

СОМАТОРЕАКТИВНАЯ ЦИКЛОТИМИЯ. ВОПРОСЫ КОНКУРИРУЮЩИХ ЗА РОЛЬ ОСЦИЛЛЯТОРА РИТМА АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ПСОРИАЗ И ЛЕГОЧНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

М.А. Самушия^{1*}, Ю.И. Рожкова¹, Д.Л. Виноградов², Л.С. Круглова¹, В.М. Лобанова¹, Д.А. Затеищikov¹

¹ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УД Президента РФ, Москва,

²ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава, Москва

SOMATOREACTIVE CYCLOTYMYA. SOMATIC DISEASES COMPETING FOR THE ROLE OF RHYTHM OSCILLATOR OF AFFECTIVE PATHOLOGY : PSORIASIS AND PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION

M.A. Samushiya^{1*}, Yu.I. Rozhkova¹, D.L. Vinogradov², L.S. Kruglova¹, V.M. Lobanova¹, D.A. Zateyshchikov¹

¹Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia,

²Sechenov University, Moscow, Russia

E-mail: sma-psychiatry@mail.ru

Аннотация

Статья посвящена описанию клинического случая манифестации аффективной патологии, заимствующей ритм одного из коморбидных соматических заболеваний — псориаза. Авторами подробно представлено описание формирования у пациента с распространенным вульгарным псориазом, псориатической эритродермией и идиопатической легочной артериальной гипертензией психогенно и соматогенно провоцируемых эндогенных аффективных расстройств, заимствующих ритм соматического заболевания, с анализом влияния преморбидного личностного склада пациента на механизмы формирования нозогенной реакции. Интерес представленный в настоящей статье клинического случая заключается в наличии у пациента нескольких конкурирующих за роль осциллятора аффективной патологии соматических болезней. При этом ключевую роль в выборе «водителя ритма» для аффективных фаз играют не клинические особенности течения, тяжесть соматического страдания и выраженность угрозы для жизни больного, а преморбидный личностный склад пациента, определяющий «выбор» соматической болезни, от течения которой зависит аффективная патология.

Ключевые слова: биполярное расстройство, соматореактивная циклотимия, психосоматические корреляции, псориаз, легочная артериальная гипертензия.

Abstract

The article presents a clinical case with affective pathology which borrowed the rhythm of one of comorbid somatic diseases - psoriasis. The authors describe in detail the formation of psychogenically and somatogenically provoked endogenous affective disorders in a patient with widespread psoriasis vulgaris, psoriatic erythroderma and idiopathic pulmonary arterial hypertension that borrow the rhythm of a somatic disease. One can also find there the analysis on how patient's premorbid personality influences the mechanism of nosogenic response formation. The interest to the present clinical case has been aroused because the patient has several somatic diseases «competing» for the role of an oscillator of affective pathology. In this case, the decisive role for choosing a «pacemaker» for affective phases does not belong to clinical features of the course, to the severity of somatic manifestations or to the severity of patient's life threat, but it belongs to the patient's premorbid personality which «chooses» a somatic disease which will determinate the sequence of phases of affective pathology.

Key words: bipolar disorder, somatoreactive cyclothymia, psychosomatic correlation, psoriasis, pulmonary arterial hypertension

Ссылка для цитирования: Самушия М.А., Рожкова Ю.И., Виноградов Д.Л., Круглова Л.С., Лобанова В.М., Затеищikov Д.А. Соматореактивная циклотимия. Вопросы конкурирующих за роль осциллятора ритма аффективной патологии соматических заболеваний: псориаз и легочная артериальная гипертензия. Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2020; 4: 102-108.

Сведения о высокой коморбидности псориаза и психических расстройств встречаются уже в публикациях начала прошлого века [1]. Современные исследования также подтверждают факт более выраженной ассоциации психических расстройств с псориазом, чем с любым другим дерматозом [2]. В качестве одной из причин высокой коморбидности указываются общие этиопатогенетические механизмы развития этого дерматоза и аффективной патологии¹.

В исследованиях представлены доказательства влияния соматического заболевания на манифестацию и психопатологическую структуру аффективных/биполярных расстройств. Рассматривая закономерности формирования и динамики аффективной патологии у пациентов с атопическим дерматитом, гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца, авторы приходят к выводу, что рецидивирование депрессивных фаз находится в прямой зависимости от ритма течения соматического заболевания: соматическая патология, таким образом, выступает в качестве «водителя ритма» для аффективных расстройств [9].

