

УДК 616.895.4:616.89-008.441.1-042.4:615.214:615.851.1:616-036.8

Для цитирования: Мизинова Е.Б., Караваева Т.А., Васильева А.В., Старунская Д.А., Радионов Д.С., Андрианова А.Е. Описание клинического случая пациента с коморбидными депрессивным и паническим расстройствами. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2025. № 1 (126). С. 29-38. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2025-1\(126\)-29-38](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2025-1(126)-29-38)

Описание клинического случая пациента с коморбидными депрессивным и паническим расстройствами

Мизинова Е.Б.¹, Караваева Т.А.^{1, 3, 4, 5}, Васильева А.В.^{1, 2}, Старунская Д.А.¹, Радионов Д.С.¹, Андрианова А.Е.¹

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3

² ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации Россия, 191015, Санкт-Петербург, ул. Кировная, 41

³ ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская набережная, 7-9

⁴ ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Россия, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

⁵ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации Россия, 197758, Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, 68

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Разработка эффективных методов персонифицированной медикаментозной терапии и психотерапии непсихотических психических расстройств – важное направление современной психиатрической практики, ориентированной на обеспечение оптимального здоровья и психологического благополучия пациентов. **Цель:** на основе индивидуального подхода определить принципы диагностики, лечения и стабилизации ремиссии больных с коморбидными депрессивным и тревожными расстройствами невротического спектра. **Результаты и обсуждение.** В статье рассматривается клинический случай пациента с симптомами депрессии и тревоги психогенного происхождения, показательный в отношении диагностики, лечения и стабилизации ремиссии больных с коморбидными депрессивным и тревожным расстройствами невротического спектра. Продемонстрированы процесс постановки точного диагноза, пути выбора тактики фармакологического ведения больного, обоснование выбора эффективного метода психотерапии. На примере отдельно взятой истории болезни и анамнестических данных о становлении и развитии психопатологической симптоматики проанализированы психологические механизмы, лежащие в основе манифестации и поддержания невротической симптоматики, препятствующие стабилизации ремиссии. Показан процесс личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, представлены краткосрочные и отдаленные результаты лечения. Данное описание случая было подготовлено в соответствии с рекомендациями CARE.

Ключевые слова: коморбидные расстройства, депрессивное расстройство, паническое расстройство, тревожное расстройство, депрессия, тревога, стабилизация ремиссии, личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, фармакотерапия тревожных и депрессивных расстройств.

ВВЕДЕНИЕ

Вопрос поиска эффективных методов лечения непсихотических психических расстройств имеет долгую и сложную историю. Первоначально специалисты основывались на описании и разборе психиатрами и психотерапевтами представленных клинических случаях, что во многом обеспечивало индивидуальный подход к конкретному пациенту. С приходом эры доказательной меди-

цины акцент с классических исследований сместился на повышение достоверности и возможность проводить масштабные исследования. Рандомизированные контролируемые исследования и метаанализы стали золотым стандартом в оценке эффективности лечебных вмешательств у пациентов психиатрического профиля. Тем не менее эти исследования зачастую имеют свои ограничения и риски.

Например, выборки пациентов зачастую бывают очень специфичны и могут не отражать разнообразия реальной клинической практики, некоторые пациенты остаются вне поля зрения научных исследований, что ограничивает возможность применения полученных результатов на практике. Другим значимым аспектом является исключение из доказательных исследований пациентов с истерическими проявлениями из-за высокого риска плацебо-ответа, но именно эти пациенты довольно часто встречаются в рутинной практике терапии непсихотических психических расстройств [1, 2].

Публикационное смещение – еще одна важная проблема. В научных журналах преимущественно публикуются исследования с положительными результатами, что может создать совершенно неверное представление о действительности [3, 4].

В 21-м веке со стремительным развитием технологий появляется возможность шире рассматривать и освещать клинические случаи. Это направление открывает новые горизонты в психотерапии, позволяя разрабатывать более персонализированные подходы к лечению. Стоит обратить внимание на анализ истории пациентов, что может помочь избежать диагностических ошибок, особенно в случаях с коморбидными психическими расстройствами [5, 6, 7, 8]. Согласно исследованию Российского общества психиатров, более половины коллег не обращаются к критериям МКБ-10 при постановке диагноза [9].

Необходимость представления и разбора клинических случаев служит важным инструментом для психотерапевтов и психиатров в процессе обучения, открывая принципиально новые возможности для повышения квалификации. Изучение конкретных примеров позволяет специалистам лучше понимать сложность и вариативность симптоматики, что в свою очередь способствует более точной и адекватной диагностике.

