

А.В. Баззаева, А.А. Краснов

## КОМОРБИДНОСТЬ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ И КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова  
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2)

**Актуальность.** В настоящее время существует проблема недостаточной изученности взаимосвязей психических расстройств, характеризующихся соматоформными дисфункциями сердечно-сосудистой системы, и кардиологических заболеваний. Остаются малоисследованными аспекты взаимного патопластического влияния психических и соматических процессов. Как следствие, остаются дискуссионными вопросы о том, являются ли соматоформные и кардиологические диагностические дефиниции взаимоисключающими, или в ряде случаев может возникать патогенетически взаимосвязанная коморбидность. Все это может оказывать существенное влияние на тактику лечения подобных состояний.

**Цель** – продемонстрировать выходящее за рамки традиционных клинических представлений развитие соматоформного расстройства (СФР) сердечно-сосудистой системы у пациента в периоде реконвалесценции острого инфаркта миокарда (ОИМ) (на примере пациента Е.), а также объективизировать непредвиденную взаимосвязь между истинно соматическим и психосоматическим заболеваниями.

**Методология.** Использованы клинико-архивный, дименсиональный и клинико-катамнестический методы исследования.

**Результаты и их анализ.** После перенесенного ОИМ возможно появление различных осложнений, в том числе со стороны психического состояния. Одно из последствий – психические расстройства невротического регистра, в частности соматоформные расстройства.

**Заключение.** Данный клинический случай демонстрирует, что после перенесенного острого инфаркта миокарда могут развиваться стойкие психические расстройства невротического регистра, приводящие к дезадаптации пациента и требующие психофармакотерапевтического вмешательства. Междисциплинарное взаимодействие между врачами-кардиологами и специалистами психотерапевтического профиля улучшает прогноз.

**Ключевые слова:** психиатрия, психические расстройства, соматоформное расстройство, телесный дистресс, кардиология, психосоматика.

### Введение

СФР представляют собой категорию психических состояний, характеризующихся наличием физических симптомов, которые не могут быть объяснены каким-либо заболеванием внутренних органов. Эти симптомы

могут быть весьма разнообразными и часто вызывают значительные психологические или социальные затруднения у пациента. Несмотря на отсутствие органических причин, страдающие СФР испытывают подлинные страдания и могут обращаться к множеству

---

✉ Баззаева Анжела Владимировна – аспирант и ассистент каф. психиатрии и психотерапии с клиникой, Нац. мед. исслед. центр им. В.А. Алмазова (Россия, 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2); e-mail: bazzaeva\_av@almazovcentre.ru; ORCID: 0009-0008-5015-9374;

Краснов Алексей Александрович – д-р мед. наук доц., проф. каф. психиатрии и психотерапии с клиникой, Нац. мед. исслед. центр им. В.А. Алмазова (Россия, 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2); e-mail: krasnov\_aa@almazovcentre.ru; ORCID: 0000-0002-8732-6390

врачей в поисках объяснения своих недугов [2]. СФР включают в себя различные патологические проявления и особенности, что делает диагностику и лечение достаточно сложными. Чаще всего пациенты испытывают длительные и интенсивные боли, имеют кардиологические и неврологические симптомы, которые значительно влияют на качество их жизни. Эти расстройства можно рассматривать как своеобразный «мост» между телесной и психической сферами, когда проблемы психического здоровья материализуются в форме физических симптомов.

Существует мнение, что одним из ключевых механизмов, способствующих развитию СФР, является нарушенная гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая (ГНР) ось, которая играет основополагающую роль в стрессовой реакции организма [3, 7]. Некоторые исследования демонстрируют, что хронический стресс может привести к дисрегуляции ГНР оси, вызывая аномально высокий уровень кортизола и других стрессовых гормонов, что, в свою очередь, может способствовать возникновению физической симптоматики, не имеющей органической основы [4]. С другой стороны, когнитивные и поведенческие механизмы также играют важную роль в развитии СФР. Ряд исследований указывают на то, что пациенты с этим расстройством часто обладают негативными когнитивными схемами, такими как катастрофизация и самофокусировка на физических ощущениях [8]. Эти когнитивные искажения могут усиливать восприятие болей и других неприятных ощущений, что способствует хроническому характеру симптомов. Психоаналитические теории также предлагают важный взгляд на механизмы соматизации [1]. Согласно одной из концепций, соматоформные симптомы могут являться результатом переработки подавленных эмоций и конфликта между различными уровнями психики. Это объяснение фокусируется на внутреннем конфликте и способе, которым психика может выражать психологические страдания через физические симптомы. При рассмотрении механизмов СФР также нельзя игнорировать социальные