В клиническом плане для квалификации подобного рода аффективных расстройств, определяющихся симптоматикой циркулярного круга, осциллятором которых становится соматическая вредность, наиболее адекватна предложенная А.Б. Смулевичем и соавт. модель соматореактивной циклотимии, рассматриваемой в рамках особого варианта биполярного расстройства [10]. Авторы на выборке больных со злокачественными новообразованиями органов женской репродуктивной системы описали феномен заимствования ритма соматического заболевания патологией аффективного круга.

В качестве иллюстрации биполярного расстройства, заимствующего ритм соматического заболевания, приводим клиническое наблюдение больного с распространенным вульгарным псориазом, псориазической эритродермией и тяжелой формой орфанного кардиологического заболевания — идиопатической легочной артериальной гипертензией, существенно снижающий качество жизни и определяющий ближайший прогноз [11].

¹ Высокий уровень провоспалительных цитокинов, таких как ИЛ-6 и ФНО-α, является общим явлением как для псориаза, так и для расстройств аффективного круга. Авторы многих исследований рассматривают также низкий уровень мелатонина как этиопатогенетический механизм развития депрессии и вульгарного псориаза [3-7]. Кроме того, развитие псориаза ассоциировано с повышенным риском легочной артериальной гипертензии, в патогенезе которой также важную роль играют процессы воспаления [8]

Клиническое наблюдение

Больной П., 51 год.

Наследственность: мать 75 лет, по характеру властная, своенравная, вспыльчивая, неуживчивая. Со слов внучки, отличается надменностью, всегда убеждена, в собственной непогрешимости и правоте. Работал педагогом в школе. Отец умер в возрасте 73 лет от сердечной недостаточности. Работал адвокатом. По характеру был настойчивым, целеустремленным, всегда добивался поставленных целей. Отличался повышенной тревожностью. Дочь 25 лет, по характеру мягкая, уступчивая, тревожная. В браке, живет с семьей в Латвии.

Анамнез пробанда: Пациент родился в полной семье от первой нормально протекавшей беременности. Роды в срок, естественным путем, протекали без осложнений. Раннее развитие без особенностей, от сверстников не отставал. Без осложнений перенес детские инфекции. Детский сад не посещал, воспитывался бабушкой. В компании сверстников среди прочих ничем не выделялся.

По характеру с детства отличался вспыльчивостью, упрямством. Переживаниями делился редко. С подросткового возраста стал более категоричен, любил отстаивать «справедливость», открыто высказывал свою позицию, часто ввязывался в уличные конфликты с применением физической силы, мог выступать их инициатором. Позже в характере появились настойчивость, педантичность, рациональный и расчетливый подход к жизни и к работе, в делах всегда руководствовался собственными мотивами, редко прислушивался к чужому мнению, старался подчинить себе обстоятельства.

Окончил юридический факультет университета. После учебы работать по профессии не стал, занялся собственным бизнесом по торговле автомобилями. В бизнесе проявлял принципиальность, отсутствие гибкости, с трудом налаживал отношения с партнерами, часто конфликтовал. Позже, с 27 лет стал работать по профессии в коллегии адвокатов по уголовным делам. К профессии адвоката относился с особой «философией»: считал себя в какой-то мере судьей над всеми. Был убежден, что все клиенты в большей или меньшей степени несут на себе ответственность за те или иные «преступления совести», а меру этой вины определяет адвокат.

В 24 года женился. В отношениях с близкими был сдержан, категоричен. Стремился держать под контролем домашнюю ситуацию, отличался авторитаризмом, раздражительностью. С женой развелся после 5 лет брака, со слов пациента, причиной разрыва отношений были частые споры и конфликты. Близких друзей практически не имел, к частому общению не стремился.