Между депрессивными и тревожными расстройствами отмечается высокая коморбидность, которая может объясняться как физиологическими, так и психологическими механизмами, особенно в случае психогенной природы психопатологических нарушений [10, 11, 12, 13, 14]. У значительной части пациентов тревога хронологически предшествует депрессии, однако бывает и наоборот [10, 11]. Доказано, что генерализованное тревожное расстройство увеличивает риск развития депрессии в 4-9 раз [10, 11, 14]. Отмечается высокая коморбидность генерализованной тревоги с депрессией, которая, по данным разных авторов, колеблется в пределах от 23% до 87% [11, 14]. В литературе рассматриваются три основных психологических механизма, ответственных за реализацию как депрессивных, так и тревожных рас-

стройств: руминативное мышление (неспособность переключения внимания с мысли/переживания), нетерпимость к неопределенности (избыточное стремление получить точную и полную информацию), катастрофизация (систематическое слабо обоснованное смещение фокуса внимания на худший из возможных вариантов развития событий) [13]. В динамическом направлении психотерапии причиной депрессивных и тревожных расстройств невротического уровня является внутриличностное неосознаваемое противоречие (внутриличностный конфликт) [12]. В отечественной школе большое внимание механизмам невротических расстройств уделяли В.Н. Мясищев, Б.Д. Карвасарский, В.Я. Семке, А.В. Васильева, Т.А. Караваева и др. [1, 2, 15, 16, 17]. Традиционно рассматривается три основных типа конфликта: *неврастенический* – между возможностями индивида и его требованиями к себе, *истерический* – между притязаниями индивида и возможностью их удовлетворения со стороны среды, *психастенический* – между желанием индивида и его представлениями о долге [1, 2, 17]. Согласно биопсихосоциальной концепции заболеваний и современным клиническим рекомендациям, в лечении пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами целесообразным является сочетанное (комбинированное) применение фармакотерапии, приводящей к редукции болезненной симптоматики, и психотерапии, обеспечивающей стабилизацию ремиссии [19, 20, 21, 22]. Подготовленный к публикации согласно рекомендациям CARE клинический случай является примером такого подхода к лечению пациентов с коморбидными депрессивным и тревожным расстройствами [15].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

На основе индивидуального подхода определить принципы диагностики, лечения и стабилизации ремиссии больных с коморбидными депрессивным и тревожным расстройствами невротического спектра.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Проведено комплексное обследование пациентки, 36 лет, находившейся на стационарном лечении в отделении лечения пограничных психических расстройств и психотерапии НМИЦ психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева с беспокоящими её в течение года жалобами на сниженное настроение, плаксивость, тревогу и беспокойство без объективных причин, снижение аппетита без изменений веса тела, трудности засыпания, поверхностный сон с частыми пробуждениями среди ночи от тревоги, а также эпизоды учащенного сердцебиения и чувства нехватки воздуха, которые обычно сопровождались головокружением, слабостью, ощущением страха и беспокойством за свое здоровье.

Анамнез болезни

Больной считает себя около года, когда заметила не свойственные ей ранее повышенную обидчивость, раздражительность, вспыльчивость, несдержанность, плаксивость. Снизилось настроение, появились неопределенная тревога и беспокойство, ухудшились сон и аппетит. В анамнезе аффективные и иные нервно-психические расстройства отрицает. В преморбиде всегда была уверенной в себе, любила быть в центре внимания, вела активный образ жизни, часто загоралась новыми модными увлечениями, но при отсутствии прогресса быстро теряла интерес и мотивацию к достижению цели. На протяжении 7 лет считала свой брак крепким и счастливым, что муж ей бесконечно предан и любит только её. Два года назад произошла психотравмирующая ситуация, когда случайно обнаружила в телефоне супруга любовную переписку и уличила его в измене. В ответ муж даже не пытался оправдаться, признал, что давно любит другую женщину, согласен на развод и намерен переехать жить отдельно, чтобы разобраться в себе. На протяжении 5 месяцев пыталась сохранить иллюзию стабильности семьи, угнетала ситуация неопределенности, на этом фоне снизилось настроение, пропал аппетит, похудела на 12 кг, часто просыпалась в 5-6 утра с ощущениями витальной тоски. С тяжелым чувством безысходности и страха думала о том, «как такое могло с ней произойти», было трудно справляться с повседневными делами, к специалистам не обращалась. Эпизодически возникали суицидальные мысли, которыми поделилась с подругой семьи, попросив никому не говорить «ни слова». Когда супруг узнал о её душевных переживаниях, вернулся в семью. После его признаний в любви и раскаянии простила измену и предательство. После совместного решения о восстановлении отношений состояние выровнялось. Пациентка не считает произошедшее событие причиной болезненного состояния, поскольку описанные симптомы возникли только спустя полгода после того, как ситуация «благополучно» разрешилась. Несколько позже появились приступы в виде учащенного сердцебиения, затрудненного дыхания, слабости, потливости, головокружения, сопровождавшиеся тревожными мыслями о серьезной болезни и страхом смерти. Проведенные обследования нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы не выявили. В дальнейшем приступы пароксизмальной тревоги стали ежедневными.

