

МАСКОВАНІ ДЕПРЕСІЇ

Р.І. Ісаков,

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава

Різноманітні порушення афективної сфери психіки є однією з найчастіше діагностованих форм психічної патології, що за поширеністю та тяжкістю поступається хіба астенії. Депресії серед них традиційно посідають провідне місце за поширеністю, але навіть на цьому тлі останнім часом спостерігається тенденція до помітного зростання питомої ваги саме депресивних станів у загальному масиві психічних захворювань [1].

Імовірно, це пояснюється не зміною патоморфозу чи впливом соціально-економічних чинників, а ретельнішим виявленням стертих і маскованих форм перебігу хвороби. Тривалий час діагностика депресій будувалася на виявленні виключно клінічно окреслених станів, що мають ознаки передусім вираженої емоційної пригніченості та психомоторної загальмованості. Як наслідок, цей підхід мав значну гіподіагностику через майже повне виключення з поля зору лікаря широкого кола атипичних форм депресивних розладів. Згодом сформувався класичний діагностичний алгоритм, спрямований на виділення не тільки власне порушень афекту та зниження психічної активності, але й соматичних страждань. Питома вага кожного із цих компонентів може варіювати у дуже широких межах, що й визначає кінцевий діагноз, який фіксується статистично. Це розширило діагностичне поле, зокрема, особливо значним резервом додаткової діагностики стали так звані масковані депресивні стани, основними клінічними ознаками яких є саме порушення «соматичного тону». Стани, за яких слабкі та клінічно не завершені афективні ознаки ендогенної депресії не відповідають критеріям Міжнародної класифікації хвороб (МКХ) щодо повноцінного депресивного епізоду і при обстеженні виявляються прихованими за «фасадом» різноманітної соматовегетативної симптоматики, називають маскованими депресіями [2].

Еволюція діагностичних меж і критеріїв

Тривала невизначеність діагностичних меж і критеріїв захворювання призвела до утворення досить значного термінологічного хаосу. У пошуках оптимального визначення на різних історичних етапах застосовували такі назви, як ларвована, прихована, латентна, туманна, стерта, вегетативна, соматизована депресія, депресивні еквіваленти, депресія без депресії і подібне.

Уперше клінічну картину маскованих депресій було описано у XIX ст. як «неврастенічну меланхолію», «неврастенічну псевдоневрастенію», «м'яку форму циркулярного психозу» [3, 4]. Вибір термінології на той час був зумовлений уявленнями, що ці стани є варіантами ендогенних психозів, які мають фазний (циркулярний) перебіг. Окремі вчені підтверджували парадоксальну виразність соматичних симптомів у пацієнтів із манією [5, 6].

Подібні випадки із циркулярним перебігом також класифікували як ознаки манакально-депресивного психозу [7]. У межах цієї концепції послуговувалися такими термінами, як: соматична циклотимія, циклосомія, афективно-депресивний еквівалент, психовегетативний синдром та ін.

У XX ст. деякі автори продовжували визначати масковані депресії не як нозологічну одиницю, а як симптомокомплекс, однаково притаманний циклотимії, шизоафективному психозу та шизофренії [8]. Поряд із цим сформувався теоретичний підхід до сприйняття маскованих депресій як «тимопатичних (депресивних) еквівалентів» [9].

До того ж деякі вчені відносили масковані депресивні стани до неврозів [10]. Зокрема, було описано «вегетативну депресію» як самостійну групу захворювань [11–12].

Синдромальна незавершеність такої специфічної симптоматики, як гіпотимія, психомоторні розлади, ідеї провини та ін., зумовила поширеність визначення поняття «субсиндромальні депресії» [13].

Дотичними до підпорогових депресій є «приховані депресії», що включають описані «депресії ґрунту» і «депресії фону» [14]. Однак якщо підпороговими вважають депресії, котрі не сягають синдромальної завершеності, то у межах прихованих депресій розглядаються незначні коливання ендотимного ґрунту, який можна визначити як коливання настрою від нормального до психопатичного життя. У клінічному розумінні це можна порівняти зі стергими афективними фазами у психопатичних особистостей. Нині можна констатувати, що найобґрунтованішим є розуміння маскованих депресій саме як «соматичних еквівалентів депресії», які є ознаками «латентного депресивного стану».