В 17 лет у пациента был диагностирован распространенный вульгарный псориаз, в анамнезе псориагическая эритродермия. Обострения случались до нескольких раз в год, часто были связаны с эмоциональным напряжением, стрессовыми ситуациями на работе. Неоднократно получал лечение в стационаре: системную базисную терапию (метотрексат, десенсибилизирующая терапия, топические кортикостероиды), фототерапию, со слов пациента, с временным эффектом или без положительного эффекта, из-за чего перестал доверять врачам, считал, что их лечение только ухудшает течение заболевания. Выработал своеобразную тактику «выжидания» при обострении псориаза: в течение нескольких дней находился дома, соблюдал постельный режим, переставал ходить на работу, общаться с окружающими. К дерматологам с 25–26 лет старался не обращаться. Пользовался для облегчения симптомов кожного заболевания средствами народной медицины: травяные отвары, которые использовал при приеме ванн, компрессы с использованием пищевой соды и морской соли, прием активированного угля и т.п. В связи с изначально тяжелым течением псориаза (о чем свидетельствует псориагическая эритродермия в анамнезе), отсутствие специфической терапии дерматоза у пациента способствовало патоморфозу элементов сыпи: в период обострения процесса в клинической картине преобладали инфильтрированные элементы, выраженный гиперкератоз и десквамация с различной степенью выраженности, присутствовали зуд и болезненность кожи в местах поражения.

В периоды обострения псориаза отмечал незначительное снижение фона настроения, тревогу, свои переживания связывал с обострением дерматоза. Был фиксирован на высыпаниях, считал, что они носят обезображивающий характер и вызывают у окружающих людей брезгливость и отвращение. После стихания кожного процесса фон настроения сменялся на незначительный подъем с приливом сил. Подъем настроения мог длиться до 6 мес.

С 30 лет после развода с супругой стал отмечать эпизоды с выраженным снижением фона настроения с чувством тоски, виновности, апатии, раздражительности, нарушениями сна, снижением аппетита продолжительностью до недели, которые совпадали с периодами обострения псориаза. Длительность обострения дерматологического заболевания могла достигать нескольких месяцев. После разрешения элементов сыпи (уплощение бляшечных элементов, регресс эритемы, уменьшение десквамации) отмечалась постепенная, в течение 2–3 дней инверсия аффективного фона: появ-

лялось стойкое ощущение «прилива» сил, бодрости, сокращалась потребность во сне (до 5–6 ч в сутки). В эти периоды отмечал также «необычайную» ясность ума: обычно блестяще вел судебные процессы, выигрывал дела. Длительность подъема настроения могла достигать нескольких месяцев (до 2–3), после чего отмечалось нормализация состояния с формированием ровного, свойственного обычно пациенту уровня настроения. Со слов пациента, подъемы настроения с 30 лет были более выраженными, чем ранее.

Со слов пациента, с 30 лет тяжелые обострения псориаза могли случаться до 3–4 раз в год и во всех случаях сопровождались описанной аффективной симптоматикой с инверсией аффекта после стихания дерматологического процесса. Несмотря на колебания фона настроения, до 44 лет к психиатрам не обращался, лечения по поводу аффективного заболевания не получал.

В 2011 г. (пациенту 45 лет) на фоне очередного рецидива дерматоза выраженность сопровождающей обострение псориаза психической симптоматики резко усилилась: появилась выраженная тревога с чувством отчаяния, безысходности, тоски. Выраженность тоски и тревоги нарастала в утренние часы, вечером отмечал снижение тревоги. За 2 нед. похудел на 8 кг. В связи с тяжестью психического состояния решил обратиться за специализированной помощью, был госпитализирован на месяц в клинику неврозов, принимал лечение антидепрессантами и бензодиазепинами. После выписки принимал терапию в течение 3 мес, после чего самостоятельно прекратил прием психотропных средств в связи с улучшением самочувствия. Со слов пациента, длительность депрессивного эпизода составила 2 месяца, после улучшения настроения свойственного подъема настроения не отмечалось.

С 2012 г. появилась одышка при умеренной физической нагрузке, которая постепенно нарастала в течение двух лет, но не приносила значимого дискомфорта. В связи с возникшим физическим недомоганием к врачам не обращался, колебаний в настроении не отмечал. С 2014 г. состояние стало ухудшаться: усилилась одышка, появились отеки нижних конечностей, в марте 2014 г. был госпитализирован в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» МЗ РФ, где диагностирована хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия (ХТЭЛГ). С этого же времени принимал силденафил. Несмотря на диагностированное тяжелое кардиологическое заболевание, стойкого снижения фона настроения не отмечал. После диагностики ХТЭЛГ ощущал незначительную тревогу в связи с диагностированием

ем редкого кардиологического заболевания, однако не воспринимал заболевание как угрожающее его жизни, не испытывал страха смерти, стойкого снижения настроения не отмечалось. Осенью 2014 г. на фоне очередного обострения псориаза в течение 2 мес. отмечалась депрессивная фаза с клишированной симптоматикой эндоформной депрессии, которая разрешилась на фоне приема психотропной терапии (кломипрамин, хлорпротиксен).