Анамнез жизни

Себя пациентка описывает как впечатлительную, чувствительную и ранимую. Воспитывалась в полной семье. Имеет брата, старше на 5 лет. Мать вспыльчивая, раздражительная, эгоистич-

ная, любила больше брата, а к ней была требовательной, никогда не хвалила, делала упор на недостатки, обесценивала. Отца описывает как тихого, доброго и заботливого. Мать могла несправедливо наказывать, кричать, оскорблять, что порождало страх, отец всегда защищал и старался не давать в обиду. В школу пошла в 7 лет, по всем предметам училась на «отлично», отличалась добросовестностью, старательностью. После поощрений и похвалы со стороны педагогов занималась более усердно, стремилась быть первой ученицей в классе. Болезненно переживала неудачи и критику, из чувства повышенной эмоциональности и самолюбия хотела всем нравиться. После школы поступила на бюджетное отделение вуза. Постепенно проживание с родителями стало невыносимым из-за материнских упреков, но она терпела и мечтала, что явится «романтичный принц» и увезет её из дома. Однако в реальности была вынуждена со своими проблемами и трудностями справляться самостоятельно. Закончив университет и отработав несколько лет учителем русского языка и литературы, предприняв несколько неудачных попыток устроить личную жизнь, решила не сдаваться и переехать в Москву. На новом месте в скором времени познакомилась с молодым человеком и вышла за него замуж, уволилась с работы. На настоящий момент в браке состоит 8 лет, детей не имеет.

Психический статус

Контакту доступна. Сознание ясное. Ориентирована в месте, времени, собственной личности верно. Бреда, галлюцинаций, агрессивных, аутоагрессивных и суицидальных тенденций не проявляет. Мимика живая. Внешне опрятна. Беседу поддерживает охотно. Сон поверхностный. Фон настроения сниженный с апатией, вялостью и настороженностью. Испытывает нарастающее тревожное напряжение. Фиксирована на неприятных симптомах, ипохондрична. Выявляются незрелость, поверхностность суждений, инфантильность, категоричность.

По результатам оценки состояния с использованием клинических шкал Гамильтона для оценки депрессии (21-пунктовая Hamilton Depression Rating Scale, HDRS, HAM-D) и тревоги (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS, HAM-A) были получены следующие результаты: по шкале HDRS суммарный балл – 17, по шкале HARS – 26. На основании данных показателей были диагностированы клинически выраженная депрессия средней степени тяжести (соответствует интерпретации баллов HDRS в диапазоне 17-23) и клинически выраженное тревожное расстройство средней выраженности (по шкале HARS балл 26 указывает на выраженную тревожную симптоматику, требующую терапевтического вмешательства).

Данные экспериментально-психологического обследования

Выявленная психопатологическая симптоматика способствует поддержанию состояния стойкого эмоционального дискомфорта, неуверенности в себе, психологического стресса и психической дезадаптации. Конфигурация психологического симптоматического профиля отражает наибольшую выраженность в субъективной клинической картине тревожно-депрессивной симптоматики, сочетанной с истерическими проявлениями невротического регистра, включая склонность к эмоциональной драматизации, аффективной лабильности, инфантильному поведению в условиях близкой эмоциональной вовлеченности, но с сохранением способности к дифференцированному поведению в обычных социальных условиях. В качестве ведущих индивидуально-психологических особенностей личности на передний план выходят психологическая и эмоциональная незрелость, неустойчивость привязанностей и интересов, мягкость, ранимость, впечатлительность, повышенная внушаемость и самовнушаемость, тревожная мнительность, нерешительность, несамостоятельность, слабость инициативы, зависимость и одновременно эгоцентричность, способность к вытеснению нежелательных представлений о себе.

Диагностика

При обращении к врачу-психиатру ПНД был диагностирован умеренный депрессивный эпизод. Рекомендован прием антидепрессантов. Выказала опасения относительно возможного набора веса. В связи с чем назначен флувоксамин с титрацией дозы до 150 мг/сут в течение последующих 3 месяцев. Через 3 недели состояние улучшилось (выровнялось настроение, уменьшилась тревога, почти исчезла плаксивость, стали реже и менее интенсивными приступы сердцебиения, затрудненного дыхания с ощущением нехватки воздуха и головокружением). Однако полной редукции психопатологической симптоматики (как вегетативной, так и аффективной) не произошло. Спустя 3 месяца стабилизации ремиссии не наступило, состояние повторно стало ухудшаться. Симптомов не становилось больше в количественном отношении, но они постепенно возвращались, значимо ухудшая качество жизни. Проводилась когнитивно-поведенческая психотерапия в течение 1 месяца, что незначительно улучшило состояния. Спустя 3 месяца после окончания курса фармакотерапии и сеансов КПТ симптомы вернулись, т.е. стабилизации ремиссии снова не произошло. Обратилась в НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. Была госпитализирована в отделение лечения пограничных психических расстройств и психотерапии.

Обоснование диагноза и дифференциальная диагностика

Так как результаты клинических и инструментальных исследований не выявили признаков соматической патологии, сделан вывод, что жалобы соматического спектра являлись вегетативными эквивалентами аффективных нарушений. Дифференциальная диагностика проводилась между смешанным тревожным и депрессивным расстройством, протекающим с выраженной тревогой или паническими приступами депрессивным эпизодом и протекающим со снижением настроения паническим расстройством. В связи с этим рассматривался также диагноз расстройства адаптации, однако в полной мере клиническая картина, сроки появления симптомов, их выраженность и интенсивность, временная связь с психотравмирующей ситуацией не соответствуют критериям ни одного из указанных вариантов. В результате врачебного консилиума установлено наличие коморбидных нарушений: Умеренный депрессивный эпизод средней степени без соматических симптомов (код по МКБ-10 F32.10), Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревожность) (F41.0). Однако значительно больший интерес и сложности представляют не столько симптоматические проявления, сколько их психогенный характер и роль психологических переживаний, неосознаваемых пациенткой. Прием флувоксамина был дополнен анксиолитиками для снижения уровня тревоги (гидроксизин 100 мг/сут). Учитывая психогенный характер психопатологической симптоматики, наличие внутриличностных противоречий, была рекомендована личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (ЛОРП).