факторы. Например, проработки Looper et al. [10] подчеркивают роль социального контекста и семейной динамики в усилении и поддержании симптомов. Наконец, нейробиологические исследования указывают на то, что СФР могут быть связаны с дисфункциями в специфических участках мозга, таких как передняя поясная кора и островок, которые отвечают за обработку сенсорной информации и эмоций. Указанные области тесно связаны с восприятием телесных сигналов и их интерпретацией в контексте эмоционального состояния человека [5].

Таким образом, механизмы появления СФР представляют собой сложное взаимодействие биологических, психологических и социальных факторов, поэтому их понимание и лечение требуют многоуровневого подхода. Изучение и понимание соматоформных расстройств имеют важное значение не только для улучшения качества жизни пациентов, но и для развития более адекватных методов диагностики и лечения. Рассмотрение клинико-феноменологических аспектов СФР, их сочетания с собственно соматической патологией позволяет углубить наше понимание того, как взаимосвязаны психическое и физическое здоровье и какие стратегии могут быть наиболее эффективны для поддержки страдающих данными расстройствами.

## Материал и методы

Пациент Е., 40 лет, к психиатру обратился впервые. Наследственность психопатологически не отягощена.

Больной родился от второй нормально протекавшей беременности, роды были естественные, в срок. Он рос и развивался в соответствии с возрастом. Посещал детский сад. Был спокойным, добрым, в меру активным ребенком. Предпочитал играть в одиночестве: собирал конструктор или играл в машинки. С родителями отношения были доверительные, но без большой эмоциональной близости; редко слышал слова любви и получал эмоциональную поддержку, но отрицает проявления вербальной и невербальной агрессии по отношению к нему.

В 7 лет пошел в школу. Со временем наш общий язык с несколькими одноклассниками. Поначалу учился успешно и с интересом. В средних классах посещал секцию по футболу, любил проводить время за игровой приставкой, компьютером. После 9-го класса успеваемость снизилась; стал уделять меньше внимания учебе, сконцентрировался на компьютерных играх. Окончил школу средне. Поступил в вуз, получил специальность экономиста. После получения образования женился, в браке родилось двое детей.

Попытавшись найти работу по специальности, столкнулся с высокой конкуренцией и недостаточным уровнем заработной платы, в результате чего стал искать работу вне области, соответствующей полученному образованию, и нашел место в сфере обслуживания лифтового оборудования. Работа предполагала суточный график и вызовы на место аварий или поломок аппаратов. Условия труда вызвали чувство тревоги и волнения перед каждым суточным дежурством, на высоте аффекта отмечал незначительное ощущение сердцебиения, внутреннее напряжение и головокружение, которое проходило после ухода с работы. Несмотря на негативные переживания и сопутствующие соматовегетативные ощущения, к специалистам соматического и психотерапевтического профиля не обращался.

Летом 2023 года, находясь на рабочем месте, пациент Е. вновь почувствовал себя плохо. К тревоге и вышеописанным симптомам присоединились тошнота и давящие боли в области грудной клетки. Пациент вызвал бригаду скорой медицинской помощи (СМП) и был госпитализирован в городскую больницу; установлен дебют ишемической болезни сердца (ИБС) с Q-ОИМ переднебоковой стенки. Находясь в стационаре проведено стентирование передней межжелудочковой артерии (ПМЖА), выписан с рекомендацией стентирования ветви тупого края в плановом порядке.

После выписки из стационара у пациента стала усиливаться тревожность. Начал отмечать ощущение сердцебиения и потливость, головокружение. Симптомы возникали уже

вне зависимости от работы, но усиливались в момент нахождения на рабочем месте. Также появились диссомнические нарушения в виде трудностей с засыпанием и частых пробуждений посреди ночи, что вызывало еще большее беспокойство по поводу собственного состояния.