В 2015 г. был госпитализирован в ГКБ №51 в связи с декомпенсацией сердечной недостаточности и обострением псориаза. Со слов больного, несмотря на выраженную одышку при минимальной физической нагрузке, головокружение, отеки нижних конечностей и увеличение живота, больше был фиксирован на проявлениях дерматоза: зуд, жжение, чувство стягивания кожи, повышение температуры до 38–39 °С. С начала ухудшения самочувствия отмечал нарастание слабости, появилась тоска, подавленность с подчиненностью депрессивной симптоматики суточному ритму — в утренние часы состояние усугублялось, нарастала тревога, доминировали мысли о безысходности, отчаяния, нарастала апатия. В стационаре был консультирован психиатром, диагностирован тревожно-депрессивный синдром, назначено лечение: адеметионин 400 мг, пипофезин 150 мг, оланзапин 5 мг, дроперидол 0,5 мл в/м. На фоне терапии состояние улучшилось через 2–3 нед., принимал терапию в течение 2 мес., после чего состояние нормализовалось. Инверсии аффективной симптоматики не отмечалось.

Последняя госпитализация в ГКБ №51 в сентябре 2016 г., был поставлен диагноз: идиопатическая легочная артериальная гипертензия, III ФК (ВОЗ). В течение года на фоне проводимого лечения соматическое состояние оставалось стабильным. Обострения псориаза не отмечалось. Фон настроения после лечения депрессивного состояния улучшился.

Был повторно госпитализирован в ГКБ №51 по направлению из поликлиники для обследования и оценки эффективности лечения в сентябре 2017 г.

Психический статус: на исследование соглашается сразу, особенно не интересуясь его целью. Одет в синий спортивный костюм, волосы стрижены. Выглядит соответственно возрасту. Сидит в свободной позе. Выражение лица спокойное. Мимика выразительная. В начале беседы ведет себя несколько напряженно, настороженно по отношению к собеседнику, соблюдает дистанцию, коротко отвечает на вопросы, стараясь не раскрывать полностью себя и свои переживания, пытается показать себя с лучшей стороны.

При расспросе о здоровье большее внимание в повествовании уделяет симптомам псориаза, под-

робно рассказывая о тех ограничениях, с которыми ему приходилось сталкиваться из-за обострения дерматоза. В подробностях вспоминает симптомы психического неблагополучия, связанные с кожным заболеванием: ухудшение настроения, тоска, раздражительность, упадок сил и работоспособности, нарушения сна, снижение аппетита. Пациент признается, что со временем периоды обострения кожного заболевания стали «срастаться» с плохим настроением, апатией, тоской и отчаянием, что значимой зависимости с проявлениями кожного заболевания не имело. Ярко и образно описывает периоды повышенного настроения после выздоровления и улучшения состояния кожного покрова, которые сменяли эпизоды подавленности. Описывает эти периоды как «моменты творческого и профессионального полета», повышенной активности, прилива сил. Отмечает, что после 45 лет эпизодов повышенной активности не наблюдалось, постепенно с 2015 г. стал снижаться общий фон настроения, активности.

При расспросе о кардиологическом заболевании старается избегать разговоров о своих предположениях по поводу прогнозов, признается, что о легочной гипертензии нигде не читал, завершая обсуждение фразой «сколько положено, столько и проживу».

Диагноз: легочная артериальная гипертензия (идиопатическая), ФК III (ВОЗ). Хроническое легочное сердце. Распространенный вульгарный псориаз, псориагическая эритродермия.