Психотерапевтическое лечение

Индивидуальная ЛОРП проводилась в течение 3 месяцев, по 90 минут, 2 раза в неделю (всего 32 сессии). ЛОРП представляет собой развитие учения В.Н. Мясищева о неврозах и их психотерапии [14, 15, 16]. Основная цель ЛОРП заключается в достижении осознания пациентом взаимосвязи между историей его жизни, сформированными ею отношениями, вытекающими из них неадекватными реакциями на сложившуюся ситуацию, т.е. преодоление неуверенности в себе и своей уязвимости. Решающим моментом служит структурная перестройка нарушенных отношений. Задачи ЛОРП фокусируются на трех составляющих самосознания – самопонимании, самоотношении и саморегуляции, а целью является формирование адекватного самосознания. Механизмы лечебного действия лежат в когнитивной, эмоциональной и поведенческой плоскостях и могут быть обозначены как конфронтация, корригирующий эмоциональный опыт и научение.

В представленном клиническом случае описывается пример практической реализации целей, задач и механизмов лечебного действия ЛОРП. В качестве главных психотерапевтических мишеней были выделены: 1) нарушенные отношения в системе отношений личности, 2) внутриличностные противоречия и конфликты, 3) затрудняющие осознание внутриличностных противоречий и амбивалентных чувств механизмы психологической защиты, 4) неконструктивные когнитивные установки и способы эмоционального реагирования, негативное самоотношение и отношение к окружающим, дезадаптирующие поведенческие стереотипы.

На начальном этапе внимание уделялось анализу жизненной ситуации, предшествовавшей манифестации симптоматики, оказанию помощи в осознании связи между психогенными факторами и клиническими проявлениями, пониманию собственной роли в возникновении, развитии и сохранении психотравмирующей ситуации. Так как пациентка не понимала связи между ситуацией и заболеванием в связи с отсроченностью появления симптомов, первоначальная версия осознания связи «ситуация – личность – болезнь» сводилась к тому, что на неё более сильное эмоциональное воздействие, чем она предполагала, оказала измена супруга. Несмотря на то что, как ей казалось, она давно простила измену мужа, пережитые ею саморазрушительные болезненные чувства, которые она испытала по его вине (обида, гнев, страх, одиночество, отчаяние), «расшатали нервы». Т.е. необходимо было сформировать понимание собственной роли в возникновении, развитии и сохранении заболевания. Подобное осознание хотя и не имело психотерапевтического эффекта, но создало более устойчивую мотивацию для активного и осознанного участия в дальнейшем психотерапевтическом процессе.

На этапе конфронтации, предполагающей в рамках ЛОРП столкновение пациента с самим собой, своими проблемами и конфликтами, отношениями и установками, с характерными эмоциональными и поведенческими стереотипами, психотерапевт подверг сомнению версию пациентки и попросил её задуматься над следующими вопросами: «О чем можно было бы тревожиться и переживать в случае отсутствия болезненных симптомов?», «Какие реальные жизненные страхи и иные эмоционально тягостные переживания могут объективно лежать в основе сохраняющейся тревожно-депрессивной симптоматики?», «Существуют ли какие-либо другие поводы для беспокойства, не считая сферы здоровья?». Проработка этих вопросов активировала механизмы психологических защит, на начальном этапе вызвала активное сопротивление, ухудшение состо-

яния, желание прервать терапию. Однако из-за постоянно испытываемого страха оставить о себе в глазах других негативное впечатление решила не разрывать контакт с терапевтом.

Анализ этого сопротивления и динамики переживаемых чувств позволил пациентке понять, что ей свойственно вытеснять неприятные эмоции, избегать негативные чувства и переживания, испытывать стыд из-за возможной отрицательной оценки и страх разочаровать окружающих. Пациентка осознала, что в ситуации с изменой мужа, как она считала ранее, удачный способ справиться с неприятными эмоциями – это забыть о них, в реальности не только не помог, а напротив, внес весомый вклад в развитие заболевания. Вытесненные истинные чувства к супругу трансформировались в неопределенную тревогу, немотивированные приступы паники и депрессию, что позволило временно защититься от реальных проблем, сместив фокус внимания на состояние здоровья. Пациентка осознала, что несмотря на испытываемую к супругу благодарность за заботу, она до сих пор зла и обижена на него, бывшее доверие утрачено, а главное, нет прежней уверенности, несмотря на его заверения в любви и преданности, что ситуация измены не повторится. На этом этапе, понимая необходимость и целесообразность прояснения с мужем беспокоящих пациентку вопросов, её охватывали страх и паника. Она опасалась услышать что-то нелестное о себе, столкнуться с информацией, что супруг изменил ей, потому что его что-то в ней не устраивало и, возможно, не устраивает до сих пор, а она не сможет изменить себя. Ей было страшно, что в результате подробного откровенного разговора он примет решение уйти от нее.