В ноябре 2023 года повторно был госпитализирован в городскую больницу по скорой в связи с усилением симптомов на рабочем месте. Отмечает, что при появлении сотрудников бригады СМП состояние стало легче, а при госпитализации в стационар симптомы купировались самостоятельно. По результатам обследования ПМЖА – стент без рестеноза. Стенозы признаны гемодинамически незначимыми и реваскуляция не показана. Пациент после выписки периодически обращался к врачам-терапевтам и кардиологам по поводу имеющихся соматовегетативных симптомов, которые вновь актуализировались после выписки из стационара. Коррекция кардиологической медикаментозной терапии не давала улучшения состояния. В марте 2024 года по рекомендации выполнил стресс-эхоКГ (тест отрицательный).

В мае 2024 года снова стал отмечать нарастание интенсивности ощущения сердцебиения, потливости, головокружения и общей слабости. Спустя несколько суток, во время нахождения на работе, добавились боли в пояснице, чувство скованности в верхних конечностях. Был доставлен бригадой СМП в ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», обследован, вновь отметил регресс симптомов после госпитализации в стационар без изменений в медикаментозной терапии. За время наблюдения боли в грудной клетке, одышку на фоне ограниченного режима отрицал. Учитывая нетипичную клиническую картину, данные инструментальных и лабораторных исследований, данные за острый коронарный синдром (ОКС) получены не были. Спустя несколько суток наблюдения был выписан с рекомендацией продолжить прием лекарственной терапии и проконсультироваться с врачом-психотерапевтом.

Через 3 дня после выписки обратился за консультацией к психиатру.

При осмотре обращало на себя внимание физическое напряжение, пациент часто менял положение тела, отмечалась зажатость в области предплечий. Во время беседы был настроен доброжелательно, охотно отвечал на вопросы. Складывалось впечатление о слабой идентификации собственных чувств и эмоций: при расспросах о работе становился более зажатым, отмечал усиление ощущения сердцебиения при обсуждении данной темы, но отвечал спокойно, без жалоб на тревогу или изменения в настроении, отрицал боязнь повторения сердечно-сосудистой катастрофы.

На момент осмотра пациента в большей степени беспокоили неприятные соматовегетативные симптомы, преимущественно со стороны сердечно-сосудистой системы: ощущение учащенного сердцебиения, нерегулярной работы сердца, головокружения, а также периодический тремор в руках, потливость. Аппетит слегка снижен. Суицидальные мысли отрицал, без агрессивных тенденций. Обманы восприятия не выявлены. Бредовых идей не высказывал. Согласился на медикаментозное лечение, настроен на работу с психотерапевтом. Критика сохранена.

При поступлении проведена оценка пациента по психометрическим шкалам:

- шкала соматических симптомов (SSS-8) – 16 баллов;
- опросник соматизированных расстройств (SOMS-2) – 25 баллов;
- госпитальный опросник тревоги (Hospital Anxiety Scale, HADS-A) – 11 баллов;
- госпитальный опросник депрессии (Hospital Depression Scale, HADS-D) – 7 баллов.

Диагноз по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10): F45.30 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы с преобладанием в клинической картине сердечно-сосудистых симптомов.

Важно отметить, что, несмотря на наличие у пациента соматической патологии, она не объясняет природу и степень выраженности симптомов и жалоб пациента, что указывает на правомерность установления

данного диагноза согласно МКБ-10. Диагнозы генерализованного тревожного расстройства, эпизодической пароксизмальной тревожности и ипохондрического расстройства исключены ввиду отсутствия необходимых критериев и жалоб у данного пациента.

Несмотря на доказанную эффективность применения в лечении СФР селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), важно было учитывать сопутствующую медикаментозную терапию, назначенную кардиологом, а также тот факт, что антидепрессанты данной группы способны удлинять интервал QT на ЭКГ, что может усугубить соматическое состояние.

Пациент на регулярной основе не принимал антикоагулянтную терапию, что позволило назначить эсциталопрам, с титрацией дозировки до 10 мг в сутки, а также прием гидроксизина 25 мг на ночь. Также пациент был направлен к психотерапевту (на когнитивно-поведенческую терапию – КПТ).

Через две недели на повторном приеме пациент стал отмечать улучшение состояния в виде нормализации ночного сна, снижения интенсивности соматовегетативных нарушений. Госпитальный опросник тревоги (Hospital Anxiety Scale, HADS-A) – 8 баллов; госпитальный опросник депрессии (Hospital Depression Scale, HADS-D) – 5 баллов. Пациент стал работать с психотерапевтом.