Соматический статус: состояние средней тяжести. Температура тела 36,4 °С. Кожные покровы гиперемированы, множественные псориагические высыпания, пастозность голеней и стоп. В легких дыхание жесткое, несколько ослаблено в нижних отделах, хрипы не выслушиваются, частота дыхания 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолодиастолический шум во всех точках (с усилением на вдохе), АД 110/70 мм рт.ст. ЧСС 78 в минуту.

Неврологический статус: общемозговых симптомов нет. Зрачки правильной формы, D=S. Носогубные складки симметричны. Язык по средней линии. Двигательных, координаторных расстройств не выявлено. В позе Ромберга устойчив. Чувствительность сохранена. Сухожильные и надкостничные рефлексы симметричны. Патологические знаки отсутствуют. Заключение: без патологии.

Дерматологический статус: процесс носит остро-воспалительный универсальный характер, представлен ярко-красной эритемой, отеком, инфильтрацией. Шелушение на волосистой части головы — отрубевидное, на других участках кожи — мелкопластинчатое. На разгибательных поверхно-

стях конечностей типичные псориазические бляшки с незначительным крупнопластинчатым серебристым шелушением. Индекс PASI 58 баллов. Отмечается болезненность кожи, чувство «стянутости».

Данные лабораторных и инструментальных исследований:

Общий анализ крови: гемоглобин 117 г/л, эритроциты, $4,68 \times 10^{13}/л$, гематокрит - 36,9 %, лейкоциты $2,50 \times 10^9/л$, нейтрофилы, $1,34 \times 10^9/л$, лимфоциты - $0,95 \times 10^9/л$, моноциты $0,15 \times 10^9/л$, тромбоциты, $143 \times 10^9/л$, СОЭ - 10 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок 76 г/л, глюкоза, 5,3 ммоль/л,

креатинин - 60 мкмоль/л, общий билирубин 12,7 мкмоль/л. АЛТ - 157 Е/л.

Серологические исследования: антитела к ВИЧ не обнаружены. Реакция

Вассермана отрицательная.

Общий анализ мочи: рН - 5,6 уд.вес 1012, белок, сахар - нет, лейкоциты 1-3 в поле зрения.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 80 уд/мин. Отклонение ЭОС вправо. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. QRS 98 мс., QT 354 мс..

ЭхоКГ: значительное расширение правых отделов сердца, ствола легочной артерии. Значительное снижение глобальной сократимости правого желудочка. Гипертрофия правого желудочка. Тяжелая недостаточность трикуспидального клапана (V_{max} 3,9 м/с, VC 11 мм). Систолическое давление в легочной артерии 78 мм рт.ст., давление заклинивания в легочной артерии 7,6 мм рт.ст. Расширение полости левого предсердия. Парадоксальное движение межжелудочковой перегородки.

Рентгенография органов грудной клетки: рентгенологические признаки могут соответствовать левостороннему малому гидротораксу в пределах латерального синуса.

Катетеризация правых отделов сердца: давление в легочной артерии (систолическое/диастолическое/среднее) 41/36/37 мм рт.ст. Давление в правом предсердии (систолическое/диастолическое/среднее) 6/5/5 мм рт.ст. Давление заклинивания в легочной артерии (среднее из 3 систолических) 3 мм рт.ст. Сердечный выброс 3,8 л/мин, сердечный индекс 1,9 л/мин/м², ударный объем 41,92 мл, легочное сосудистое сопротивление (PVP) 13, 5 ед. Вуда, общее сосудистое сопротивление (SVR) 21,7 ед. Вуда, сатурация смешанной венозной крови в ЛА (SvO₂) 58 %, сатурация артериальной крови (SaO₂) 94 %.

Проведенная терапия: силденафил 20 мг 3 раза/сут с повышением дозировки до 40 мг 3 раза/сут, дабигатрана этексилат 150 мг 2 раза/сут, омега-3 20 мг/сут, торасемид 20 мг/сут.