В дальнейшей работе пациентка вспомнила о своих детских взаимоотношениях с матерью, связанных с ощущением обиды на её излишнюю строгость и несправедливость, постоянные требования «быть послушной», иначе «самовольная дочь» ей будет не нужна. Пациентка рассказала о своем бессознательном стремлении угодить и понравиться матери и в то же время о ненависти и злости на нее с одновременным страхом открыто высказывать недовольство и обиду. В процессе занятий пациентка осознала, что такой неконструктивный механизм эмоционального реагирования, закрепившийся с детства, в последующем она перенесла на взаимоотношения с другими людьми, включая супруга. Описывая и вспоминая доброжелательные взаимоотношения с отцом, который любил и хвалил её, она поняла, что вместо реального создала образ идеального мужчины, которому можно всецело доверять, не сомневаться в нем, получать безусловную любовь и принятие, ничего не отдавая взамен.

Пациентка пришла к пониманию, что неосознанно олицетворяла своего супруга с отцом, поэтому никогда не сомневалась в его верности и преданности, не могла предположить, что он может от неё отказаться, не задумывалась над тем, какие еще чувства он может к ней испытывать помимо любви. Она вспомнила, что никогда не интересовалась желаниями и потребностями мужа. Измена супруга дала пациентке понимание, что в роли сильной и самостоятельной женщины он может её бросить, а в роли больной жены останется с ней и будет опекать. Придя к осознанию собственных неадекватных поведенческих стереотипов, пациентка решила начать реализовывать на практике, в реальной жизни иное, более конструктивное поведение. У неё появилась уверенность и решимость для обсуждения с супругом темы обоюдных невысказанных обид, претензий и требований, что было проработано в ходе психотерапевтических сессий и потом осуществлено пациенткой в семье. Она рассказала, что разговор с супругом оказался трудным, но эффективным. Благодаря конструктивному поведению пациентки в этой беседе муж озвучил ранее умалчиваемые обиды, а она смогла понять истинные причины его поведения. В конечном итоге супруги пришли к выводу, что нельзя скрывать недовольство друг другом и притворяться, что все прекрасно, только объективное обсуждение возникающих разногласий и озвучивание истинных чувств может помочь разрешить возникающие проблемы и построить гармоничные отношения. Вскоре после состоявшегося разговора пациентка отметила улучшение настроения и самочувствия, повышение уверенности в себе, позитивное самоотношение. После окончания индивидуальной психотерапии пациентка планирует пройти групповую форму ЛОРП, позволяющей на основе понимания своих неадекватных поведенческих стереотипов приобрести навыки более искреннего, глубокого и свободного общения, научиться успешно преодолевать субъективно сложные ситуации, выработать паттерны поведения, направленные на сотрудничество, ответственность и самостоятельность, закрепить новые формы поведения, в частности те, которые будут способствовать адекватной адаптации и зрелому функционированию в реальной жизни.

По окончании психотерапевтического лечения было зарегистрировано значительное улучшение психоэмоционального состояния: по шкале HDRS балл снизился до 9, по шкале HARS – до 4. Пациентка чувствовала себя значительно лучше, отмечая выраженную редукцию слабости и усталости, тревожно-депрессивной симптоматики, нормализацию сна и аппетита, улучшение отношений в семье, сохранение лишь незначительно выра-

женной тревожности с вегетативными проявлениями. Через 3 месяца после окончания психотерапии на контрольном приеме у психотерапевта она сообщила, что чувствует себя здоровой. Спустя год после завершения лечения была зафиксирована стабилизация ремиссии, что подтверждает эффективность проведенной терапии и устойчивость достигнутых результатов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, на фоне приема флувоксамина 150 мг/сут, гидроксизина 100 мг/сут в сочетании с ЛОРП было отмечено существенное улучшение состояния пациентки. Спустя год после окончания психотерапии зафиксирована стабилизация ремиссии.

Приведенный клинический случай свидетельствует о важности персонализированного подхода к диагностике и лечению пациентов с коморбидными депрессивными и тревожными расстройствами, который, помимо тщательного изучения актуальной клинической картины, предполагает установление причинно-следственных связей между появлением болезненных симптомов и кризисной жизненной ситуацией, послужившей источником психотравматизации и последующей психической дезадаптации, а также между появлением болезненной симптоматики и личностно-типологическими особенностями больного для определения нозоспецифичных и специфичных для личности пациента мишеней психотерапевтического вмешательства. Без учета психологических механизмов даже правильно подобранная фармакотерапия окажет лишь временный терапевтический эффект, стабилизация же ремиссии возможна только в условиях психотерапевтического вмешательства, ориентированного на достижение позитивных личностных изменений.