Через месяц с момента второй консультации (спустя 6 недель с момента начала приема психофармакотерапии) пациент обратился к психиатру повторно, для оценки эффективности проводимого лечения. Соматовегетативные симптомы регрессировали, пациент прекратил прием анксиолитика, без возвращения диссомнических нарушений. Состояние описывал как «комфортное, расслабленное, уравновешенное». Госпитальный опросник тревоги (Hospital Anxiety Scale, HADS-A) – 3 балла; госпитальный опросник депрессии (Hospital Depression Scale, HADS-D) – 2 балла. В работе с психотерапевтом основное внимание уделяет вопросам эмоционального состояния и триггерам стресса в работе. Рекомендовано продолжение приема СИОЗС в тера-

певтической дозировке, а также продолжение работы с психотерапевтом. Повторное ЭКГ – без ухудшения.

### Результаты и их анализ

Важной особенностью данного клинического случая является то, что устойчивые симптомы невротического регистра у пациента появились после перенесенной сердечно-сосудистой катастрофы (таким образом, само ухудшение соматического состояния здоровья (инфаркт) являлось пусковым механизмом для развития СФР, однако новые феномены первого порядка (симптомы) к повторной катастрофе не приводили). Важно отметить, что первые симптомы со стороны сердечно-сосудистой системы пациент стал отмечать во время повышенных физических и психоэмоциональных нагрузок на работе, что может указывать на дебют психосоматической патологии, но лишь косвенно.

Устойчивая психопатологическая симптоматика развилась спустя несколько дней после перенесенного острого инфаркта миокарда и сохранялась на протяжении более чем 6 месяцев с момента возникновения первых признаков психического расстройства.

В данном клиническом наблюдении психическое расстройство развилось у премоорбидно здоровой личности. Пациент получил образование, успешно работал, был хорошо адаптирован; имеет друзей и семью, интересы и увлечения. После перенесенного ОИМ он начал устойчиво испытывать неприятные соматовегетативные симптомы: ощущения сердцебиения, нерегулярной работы сердца, которые проявлялись и вне личностно значимых переживаний, связанных с работой. В последующем пациент стал чаще наблюдаться у специалистов кардиологического профиля, в моменты усиления симптомов неоднократно вызывал бригаду СМП – с быстрым регрессом симптомов после появления врачей и отсутствием патологии, объясняющей жалобы пациента. Спустя почти год с момента развития соматовегетативных симптомов и очередной госпитализации в кардиологический стационар врачами-

кардиологами была рекомендована консультация психотерапевта ввиду подозрения на психогенную природу жалоб пациента.

На основании данных анамнеза, психического статуса на момент осмотра, а также четырех критериев диагностики (1 – имелись симптомы вегетативного возбуждения, которые пациент приписывал физическому расстройству сердечно-сосудистой системы; 2 – имелись вегетативные симптомы (учащенное сердцебиение, потливость); 3 – наличие жалоб на боли в груди и дискомфорт в перикардиальной области и 4 – отсутствовали данные за новые заболевания и нарушения органа сердца и сосудов (данные нескольких последних госпитализаций в соматические стационары)) был поставлен диагноз, классифицируемый шифром F 45.30 в МКБ-10. При данном расстройстве соматоформные боли в области сердца часто появляются в состоянии покоя под воздействием провоцирующих факторов, таких как стресс. При физической активности симптомы обычно исчезают или становятся менее выраженными. Болевые приступы сопровождаются заметным беспокойством, пациенты громко выражают жалобы, стонут и пытаются изменить позу. Длительность болевых ощущений может варьироваться от нескольких часов до нескольких дней. Кардиалгии соматоформного характера не имеют четко определенных зон иррадиации: боль может распространяться на плечо, спину, левую руку, область лопатки или другие области. Возможно учащение пульса. Почти все пациенты с соматоформной дисфункцией жалуются на сильное сердцебиение, однако обследования выявляют этот симптом лишь у половины из них. Состояние ухудшается в покое, особенно когда пациент лежит. Также возможно небольшое повышение артериального давления. Гипертензия возникает на фоне стресса, и примечательно, что препараты, предназначенные для ее лечения, при этом малоэффективны.

Симптомы отмечались не приступообразно; пациент не испытывал внезапно возникающие чувства тревоги и страха (страх за собственную жизнь, страх потери контроля), проявление тревоги не являлось

у пациента основным симптомом; не обнаруживались поведенческие нарушения избегающего характера, что, в свою очередь, исключает установление диагноза из рубрики тревожных расстройств. При этом, несмотря на частое обращение к врачам, у пациента не сформировалась идея о возможном наличии у него тяжелого прогрессирующего заболевания, не отмечалась и избыточная фиксация внимания на собственных признаках и ощущениях, что исключает наличие ипохондрического расстройства. Учитывая перенесенный ОИМ, отметим, что в классификаторе также есть диагноз F 54 – психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках; однако данный диагноз применяется только при слабой выраженности имеющихся симптомов, которая не позволяет использовать какую-либо другую рубрику данного класса.