Результаты психологического обследования

Результаты психометрической оценки позволяют определить наличие у пациента резко акцентированного (ведущие показатели в опроснике Шмишека: ЗАС-20; ВОЗ-15) конституционально-характерологического профиля паранойяльного типа («застревающе-возбудимые» по Шмишеку). На первый план в структуре личности выходит патологическое заострение черт психической торпидности, ригидности общего когнитивного стиля, определяющего специфику мировоззренческой позиции и структуры восприятия. Эмоциональная сфера при этом определяется тенденцией к чрезмерной аффектации, что в сочетании с ригидностью установок, склонностью к психическому «застреванию» на субъективно значимых стимулах приводит к формированию аффективно заряженных, субъективизированных, способных достигать уровня сверхценности идей и концепций. Недостаточность эмпатии, патологическое заострение черт эгоцентризма и авторитарности, категоричности и унитарности механизмов анализа, обнаруживаемые в структуре личности пациента, определяют враждебность и низкий уровень восприимчивости в отношении альтернативных точек зрения, недоверчивость к фактам объективной реальности. Подобный-dimensionalный профиль характеризует ограниченность восприятия, склонность к фиксации на собственных единожды сформированных убеждениях, с выраженным снижением «когнитивной переключаемости».

В соответствии с характерологическим профилем у пациента выявляется смешанная структура восприятия болезни по паранойяльно-анозогнозическому типу с эргопатическими включениями (по данным опросника ТОБОЛ). Общий профиль отношения к болезни характеризуется ограниченным восприятием и недооценкой ее последствий, игнорированием тяжести соматического заболевания с недоверием к врачебным рекомендациям и диагностическому процессу. Недооценка тяжести собственного заболевания [соматогенный нейротизм по данным опросника тревоги о здоровье (ОТЗ) - 43; обеспокоенность болезнью по данным опросника восприятия болезни (ОВБ) - 2,7], со снижением страха к его летальному исходу (страх смерти по данным ОТЗ - 22; обеспокоенность последствиями болезни по данным ОВБ - 3,1) клинически соответствует проявлениям аберрантной ипохондрии.

Наличие обнаруживаемой реакции по типу аберрантной ипохондрии, конгруэнтно сочетающейся с общим личностным профилем обследуемого, может обуславливать специфическую реакцию пациента на конкурирующие соматиче-

ские заболевания. Описанная психическая ригидность определяет фиксацию пациента на единой сформированной концепции собственного заболевания. Игнорирование установленного сопутствующего тяжелого соматического заболевания (легочной гипертензии) закрепляется также выявляемым паранойяльным типом реагирования с недоверием к диагностическим рекомендациям врачей, что снижает степень аффективной заряженности переживаний о поставленном диагнозе. Паранойяльный профиль личности, характеризующийся патологическим заострением черт эгоцентричности, потребности в уважении, определяет также включение клиники дерматоза в механизм «ключевого переживания» (значимость потери уважения со стороны окружающих, связанная с ущербом внешности).

Разбор и обсуждение

Как и в случае с соматореактивной циклотимией у больных с онкологическими заболеваниями [12], в нашем наблюдении аффективного расстройства можно выделить две перекрывающиеся психопатологические оси, одна из которых соответствует проявлениям нозогении/психогении, вторая — проявлениям аффективной патологии с картиной циркулярной меланхолии и витальным характером гипоманиакальных фаз.

Дебют аффективного заболевания связан с началом дерматоза в 17 лет. До 30 лет депрессивные фазы аффективного заболевания, четко связанные с эксацербацией кожного процесса, принимают форму реакции деморализации, клиническая картина которой складывается из гипотимии, ассоциированной с тревожными, дисморфофобическими расстройствами и сенситивными реакциями. Денотат депрессивных и гипоманиакальных фаз связан с содержательной характеристикой реактивных образований: наличие «психогенного комплекса» (доминирование ситуации дерматоза и социально ограничивающих последствий кожной патологии, провокация тревожной и дисморфофобической симптоматики обстоятельствами кожного заболевания).

Вторая психопатологическая ось соответствует проявлениям аффективного заболевания: соизмеримость психопатологических проявлений депрессий с картиной циркулярной меланхолии: витализация аффекта (тоска с типичной локализацией в области сердца), тревожные расстройства, апатия, гиперестетический соматовегетативный симптомокомплекс с парциальными расстройствами сна (нарушение ритма, сокращение длительности), редукцией аппетита, патологическим циркадианным ритмом. Вместе с тем появляется витальный харак-

тер гипоманиакального аффекта («витальная эйфория» K.Leonhard, 2010).

