A, et al. Diagnostic psychiatric and somatic comorbidity in patients with depression in the Western Balkan countries. *PLoS One*. 2024 Jan 2;19(1):e0295754. doi: 10.1371/journal.pone.0295754
4. Бройтигам В, Кристиан П, Рад М. Психосоматическая медицина: Учебник. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 1999. 376 с. [Bräutigam V, Christian P, Rad M. Psychosomatic medicine: Textbook. Moscow: GEOTAR-Medicine; 1999. 376 p. (In Russ.)].
5. Ромасенко ЛВ, Благова ОВ, Гиленко МВ. Психические и психосоматические расстройства в общей медицинской практике. Краткое руководство для врачей. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2023. 320 с. [Romashenko LV, Blagova OV, Gilenko MV. Mental and psychosomatic disorders in general medical practice. A short guide for doctors. Moscow: GEOTAR-Media; 2023. 320 p. (In Russ.)].
6. Березанцев АЮ. Соматопсихические и психосоматические расстройства: вопросы систематики и синдромологии, часть 1. *Российский психиатрический журнал*. 2011;(3):25-30. [Berezantsev AYU. Somatopsychic and psychosomatic disorders: issues of taxonomy and syndromology (Part 1). *Rossiyskiy psikhiatricheskii zhurnal* = *Russian Psychiatric Journal*. 2011;(3):25-30 (In Russ.)].
7. Бобров АЕ. Проблема психосоматических соотношений и некоторые методологические вопросы психопатологии. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2017;27(1):98-103. [Bobrov AE. Problem of psychosomatic interrelations and methodological aspects of psychopathology. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya*. 2017;27(1):98-103 (In Russ.)].
8. Wise TN. Psychosomatics: past, present and future. *Psychother Psychosom*. 2014;83(2):65-9. doi: 10.1159/000356518. Epub 2014 Jan 22.
9. Сидоров ПИ, Новикова ИА. Психосоматические заболевания: концепции, распространенность, качество жизни, медико-психо-социальная помощь больным. *Медицинская психология в России: электронный научный журнал*. 2010;(1). Доступно по ссылке: http://mprj.ru/archiv_global/2010_1_2/nomer/nomer12.php [Sidorov PI, Novikova IA. Psychosomatic diseases: concepts, prevalence, quality of life, medical, psycho-social care for patients. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii: elektronnyy nauchnyy zhurnal* = *Medical Psychology in Russia: Electronic Scientific Journal*. 2010;(1). Available at: http://mprj.ru/archiv_global/2010_1_2/nomer/nomer12.php (In Russ.)].
10. Тополянский ВД, Струковская МВ. Психосоматические расстройства: Руководство для врачей. 3-е изд., перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2021. 556 с. [Topolyansky VD, Strukovskaya MV. Psychosomatic disorders: A guide for doctors. 3rd ed. Moscow: GEOTAR-Media; 2021. 556 p. (In Russ.)].
11. Романов ДВ, Петелин ДС, Волель БА. Депрессии в неврологической практике. *Медицинский Совет*. 2018;(1):38-45. doi: 10.21518/2079-701X-2018-1-38-45 [Romanov DV, Petelin DS, Volel BA. Depression in neurological practice. *Meditsinskiy sovet* = *Medical Council*. 2018;(1):38-45. doi: 10.21518/2079-701X-2018-1-38-45 (In Russ.)].
12. Голубев ЮЮ, Лычкова АЭ, Северин АЕ и др. Соматоформные расстройства в развитии патологии висцеральных систем. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2019;172(12):40-50. doi: 10.31146/1682-8658-ecg-172-12-40-50 [Golubev YuYu, Lychkova AE, Severin AE, et al. Somatoform disorders in the development of visceral systems pathology. *Ekspperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya* = *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2019;(12):40-50. doi: 10.31146/1682-8658-ecg-172-12-40-50 (In Russ.)].
13. Löwe B, Spitzer RL, Williams JB, et al. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008 May-Jun;30(3):191-9. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2008.01.001
14. Краснов ВН. Расстройства аффективного спектра. Москва: Практическая медицина; 2011. 432 с. [Krasnov VN. Affective spectrum disorders. Moscow: Practical Medicine; 2011. 432 p. (In Russ.)].
15. Miodek A, Szemraj P, Kocur J, Rys A. Masked depression — history and present days. *Pol Merkur Lekarsky*. 2007 Jul;23(133):78-80.
16. Морозов ДИ, Тихонова ЮГ, Кинкулькина МА, Иванец НН. Депрессия у больных хроническим гепатитом С при проведении противовирусной терапии (клинико-психопатологическая квалификация и нозологическая трактовка). *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2012;112(11):412. [Morozov DI, Tikhonova IuG, Kinkul'kina MA, Ivanets NN. Depression in patients with chronic hepatitis C during the antiviral treatment: a clinical and psychopathological qualification and a nosological interpretation. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova* = *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2012;112(11):4-12 (In Russ.)].
17. Ромасенко ЛВ. Психосоматические расстройства в гастроэнтерологической практике: функциональная диспепсия. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2009;1(1):35-8. doi: 10.14412/2074-2711-2009-20 [Romashenko LV. Psychosomatic disorders in gastroenterological practice: functional dyspepsia. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2009;1(1):35-8. doi: 10.14412/2074-2711-2009-20 (In Russ.)].
18. Лазебник ЛБ, Голованова ЕВ, Волель БА и др. Функциональные заболевания органов пищеварения. Синдромы перекреста. Клинические рекомендации Российского Научного Медицинского Общества Терапевтов и Научного Общества Гастроэнтерологов России. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2021;192(8):5-117. doi: 10.31146/1682-8658-ecg-192-8-5-117