В семейном анамнезе пациента Е. обращает на себя внимание отсутствие эмоциональной поддержки со стороны родителей, а также интровертированность пациента, что могло способствовать недостаточной идентификации собственных чувств и эмоций, лежащей в патогенезе развития соматоформных расстройств. Дименсиональные методы исследования позволили объективизировать жалобы пациента, а работа с психотерапевтом в КПТ даст ему возможность лучше идентифицировать собственные чувства и эмоции, понять их природу и предотвратить дальнейшую трансформацию психических переживаний в соматические симптомы; метод был выбран как один из наиболее изученных и доказательных [9, 11]. Лекарственная терапия подобрана исходя из диагностических представлений, сопутствующего соматического состояния и факта приема лекарственных препаратов: согласно рекомендациям по подбору лекарственных препаратов и дозировок для лечения психических расстройств у больных кардиологического профиля, выбраны эсциталопрам (уровень доказательности и убедительности – А 1) и гидроксизин (А 2 соответственно) [6]. В течение 2 месяцев с момента

начала лечения лекарственными препаратами и работы с психотерапевтом состояние пациента улучшилось; пациент сообщил об отсутствии жалоб, что позволило отказаться от приема анксиолитика и остаться на монотерапии СИОЗС, что также было подтверждено прохождением шкалы HADS повторно (снижение показателей по шкалам тревоги и депрессии).

Важно отметить, что столкнуться с подобным случаем может врач любой специальности, т.к. пациенты часто обращаются сначала к кардиологам, неврологам, терапевтам. Так и наш пациент до посещения психиатра прошел обследование у нескольких кардиологов и терапевтов. Отсроченное обращение за специализированной помощью стало причиной снижения трудоспособности. Важной особенностью клинического случая является тот факт, что если традиционно принято считать и разграничивать СФР и сердечно-сосудистую патологию (что подтверждается как первыми определениями соматоформных расстройств, так и нынешним определением в МКБ-10), то здесь представлена коморбидность двух зачастую взаимоисключающих патологий.

## Заключение

Наше клиническое наблюдение демонстрирует, что после перенесенного ОИМ могут развиваться невротические психические расстройства, которые могут иметь стойкий характер и требовать лекарственной терапии, а также участия специалистов психотерапевтического профиля. Наличие соматических симптомов, у которых при этом отсутствует органическая природа, либо несоответствие между соматической патологией и природой симптомов и жалоб пациента является основанием для обращения к психиатру. Своевременное оказание помощи позволит улучшить социальную адаптацию, ускорит возвращение трудоспособности. Данный клинический случай также подчеркивает значение и необходимость психотерапии на разных этапах лечения как кардиологических, так и соматоформных пациентов.