Таким образом, при решении нозологической парадигмы в рассматриваемом наблюдении при учёте всех клинических характеристик [картина гипоманиакальных и депрессивных эпизодов аффективного расстройства представлена психопатологическими проявлениями патологии эндогенного круга, вступающими во взаимодействие с психогенно провоцируемыми (нозогенными) симптомокомплексами] представляется обоснованным остановиться на диагностике особого варианта биполярного аффективного расстройства — соматореактивной циклотимии.

Однако при анализе патохарактерологического склада пациента согласно предложенной авторами концепции соматореактивной циклотимии гипотеза о путях реализации психосоматических соотношений, в рамках которых аффективное заболевание выступает в роли акцептора ритма соматического заболевания не находит своего подтверждения [13]. Так, в поиске возможных клинических механизмов коморбидных связей особого варианта биполярного расстройства - соматореактивной циклотимии и соматического заболевания авторы (А.Б. Смудевич, С.В. Иванов, М.А. Самушия, 2014) рассматривали психопатологический ряд тревожных расстройств, которые выступают инициирующим фактором формирования аффективной патологии по механизму «раскачивания» в соответствии с концепцией «киндлинга»² (kindling — «разжигание» R.M. Post, S.R. Weiss, 1989; H. McPherson, P. Herbison, S. Romans, 1993; S.A. Hlastala et al., 2000) у пациентов с конституциональными аномалиями аффективного круга. Что касается представленного наблюдения, то личность больного можно определить как паранойяльную. В пользу такой квалификации свидетельствует склонность больного к формированию сверхценных идей, подозрительность, сверхбдительность. В межличностных отношениях характерны такие свойства, как авторитаризм, конфликтность, неспособность к эмпатии. Помимо склонности к формированию сверхценных идей, в числе характерных черт выступают также отчётливые аномалии соматоперцептивной конституции, такие как соматотония.

Обращает на себя внимание тот факт, что, несмотря на присоединение значимо более тяжелого жизнеугрожающего соматического заболева-

² Один из основных постулатов этой концепции — ведущая роль триггеров (стрессорные воздействия, в том числе резкие физиологические и патологические сдвиги в соматической сфере) в сочетании с определенным патохарактерологическим предрасположением в механизме «раскачивания» аффективной патологии

ния — идиопатической легочной артериальной гипертензии с тяжёлыми осложнениями со стороны сердечно-сосудистой системы, смены осциллятора ритма аффективного заболевания не происходит, что должно было бы произойти в соответствии с ранее предложенной моделью формирования фаз соматореактивной циклотимии. Псориаз же остается единственным значимым соматическим страданием, которое подчиняет ритм течения аффективного расстройства. Более того, у пациента наблюдается недооценка последствий сердечно-сосудистого заболевания и игнорирование тяжести проявлений легочной гипертензии.

В конкретном клиническом случае выявленная закономерность (отсутствие смены осциллятора ритма) может быть интерпретирована в плане модуля взаимодействия расстройства личности со стрессорным/психогенным воздействием. В аспекте такого взаимодействия актуальна модель формирования нозогенной реакции по механизму «ключевого переживания» (Е. Kretschmer 1922): «фильтруются» только стрессогенные воздействия, конгруэнтные кататимным/сверхценным образованиям. Так, описанная психическая ригидность определяет фиксацию пациента на единожды сформированной концепции псориаза. Игнорирование установленного сопутствующего тяжелого соматического заболевания (легочной гипертензии) закрепляется также выявляемым паранойяльным типом реагирования с недоверием к диагностическим рекомендациям врачей, что снижает степень аффективной заряженности переживаний по поводу жизнеугрожающего кардиологического заболевания.

Заключение

Анализируя представленный клинический случай, можно сделать предварительное заключение о том, что предложенная ранее авторами модель, описывающая механизмы формирования психогенно/соматогенно провоцируемых эндогенных аффективных расстройств (в частности, соматореактивной циклотимии) преимущественно среди контингента пациентов с конституциональными аномалиями аффективного круга и акцентуацией по типу тревожно-мнительного характера, требует дополнительного исследования с целью уточнения механизмов формирования аффективной патологии эндогенного круга, заимствующей ритм соматической патологии.

Литература

1. Wittkower E. Psychological aspects of psoriasis // *The Lancet*. — 1946. — V. 247. — №. 6399. — P. 566–569. doi: 10.1016/s0140-6736(46)90407-2.
2. Rieder E, Tausk F. Psoriasis, a model of dermatologic psychosomatic disease: psychiatric implications and treatments // *Int. J. Dermatol.* — 2012.