Метод ЛОРП отвечает этим требованиям, поскольку нацелен на изменение самосознания и реконструкцию системы отношений, выработку новых конструктивных паттернов поведения.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Клиническое исследование выполнено в рамках государственного задания ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России 2024-2026 гг. (XSOZ 2024 0014) и не имело внешнего финансирования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Публикуемые материалы исследования соответствуют этическим стандартам Хельсинкской Декларации ВМА и одобрены локальным этическим комитетом при НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева (протокол № ЭК-И-36/24 от 19.09.2024 г.).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Семке В.Я., Белокрылова М.Ф. «Истерическая болезнь»: современные аспекты нозологической специфичности и психосоматических соотношений. Психические расстройства в общей медицине. 2006. № 1. С. 16-22. Semke VYa, Belokrylova MF. "Hysterical disease": modern aspects of nosological specificity and psychosomatic relationships. *Mental Disorders in General Medicine*. 2006;1:16-22 (in Russian).
2. Бохан Н.А., Лукьянова Е.В., Лебедева В.Ф. Истерические расстройства у женщин климактерического возраста. Томск: «Иван Федоров», 2016. 188 с. Bokhan NA, Lukiyanova EV, Lebedeva VF. *Hysterical disorders in women of climacteric age*. Tomsk: "Ivan Fedorov", 2016:188 (in Russian).
3. Munder T, Brüttsch O, Leonhart R, Gerger H, Barth J. Researcher allegiance in psychotherapy outcome research: an overview of reviews. *Clin Psychol Rev*. 2013 Jun;33(4):501-11. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.02.002>. Epub 2013 Feb 21. PMID: 23500154.
4. Wampold BE, Flückiger C, Del Re AC, Yulish NE, Frost ND, Pace BT, Goldberg SB, Miller SD, Baardseth TP, Laska KM, Hilsenroth MJ. In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychother Res*. 2017 Jan;27(1):14-32. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1249433>. PMID: 27884095.
5. Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, Moher D, Sox H, Riley D; CARE Group. The CARE guidelines: consensus-based clinical case report guideline development. *J Clin Epidemiol*. 2014 Jan;67(1):46-51. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.08.003>. Epub 2013 Sep 12. PMID: 24035173.
6. Kazdin AE. Single-case experimental designs. Evaluating interventions in research and clinical practice. *Behav Res Ther*. 2019 Jun;117:3-17. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.11.015>. Epub 2018 Dec 2. PMID: 30527785.
7. Незнанов Н.Г., Васильева А.В., Салагай О.О. Роль психотерапии, как медицинской специальности, в общественном здоровье. Общественное здоровье. 2022. Т. 2, № 2. С. 40-57. Neznanov NG, Vasilieva AV, Salagay OO. The role of psychotherapy as a medical specialty in public health. *Public Health*. 2022;2(2):40-57. <https://doi.org/10.21045/2782-1676-2022-2-2-40-57> (in Russian).
8. Васильева С.Н., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д. Клинико-динамические характеристики биполярного аффективного расстройства при коморбидности с другими психическими расстройствами. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2017. № 2 (95). С. 16-20. Vasilieva SN, Situtkin GG, Schastnyu ED. Clinical-dynamic characteristics of bipolar affective disorder comorbid with mental disorders. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017;2(95):16-20 (in Russian).
9. Мартынихин И.А. Использование МКБ-10 для диагностики психических расстройств в России: по данным государственной статистики и результатам опроса врачей. *Consortium Psychiatricum*. 2021. Т. 2, № 2. С. 35-44. Martynikhin IA. The Use of ICD-10 for Diagnosing Mental Disorders In Russia, According to National Statistics and a Survey of Psychiatrists' Experience. *Consortium Psychiatricum*. 2021;2(2):35-44. <https://doi.org/10.17816/CP69> (in Russian).
10. Choi KW, Kim YK, Jeon HJ. Comorbid anxiety and depression: Clinical and conceptual consideration and transdiagnostic treatment. *Adv Exp Med Biol*. 2020;1191:219-235. https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0_14. PMID: 32002932.
11. Петрова Н.Н., Палкин Ю.Р., Фаддеев Д.В., Зиновьева А.Г. Коморбидность депрессивных и тревожных расстройств в клинической практике. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021. Т. 121, № 4. С. 31-37. Petrova NN, Palkin YuR, Faddeev DV, Zinovieva AG. Comorbidity of depression and anxiety in clinical practice. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2021;121(4):31-37. <https://doi.org/10.17116/jnevro202112104131> (in Russian).
12. Rudden M, Busch FN, Milrod B, Singer M, Aronson A, Roiphe J, Shapiro T. Panic disorder and depression: a psychodynamic exploration of comorbidity. *Int J Psychoanal*. 2003 Aug;84(Pt 4):997-1015. <https://doi.org/10.1516/002075703768284722>. PMID: 13678503.
13. McEvoy PM, Watson H, Watkins ER, Nathan P. The relationship between worry, rumination, and comorbidity: evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct. *J Affect Disord*. 2013 Oct; 151(1): 313-20. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.014>. Epub 2013 Jul 16. PMID: 23866301.
14. Караваева Т.А., Васильева А.В., Радионов Д.С., Старунская Д.А., Андрианова А.Е. Клинические и этиопатогенетические аспекты коморбидности депрессивных и тревожных нарушений: к проблеме достижения устойчивой ремиссии. Обзорные психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2024. Т. 58, № 4-1. С. 23-33. Karavaeva TA, Vasilieva AV, Radionov DS, Starunskaya DA, Andrianova AE. Clinical and etiopathogenetic aspects of depressive and anxiety disorders' comorbidity: towards the problem of achieving stable remission. *V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2024;58(4-1):23-33. <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-975> (in Russian).
15. Исурина Г.Л., Карпова Э.Б., Журавлев А.Л. Психологическая концепция отношений В.Н. Мясищева: учение о неврозах и психотерапия. Психологический журнал. 2021. Т. 42, № 2. С. 36-44. Isurina GL, Karpova EB, Zhuravlev AL. Psychological concept of relations of V.N. Myasishchev: the doctrine of neuroses and psychotherapy. *Psychological Journal*. 2021;42(2):36-44.