Сучасний термін «масковані депресії» було запропоновано у другій половині XX ст., але оскільки в класичній «депресивній тріаді» провідне місце все ж посідає афективний компонент, то існують обґрунтовані застереження щодо коректності застосування терміна «депресія» для відповідних станів [15].

Попри значну увагу та великий обсяг проведених досліджень, і досі проблема маскованих (ларвованих, прихованих, соматизованих, алекситимічних) депресій є однією з найскладніших у сучасній психіатрії та медичній психології [16–18].

Як відомо, навіть субдепресивні афективні розлади суттєво знижують соціальну активність і функціональність пацієнтів. Водночас зростає ризик інвалідизації та споживання медичних ресурсів. Хоча поширеність маскованих депресій значно перевищує обсяг класичних варіантів перебігу, але через труднощі діагностики все ще не підлягає відносно точній фіксації.

Діагностування маскованих депресій

Причини гіподіагностики

Більшість осіб із маскованими депресіями, як свідчить практика, звертаються до психіатра через п'ять і більше років після появи перших симптомів захворювання. Причини такої гіподіагностики криються в якості діагностичного процесу, певній клінічній парадоксальності перебігу хвороби та особистісних рисах пацієнтів, які зазвичай негативно ставляться до обстеження у психіатра.

Важко заперечувати вплив низької кваліфікації частини лікарів загальної практики щодо питань діагностики психічних захворювань. Оманливе враження щодо наявності у пацієнта соматичного страждання заважає їм вчасно діагностувати депресію і почати коректну терапію, а зменшені афективні ознаки вони розцінюють як нозогенні реакції на усвідомлення наявності соматичної патології [19].

Значною мірою труднощі у діагностуванні маскованих депресій також зумовлені особливостями самоусвідомлення пацієнтів відповідного профілю. Їхні особистості переважно характеризують як гіпертимні, стенічні, педантичні; деякі автори вказують на циклоїдний і стероїдний склад темпераменту. Вони характеризуються впевненістю у своїх переконаннях, вимогливістю. Такі особливості «внутрішньої картини хвороби» спонукають їх повідомляти лікарю лише зрозумілі для них самих соматичні ознаки патологічного процесу. Через забобони та упередженість багато хто з них воліє не згадувати про власні психопатологічні переживання, і це вводить в оману діагноста [20].

Скарги на пригнічений настрій такі пацієнти, як правило, взагалі не висловлюють або ж не акцентують на них увагу. Оскільки вони переконані в наявності тяжкого соматичного страждання, тож схильні до такої думки і лікарів, якщо ті не виявляють «психіатричної настороженості». Навіть отримавши рекомендацію звернутися за консультацією до психіатра, такі пацієнти, керуючись суспільними стигмами, з обуренням відмовляються від цього. Зазвичай вони наполягають на продовженні соматичної терапії, зрештою швидко розчаровуючись у здатності наявних фахівців надати ефективну допомогу. Іноді стосовно них навіть виконують досить серйозні маніпуляції, наприклад необгрунтовані оперативні втручання. Крім того, суб'єктивна оцінка пацієнта щодо свого стану може вступати у грубе протиріччя з клінічною реальністю. Власне, ідеться про повну нездатність пацієнта усвідомлювати свій афективний стан — алекситимічні депресії. Інформативними у такому разі є скарги на нудьгу, спустошеність, самотність. Серед особливостей поведінки — похмурість, малорухливість або ж навпаки, награна збудженість, коли неабияким зусиллям волі пацієнт намагається знайти стимули для «повернення в тонус».

Варто додати, що передусім схильність зосереджуватися на соматичних скаргах, не вбачаючи саме психічний характер свого страждання, виявляють чоловіки. Здебільшого у їхньому емоційному стані превалює дратівливість. Жінки демонструють значно вищу готовність обговорювати такі симптоми, як туга, плаксивість, пригніченість, що полегшує діагностування [21]. Можливо, цим зумовлений той факт, що серед діагностованих випадків маскованих депресій статистично переважають виявлені саме в осіб жіночої статі.