### Литература

1. Бастиаанс Я. Вклад психоанализа в психосоматическую медицину // Журнал практической психологии и психоанализа. 2003. № 3. URL: <https://psyjournal.ru/articles/vklad-psihoanaliza-v-psihosomaticheskuyu-medicinu> (дата обращения: 15.07.2024).
2. Великанова Л.П., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства: современное состояние проблемы (часть 1) // Социальная и клиническая психиатрия. 2005. № 4. С. 79–90.
3. Дубовая А.В., Ярошенко С.Я., Прилуцкая О.А. Хронический стресс и нейротрофический фактор головного мозга // Практическая медицина. 2021. Т. 19, № 2. С. 19–27.
4. Курбасов Р.В., Барачевский Ю.Е., Лупачев В.В. Функциональные изменения гипофизарно-гонадного и тиреоидного эндокринных звеньев в ответ на стрессовые факторы // Фундаментальные исследования. 2014. № 10 (часть 5). С. 1010–1014.
5. Риццолатти Д., Синигалья К. Зеркала в мозге. О механизмах совместного действия и сопереживания / Пер. с англ. О.А. Кураковой и М.В. Фаликман. М.: Языки славянских культур, 2012. С. 7–13.
6. Смулевич А.Б., Волель Б.А., Трошина Д.В., Копылов Ф.Ю. Диагностика и терапия тревожных и соматоформных расстройств у больных кардиологического профиля. Методическое пособие. М., 2018. С. 31–36.
7. Чартакова Х.Х. Нарушения функций гипоталамо-гипофизарной системы // Мировая наука. 2023. № 4(73). С. 115–118.
8. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Яковенко Е.А. [и др.]. Эмоциональные нарушения у пациентов с соматоформными расстройствами и их лечение // Нервные болезни. 2022. № 1. С. 39–44.
9. Allen L.A., Woolfolk R.L. Cognitive Behavioral Therapy for Somatoform Disorders // *Psychiatr. Clin. North Am.* 2010. Vol. 33(3). Pp. 579–593. DOI: 10.1016/j.psc.2010.04.014
10. Looper K.J., Kirmayer L.J. Perceived Stigma in Functional Somatic Syndromes and Comparable Medical Conditions // *Journal of Psychosomatic Research*. 2004. Vol. 54. Pp. 373–378. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2004.03.005
11. Okita, K., Kabori, O., Sasaki, T. [et al.]. Cognitive Behavioural Therapy for Somatoform Pain Disorder in Adolescents: A Case Study // *Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy*. 2013. Vol. 4(2). Pp. 109–115. DOI:10.1080/21507686.2013.779929

Поступила 14.08.2024

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией данной статьи.

**Участие авторов:** А.В. Баззаева – проведение клинко-психопатологического обследования и оценки с помощью психометрических шкал, клиническое наблюдение, написание текста, обзор публикаций по теме статьи; А.А. Краснов – проверка материала, обработка, анализ и интерпретация данных, проверка критически важного содержания, утверждение рукописи для публикации.

**Для цитирования.** Баззаева А.В., Краснов А.А. Коморбидность соматоформных расстройств и кардиологической патологии: клиническое наблюдение // Вестник психотерапии. 2025. № 93. С. 113–121. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-93-113-121

A.V. Bazzaeva, A.A. Krasnov

### Comorbidity of Somatoform Disorders and Cardilogic Pathology: a Clinical Observation

Almazov National Medical Research Centre  
(2, Akkuratova Str., St. Petersburg, Russia)

✉ Angela Vladimirovna Bazzaeva – PhD student and assistant, Department of Psychiatry and Psychotherapy with Clinic, Almazov National Medical Research Centre (2, Akkuratova Str., St. Petersburg, 197341, Russia); e-mail: [bazzaeva\\_av@almazovcentre.ru](mailto:bazzaeva_av@almazovcentre.ru); <https://orcid.org/0009-0008-5015-9374>;

Alexey Alexandrovich Krasnov – Dr. Med. Sci. Associate Prof., Prof. Department of Psychiatry and Psychotherapy with Clinic, Almazov National Medical Research Centre (2, Akkuratova Str., St. Petersburg, 197341, Russia); e-mail: krasnov\_aa@almazovcentre.ru; <https://orcid.org/0000-0002-8732-6390>.

### Abstract

**Relevance.** Currently there is a problem of insufficiently studied interrelationships of psychiatric disorders characterized by somatoform dysfunctions of the cardiovascular system and cardiologic diseases. The aspects of mutual pathoplastic influence between mental and somatic processes remain underexplored. Consequently, there is ongoing debate regarding whether somatoform and cardiological diagnostic definitions are mutually exclusive or, in some cases, may present as pathogenetically interrelated comorbidity. This issue significantly affects the treatment strategy for such conditions.

**Intention:** To demonstrate the development of somatoform disorder (SFD) of the cardiovascular system in a patient during the convalescent period of acute myocardial infarction (AMI) beyond the scope of traditional clinical concepts (using the case of patient E.), as well as to objectify the unexpected relationship between truly somatic and psychosomatic diseases.

**Methodology.** The study utilized clinical-archival, dimensional, and clinical-catamnestic research methods.

**Results and their analysis.** Following AMI, various complications may arise, including those affecting mental health. One of the consequences is the emergence of neurotic-spectrum mental disorders, particularly somatoform disorders.

**Conclusion.** This clinical case demonstrates that persistent neurotic-spectrum mental disorders may develop after acute myocardial infarction, leading to patient maladaptation and requiring psychopharmacotherapeutic intervention. Interdisciplinary collaboration between cardiologists and psychotherapeutic specialists improves prognosis.