- <https://doi.org/10.31857/S020595920014238-7> (in Russian).
16. Исурина Г.Л., Карпова Э.Б., Журавлев А.Л. Психологическая концепция отношений В.Н. Мясичева: основы и содержание. Психологический журнал. 2020. Т. 41, № 2. С. 5-14. Isurina GL, Karпова EB, Zhuravlev AL. Psychology of relations by V.N. Miasishchev: origins and contents. Psychological Journal. 2020;41(2):5-14. <https://doi.org/10.31857/S020595920008488-2> (in Russian).
 17. Караваева Т.А., Васильева А.В. Психотерапия тревожных невротических расстройств. Психотерапия: национальное руководство. М.: Изд-во ГЭОТАР-Медиа, 2023. С. 697-706. Karavaeva TA, Vasilieva AV. Psychotherapy of anxiety neurotic disorders. Psychotherapy: national handbook. Moscow: GEOTAR-Media Publishing House, 2023.:697-706.
 18. Паническое расстройство: электронное издание [Электронный ресурс]. Panic disorder: electronic edition [Electronic resource]. <https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/456>.
 19. Guaiana G, Meader N, Barbu C, Davies SJ, Furukawa TA, Imai H, Dias S, Caldwell DM, Koesters M, Tajika A, Bighelli I, Pompoli A, Cipriani A, Dawson S, Robertson L. Pharmacological treatments in panic disorder in adults: a network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev. 2023 Nov 28;11(11):CD012729. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012729.pub3>. PMID: 38014714; PMCID: PMC10683020.
 20. Bandelow B, Allgulander C, Baldwin DS, Costa DLDC, Denys D, Dilbaz N, Domschke K, Eriksson E, Fineberg NA, Hättenschwiler J, Hollander E, Kaiya H, Karavaeva T, Kasper S, Katzman M, Kim YK, Inoue T, Lim L, Masdrakis V, Menchón JM, Miguel EC, Möller HJ, Nardi AE, Pallanti S, Perna G, Rujescu D, Starcevic V, Stein DJ, Tsai SJ, Van Ameringen M, Vasilieva A, Wang Z, Zohar J. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders – Version 3. Part I: Anxiety disorders. World J Biol Psychiatry. 2023 Feb;24(2):79-117. <https://doi.org/10.1080/15622975.2022.2086295>. Epub 2022 Jul 28. PMID: 35900161.
 21. Караваева Т.А., Васильева А.В., Полторак С.В., Колесова Ю.П. Принципы и алгоритмы психофармакологического лечения тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств). Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2016. № 1. С. 3-9. Karavaeva TA, Vasilieva AV, Poltorak SV, Kolesova YuP. Principles and algorithms of neurotic level anxiety disorders (anxiety-phobic, panic and generalized anxiety disorder) psychopharmacological treatment. V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology. 2016;(1):3-9 (in Russian).
 22. Караваева Т.А., Васильева А.В., Полторак С.В. Принципы и алгоритмы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств). Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2016. № 4. С. 42-51. Karavaeva TA, Vasilieva AV, Poltorak SV. Principles and algorithms of neurotic level anxiety disorders (anxiety-phobic, panic and generalized anxiety disorders) psychotherapy. V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology. 2016;(4):42-51 (in Russian).

Поступила в редакцию 14.10.2024
Утверждена к печати 03.03.2025

Мизинова Елена Борисовна, к.п.н., старший научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии, преподаватель отдела региональных программ профессиональной переподготовки специалистов с высшим психологическим образованием ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. ORCID iD 0000-0003-3178-543X. elenamizinova@yandex.ru

Караваева Татьяна Артуровна, д.м.н., главный научный сотрудник, руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России; профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»; профессор кафедры общей и прикладной психологии с курсами медико-биологических дисциплин и педагогики ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России; ведущий научный сотрудник научного отдела инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России. ORCID iD 0000-0002-8798-3702. tania_kar@mail.ru

Васильева Анна Владимировна, д.м.н., главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, доцент кафедры психотерапии и сексологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова». ORCID iD 0000-0002-5116-836X. annavdoc@yahoo.com

Старунская Диана Андреевна, младший научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. ORCID iD 0000-0001-8653-8183. stardia@yandex

Радионон Дмитрий Сергеевич, младший научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. ORCID iD 0000-0001-9020-3271.