[Lazebnik LB, Golovanova EV, Volel BA, et al. Functional gastrointestinal disorders. Overlap syndrome Clinical guidelines of the Russian Scientific Medical Society of Internal Medicine and Gastroenterological Scientific Society of Russia. *Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya = Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2021;(8):5-117. doi: 10.31146/1682-8658-ecg-192-8-5-117 (In Russ.)].

19. Охлобыстина ОЗ, Иванов СВ. Психические расстройства и коморбидная функциональная абдоминальная боль. *Психические расстройства в общей медицине*. 2014;(2):20-3. [Ohlobystina OZ, Ivanov SV. Psychiatric disorders and comorbid functional abdominal pain. *Psikhicheskiye rasstroystva v obshchey meditsine*. 2014;(2):20-3 (In Russ.)].

20. Sardesai A, Muneshwar KN, Bhardwaj M, Goel DB. The Importance of Early Diagnosis of Somatic Symptom Disorder: A Case Report. *Cureus*. 2023 Sep 2;15(9):e44554. doi: 10.7759/cureus.44554

21. Vaccarino AL, Sills TL, Evans KR, Kalali AH. Multiple pain complaints in patients

with major depressive disorder. *Psychosom Med*. 2009 Feb;71(2):159-62. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181906572. Epub 2008 Dec 10.

22. Steffen A, Nübel J, Jacobi F, et al. Mental and somatic comorbidity of depression: a comprehensive cross-sectional analysis of 202 diagnosis groups using German nationwide ambulatory claims data. *BMC Psychiatry*. 2020 Mar 30;20(1):142. doi: 10.1186/s12888-020-02546-8

23. Löwe B, Levenson J, Depping M, et al. Somatic symptom disorder: a scoping review on the empirical evidence of a new diagnosis. *Psychol Med*. 2022 Mar;52(4):632-48. doi: 10.1017/S0033291721004177. Epub 2021 Nov 15.

24. Волель БА. Небредовая ипохондрия при соматических, психических заболеваниях и расстройствах личности (психосоматические соотношения, психопатология, терапия): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Москва; 2009. 48 с.

[Volel BA. Non-delusional hypochondria in somatic, mental illnesses and personality disorders (psychosomatic relationships, psy-

chopathology, therapy): Abstract. dis. ... Dr. Med. Sci. Moscow; 2009. 48 p. (In Russ.)].

25. Тювина НА, Балабанова ВВ, Гончарова ЕМ. Опыт применения сульпирида при эндогенных депрессивно-ипохондрических расстройствах непсихотического уровня. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2012;4(1):67-71. doi: 10.14412/2074-2711-2012-365

[Tyuvina NA, Balabanova VV, Goncharova EM. Experience in using sulpiride in non-psychotic endogenous depressive-hypochondriacal disorders. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2012;4(1):67-71. doi: 10.14412/2074-2711-2012-365 (In Russ.)].

26. Мосолов СН. Диагностика и терапия депрессий при соматических заболеваниях. *Фарматека*. 2003;(4). Доступно по ссылке: <https://pharmateka.ru/ru/archive/article/5574?ysclid=lyfipxe8u357471755> [Mosolov SN. Diagnosis and treatment of depression in somatic diseases. *Farmateka = Pharmateka*. 2003;(4). Available at: <https://pharmateka.ru/ru/archive/article/5574?ysclid=lyfipxe8u357471755> (In Russ.)].

Поступила/отрецензирована/принята к печати

Received/Reviewed/Accepted

28.03.2024/24.06.2024/25.06.2024

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/0000-0002-5202-1417>

Максимова Т.Н. <https://orcid.org/0000-0001-9012-1727>

Прохорова С.В. <https://orcid.org/0000-0002-5349-1187>

Камелина Е.А. <https://orcid.org/0009-0001-9273-8138>