**Keywords:** psychiatry, psychiatric disorders, somatoform disorder, bodily distress, cardiology, psychosomatics.

### References

1. Bastiaans YA. Vklad psihoanaliza v psichosomaticheskuyu medicinu. [The contribution of psychoanalysis to psychosomatic medicine]. *Zhurnal prakticheskoy psihologii i psihoanaliza* [Journal of Practical Psychology and Psychoanalysis]. 2003; (3). URL: <https://psyjournal.ru/articles/vklad-psihoanaliza-v-psichosomaticheskuyu-medicinu> (In Russ.)
2. Velikanova L.P., Shevchenko Y.S. Psihosomaticheskie rasstrojstva: sovremennoe sostoyanie problemy (chast' 1) [Psychosomatic disorders: current state of the problem (part 1)]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psichiatriya* [Social and clinical psychiatry]. 2005; (4): 79–90. (In Russ.)
3. Dubovaya A.V., Yaroshenko S.Y., Priluckaya O.A. Hronicheskij stress i nejrotroficheskij faktor golovnogogo mozga [Chronic stress and neurotrophic factor of the brain]. *Prakticheskaya medicina* [Practical medicine]. 2021; (19(2)): 19–27. (In Russ.)
4. Kurbasov R.V., Barachevskij Ju.E., Lupachev V.V. Funkcional'nye izmeneniya gipofizarno-gonadnogo i tireoidnogo jendokrinnyh zven'ev v otvet na stressovye factory [Functional changes of the pituitary-gonadal and thyroid endocrine units in response to stress factors]. *Fundamental'nye issledovaniya* [Fundamental Research]. 2014; (10(5)): 1010–1014. (In Russ.)
5. Riccolatti D., Sinigal'ya K. Vstupitel'naya stat'ya. V kn: Zerkala v mozge. O mekhanizmah sovmestnogo dejstviya i soperezhivaniya. Perevod s anglijskogo O.A. Kurakovej i M.V. Falikman [Introductory article. In: Mirrors in the brain. On the mechanisms of joint action and empathy. Translated from English by O.A. Kurakova and M.V. Falikman]. Moscow, 2012. Pp. 7–13. (In Russ.)
6. Smulevich A.B., Volel' B.A., Troshina D.V., Kopylov F.YU. Diagnostika i terapiya trevozhnyh i somatoformnyh rasstrojstv u bol'nyh kardiologicheskogo profilya. Metodicheskoe posobie [Diagnosis and therapy of anxiety and somatoform disorders in cardiac patients. Methodical manual]. Moscow, 2018. Pp. 31–36. (In Russ.)
7. Chartakova H.H. Narusheniya funkcij gipotalamo-gipofizarnoj sistemy [Disorders of functions of hypothalamic-pituitary system]. *Mirovaya nauka* [World science]. 2023; (4(73)): 115–118. (In Russ.)
8. Chutko L.S., Surushkina S.Y., Yakovenko E.A. [et al.]. Emotsional'nye narusheniya u pacientov s somatoformnymi rasstrojstvami i ih lechenie [Emotional disorders in patients with somatoform disorders and their treatment]. *Nervnye bolezni* [Nervous diseases]. 2022; (1): 39–44. (In Russ.)

- 
9. Allen L.A, Woolfolk R.L. Cognitive Behavioral Therapy for Somatoform Disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2010; 33(3): 579–593. DOI: 10.1016/j.psc.2010.04.014
  10. Looper K.J., Kirmayer L. J. Perceived Stigma in Functional Somatic Syndromes and Comparable Medical Conditions. *Journal of Psychosomatic Research*. 2004; 54: 373–378. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2004.03.005
  11. Okita, K., Kobori, O., Sasaki, T. [et al.]. Cognitive Behavioural Therapy for Somatoform Pain Disorder in Adolescents: A Case Study. *Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy*. 2013; 4(2): 109–115. DOI: 10.1080/21507686.2013.779929
- 

Received 14.08.2024

**For citing:** Bazzaeva A.V., Krasnov A.A. Komorbidnost' somatoformnyh rasstrojstv i kardiologicheskoy patologii: klinicheskoe nabljudenie. *Vestnik psikhoterapii*. 2025; (93): 113–121. **(In Russ.)**

Bazzaeva A.V., Krasnov A.A. Comorbidity of somatoform disorders and cardiologic pathology: a clinical observation. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (93): 113–121. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-93-113-121

---