- V. 1. — №. 51. — P. 12–26. doi: 10.1111/j.1365-4632.2011.05071.x.
3. Moynihan J, Rieder E, Tausk F. Psychoneuroimmunology: the example of psoriasis // *G Ital Dermatol Venereol.* — 2010. — V. 2. — №. 145. — P. 221–228.
4. Bouguéon K, Misery L. Depression and psoriasis // *Ann Dermatol Venereol.* — 2008. — V. 4. — №. 135. — P. 254–258. doi: 10.1016/s0151-9638(08)70544-1
5. Gowda S. et al. Factors affecting sleep quality in patients with psoriasis // *J. Am. Acad. Dermatol.* — 2010. — V. 1. — №. 63. — P. 114–123. doi: 10.1016/j.jaad.2009.07.003.
6. Kannan S. et al. The role of tumor necrosis factor-alpha and other cytokines in depression: what dermatologists should know // *J Dermatolog Treat.* — 2011. — V. 2. — №. 24. — P. 148–152. doi: 10.3109/09546634.2011.619159.
7. Sandyk R., Pardeshi R. Mood-dependent fluctuations in the severity of tardive dyskinesia and psoriasis vulgaris in a patient with schizoaffective disorder: possible role of melatonin // *Int. J. Neurosci.* — 1990. — V. 3–4. — №. 50. — P. 215–221. doi: 10.3109/00207459008987174.
8. Choi Y. M., Famenini S., Wu J. J. Incidence of Pulmonary Arterial Hypertension in Patients with Psoriasis: A Retrospective Cohort Study // *Perm J.* — 2017. — №. 21. — P. 16–073. doi: 10.7812/TPP/16-073.
9. Смулевич А. Б., Медведев В. Э., Фролова В. И. Ритмы депрессии при соматических (дерматологических) заболеваниях // *Психические расстройства в общей медицине.* — 2008. — №. 1. — С. 22–25. [Smulevich A.B., Medvedev V.E., Frolova V.I. Rhythms of depression in endogenous and somatic (dermatological and cardiological) diseases // *Psikhicheskiye rasstroystva v obshchey meditsine.* — 2008. — №. 1. — P. 22–25. In Russian].
10. Смулевич А. Б., Иванов С. В., Самушия М. А. К проблеме биполярных расстройств, заимствующих ритм соматического заболевания // *Психические расстройства в общей медицине.* — 2012. — №. 2. — С. 4–11. [Smulevich A.B., Ivanov S.V., Samushiya M.A. K probleme bipolyarnykh rasstroystv, zaimstvuyushchikh ritm somaticheskogo zabolovaniya // *Psikhicheskiye rasstroystva v obshchey meditsine.* — 2012. — №. 2. — P. 4–11. In Russian].
11. Galiè N. et al. 2015 ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension: The Joint Task Force for the Diagnosis and Treatment of Pulmonary Hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Respiratory Society (ERS): Endorsed by: Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC), International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT) // *European Heart Journal.* — 2016. — V. 1. — №. 37. — P. 67–119. doi: 10.1093/eurheartj/ehv317.
12. Самушия М. А., Баринов В. В. Аффективные расстройства у больных раком органов женской репродуктивной системы (к проблеме соматореактивной циклотимии) // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* — 2013. — Т. 4. — №. 113. — С. 13–17. [Samushiya M.A., Barinov V.V. Affective disorders in women with reproductive cancer (to the problem of somatoreactive cyclothymia) // *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova (S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry).* — 2013. — V. 4. — №. 113. — P. 13–17. In Russian].
13. Смулевич А. Б., Иванов С. В., Самушия М. А. Патохарактерологическое предрасположение и формирование нозогенных (провоцированных соматическим заболеванием) психических расстройств // *Психические расстройства в общей медицине.* — 2014. — №. 2. — С. 7–13. [Smulevich A.B., Ivanov S.V., Samushiya M.A. Personality predisposition and mechanisms of nosogenic (provoked by somatic disease) mental disorder formation // *Psikhicheskiye rasstroystva v obshchey meditsine.* — 2014. — №. 2. — P. 7–13. In Russian].