Виявлення маскованих депресій

Будуючи діагностичну бесіду, слід брати до уваги особливості самоусвідомлення пацієнтів із маскованими депресіями, зокрема, якщо йдеться про відповідні стани на тлі алекситимії. Часто вони не в змозі висловити та описати власний душевний стан і схильні приписувати причини поганого самопочуття соматичному нездужанню. Плануючи опитування таких осіб, доцільно, крім прямих запитань (на кшталт «Чи відчуваєте ви тугу?», «Чи є у вас думки про самогубство?»), які мають свідчити про конкретні психопатологічні феномени, ставити питання, спрямовані на ширше висвітлення змін у самопочутті та загальному функціонуванні. Наприклад, запитати, чи не зникла у пацієнта здатність радіти життю, чи вважає він себе песимістом, чи легко може заплакати та ін.

Маскована депресія є «мімікруючим» захворюванням, яке імітує всі фізичні суб'єктивні переживання пацієнта на тлі вітального зниження настрою, іпохондричності, особливого емоційного ставлення до хвороби. У деяких випадках «маскування» афективних розладів відбувається не через соматичну симптоматику, а через провідне клінічне становище інших психопатологічних розладів, які не належать до афективних.

Доволі складним, проте важливим завданням діагностування маскованих депресій є виявлення власне афективної симптоматики і розуміння того, що саме вона має первинний характер, а не є реакцією на інформацію про соматичний діагноз. Зокрема, діагност має виявити ознаки гіпотимії, пригніченості, труднощі у спілкуванні, тенденцію до усамітнення, зниження енергетичного тону, труднощі у прийнятті рішень, неспокій, нервозність. Іноді для цього достатньо приймати «згаслий» погляд пацієнта, звернути увагу на його бідну міміку. Хоча так буває не завжди.

Серед базових критеріїв діагностики маскованої депресії можна виокремити такі:

- невідповідність інтенсивності скарг та об'єктивно виявлених хворобливих змін;
- топографічна невідповідність хворобливих відчуттів і периферичної іннервації;
- добові коливання самопочуття з погіршенням стану в нічні й ранкові години;
- циклічність перебігу;
- труднощі з формулюванням власних відчуттів через їх незвичний «мігруючий» характер;
- ангедонія як тло, котре забарвлює всю життєдіяльність пацієнта;
- позитивний відгук на терапію антидепресантами і брак ефекту терапії протизапальними засобами та анальгетиками.

Ці критерії важливо сприймати комплексно, оскільки кожен із них окремо не є однозначним і стабільним. Втім, відсутність органічної патології на тлі депресії не часто спостерігається у «чистому» вигляді. Адже частіше об'єктивно фіксують функціональні зміни, а іноді маскована депресія видозмінює перебіг супутніх соматичних захворювань, призводячи до гіперболізації пацієнтом своїх реально наявних переживань, що ставить перед діагностом складні завдання.

Фіксація ознак ангедонії відбувається під час опитування. При цьому характерними є зниження активності

та енергійності, втрата інтересів і задоволення від звичних занять, відчуття безнадії та приреченості. У таких пацієнтів ангедонія різного ступеня виразності наявна завжди, але не завжди вона супроводжується саме скаргами на пригнічений настрій.

Характерною ознакою депресивного впливу на афективну сферу також є стереотипні коливання настрою упродовж доби з ранковою тривогою чи байдужістю, відстороненням від світу з фіксацією на власних тілесних відчуттях і поліпшенням настрою надвечір. Зрештою, добова тенденція коливань стосується і соматовегетативних ознак депресії. Це є важливою диференційною відмінністю, наприклад, істинної астенії на тлі інфекційних захворювань, коли погіршення самопочуття відбувається надвечір.

Під час вивчення анамнезу захворювання на користь маскованої депресії може свідчити спонтанний, періодичний, часто сезонний характер загострень взаємопов'язаних соматовегетативних і психічних розладів, невизначена природа соматичних симптомів, ознаки стертих депресивних або маніакальних фаз.

Важливим критерієм діагностування маскованих депресій є те, що соматовегетативні «фасадні» ознаки зазвичай не відповідають типовим рамкам соматичного захворювання, яке імітують. Їх доповнюють різноманітні соматовегетативні скарги, котрі є надто численними для класичного перебігу соматичного страждання, і розлади вітальних функцій: порушення сну (безсоння і ранне передчасне прокидання), зниження апетиту, порушення потенції у чоловіків, менструального циклу в жінок.

Лікування соматичних проявів за стандартними шаблонами демонструє очевидну безуспішність соматотропної терапії, тоді як застосування антидепресантів сприяє бажаному ефекту.