Андреянова Александра Евгеньевна, младший научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. ORCID iD 0009-0009-9024-5960. alexsandra0013@gmail.com

✉ Радионон Дмитрий Сергеевич, dumradik@mail.ru

UDC 616.895.4:616.89-008.441.1-042.4:615.214:615.851.1:616-036.8

For citation: Mizinova E.B., Karavaeva T.A., Vasilieva A.V., Starunskaya D.A., Radionov D.S., Andrianova A.E. Description of a clinical case of a patient with comorbid depressive and panic disorder. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2025; 1 (126): 29-38. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2025-1\(126\)-29-38](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2025-1(126)-29-38)

Description of a clinical case of a patient with comorbid depressive and panic disorder

Mizinova E.B.¹, Karavaeva T.A.^{1, 3, 4, 5}, Vasilieva A.V.^{1, 2}, Starunskaya D.A.¹, Radionov D.S.¹, Andrianova A.E.¹

¹ Federal State Budgetary Institution “V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology” of the Ministry of Health of the Russian Federation
Bekhterev Street 3, 192019, St. Petersburg, Russian Federation

² Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “North-West State Medical University named after I.I. Mechnikov” of the Ministry of Health of the Russian Federation
Kirochnaya Street 41, 191015, St. Petersburg, Russian Federation

³ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Saint Petersburg State University”
University Embankment 7-9, 199034, St. Petersburg, Russian Federation

⁴ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Saint Petersburg State Pediatric Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation
Litovskaya Street 2, 194100, St. Petersburg, Russian Federation

⁵ Federal State Budgetary Institution “National Medical Research Center of Oncology named after N.N. Petrov” of the Ministry of Health of the Russian Federation
Leningradskaya Street 68, 197758, Pesochnyy Settlement, St. Petersburg, Russian Federation

ABSTRACT

Background. Development of effective methods of personalized drug therapy and psychotherapy of nonpsychotic mental disorders is an important area of modern psychiatric practice aimed at ensuring optimal health and psychological well-being of patients. **Objective:** to determine the principles of diagnosis, treatment and stabilization of remission in patients with comorbid depressive and anxiety disorders of the neurotic spectrum based on an individualized approach. **Results and Discussion.** The article considers a clinical case of a patient with symptoms of depression and anxiety of psychogenic origin, indicative of diagnosis, treatment and stabilization of remission in patients with comorbid depressive and anxiety disorders of the neurotic spectrum. The process of establishing an accurate diagnosis, ways of choosing the tactics of pharmacological management of the patient, justification for choosing an effective method of psychotherapy are demonstrated. Using the example of a single case history and anamnestic data on the formation and development of psychopathological symptoms, the psychological mechanisms underlying the manifestation and maintenance of neurotic symptoms that prevent the stabilization of remission are analyzed. The process of personally oriented (reconstructive) psychotherapy is shown, short-term and long-term treatment results are presented. This case description was prepared in accordance with the CARE recommendations.

Keywords: comorbid disorders, depressive disorder, panic disorder, anxiety disorders, depression, anxiety, remission stabilization, person-oriented (reconstructive) psychotherapy, pharmacotherapy of anxiety and depressive disorders.

Received October 14, 2024

Accepted March 03, 2025

Mizinova Elena B., Cand. Sc. (Psychology), senior researcher of the Department of Treatment of Borderline Mental Disorders and Psychotherapy, teacher of the Department of Regional Programs for Professional Retraining of Specialists with Higher Psychological Education, Federal State Budgetary Institution “V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology” of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, Russian Federation. ORCID iD 0000-0003-3178-543X. elenamizinova@yandex.ru

Karavaeva Tatyana A., D. Sc. (Medicine), chief researcher, Head of the Department of Treatment of Borderline Mental Disorders and Psychotherapy, Federal State Budgetary Institution “V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology” of the Ministry of Health of the Russian Federation; Professor of the Department of Medical Psychology and Psychophysiology, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Saint Petersburg State University”; Professor of the Department of General and Applied Psychology with courses in medical and biological disciplines and pedagogy, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Saint Petersburg State Pediatric Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation; lead researcher of the Scientific Department of Innovative Methods of Therapeutic Oncology and Rehabilitation, Federal State Budgetary Institution “National Medical Research Center of Oncology named after N.N. Petrov” of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, Russian Federation. ORCID iD 0000-0002-8798-3702. tania_kar@mail.ru

Vasilieva Anna V., D. Sc. (Medicine), chief researcher, Department of Treatment of Borderline Mental Disorders and Psychotherapy, Federal State Budgetary Institution “V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology” of the Ministry of Health of the Russian Federation, Associate Professor of the Department of Psychotherapy and Sexology, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “North-West State Medical University named after I.I. Mechnikov” of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, Russian Federation. ORCID iD 0000-0002-5116-836X. annavdoc@yahoo.com

Starunskaya Diana A., junior researcher of the Department of Treatment of Borderline Mental Disorders and Psychotherapy, Federal State Budgetary Institution “V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology” of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, Russian Federation. ORCID iD 0000-0001-8653-8183. stardia@yandex

Radionov Dmitry S., junior researcher of the Department of Treatment of Borderline Mental Disorders and Psychotherapy, Federal State Budgetary Institution “V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology” of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, Russian Federation. ORCID iD 0000-0001-9020-3271.

Andrianova Alexandra E., junior researcher of the Department of Treatment of Borderline Mental Disorders and Psychotherapy, Federal State Budgetary Institution “V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology” of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, Russian Federation. ORCID iD 0009-0009-9024-5960. alexsandra0013@gmail.com

✉ Radionov Dmitry S., dumradik@mail.ru