Класифікація маскованих депресій

Нині масковані депресії переважно описують у межах ендогенної афективної патології. У МКХ-10 це рубрика F32.8 — інші депресивні епізоди, що включає поодинокий епізод «маскованої» (прихованої) депресії [22].

Існує тенденція до ототожнення маскованих депресій і «соматизованих психічних розладів», однак перші стосуються виключно ендогенних захворювань, а от соматизовані розлади виникають у рамках широкого кола психічної патології, зокрема екзогенного генезу. Власне, афективні порушення (зокрема з депресіями) являють собою лише одну зі структурних частин соматизованих розладів поряд із патологією тілесних відчуттів та іпохондричними явищами.

При цьому питання нозологічної належності маскованих депресій і нині далеко від остаточного теоретичного і практичного вирішення. Маючи досить тісну спорідненість із синдромально завершеними афективними розладами, їх завжди варто розглядати як чинник ризику подальшої маніфестації, зокрема першого великого депресивного епізоду. У деяких випадках вони клінічно виглядають як тривалі неповні ремісії, що розмежовують собою афективні епізоди в межах перебігу рекурентних депресій або біполярного афективного розладу (БАР). Також масковані депресії можуть відігравати роль допоміжного чинника в реалізації патологічного сценарію

реагування на вплив стресорів, якщо йдеться про розвиток реактивних станів, зокрема психогенних депресій.

Спроби клінічної типологізації маскованих депресій просяуються у трьох напрямках:

- 1) систематизація навколо відповідних галузей медицини (терапії, хірургії, неврології та ін.);
- 2) згідно з провідним функціональним синдромом (кардіалгічним, гастралгічним, діенцефальним тощо);
- 3) за ознакою феноменів, що домінують.

Варто зазначити, що саме останній підхід є найінформативнішим для лікаря-практика.

Сьогодні запропоновано таку класифікацію «масок» депресії:

1. У формі психопатологічних розладів:
 - тривожно-фобічні — генералізований тривожний розлад, тривожні румінації (сумніви), панічні атаки, агорафобія, соціофобія, нозофобія;
 - obsесивно-компульсивні (нав'язливості);
 - дисоціативні;
 - іпохондричні;
 - неврастенічні;
 - астенічні (синдром хронічної втоми, ювенільної астенічної неспроможності).
 2. У формі порушення біологічного ритму:
 - безсоння;
 - гіперсомнія.
 3. У формі вегетативних, соматизованих та ендокринних розладів:
 - синдром вегето-судинної дистонії, запаморочення;
 - функціональні порушення з боку внутрішніх органів (синдром гіпервентиляції, кардіоневроз, синдром подразненої товстої кишки тощо);
 - нейродерміт, шкірний свербіж;
 - анорексія, булімія;
 - імпотенція, порушення менструального циклу.
 4. У формі алгій, а саме:
 - цефалгії;
 - кардіалгії;
 - абдоміналгії;
 - фіброміалгії;
 - невралгії (трійчастого, лицевого нервів; міжреберна невралгія; попереково-куприковий радикуліт);
 - спондилоалгії;
 - псевдоревматичні артралгії.
 5. У формі патохарактерологічних розладів:
 - розлади потягів (дипсоманія, наркоманія, токсикоманія);
 - антисоціальна поведінка (схильність до дисфорій, імпульсивність, конфліктність, конфронтаційні установки, спалахи агресії);
 - істеричні реакції (вразливість, плаксивість, схильність до драматизації, прагнення привернути увагу до власних недугів, вживання у роль хворого, суїцидальний шантаж);
 - психопатичні стани депресивного спектра з афективною лабільністю, заниженою самооцінкою, ризиками сенситивності та залежності.
- Попри значний обсяг досліджень, присвячених саме спробам класифікації маскованих депресій, це питання лишається досить далеким від остаточного вирішення.

Клінічні ознаки маскованих депресій

Клінічна картина маскованої депресії не вирізняється специфічністю і створює загальне враження «депресії без депресії». Найпоширенішими її «фасадними» ознаками є численна поліморфна соматовегетативна симптоматика (передусім вегето-судинні розлади, порушення травлення та статеві дисфункції), а також астенія, безсоння та сене-стопатії. Типовим також є поєднання скарг на шлунково-кишкові розлади, дисфункцію в статевій сфері, головний біль та відчуття втоми.

Сучасні тенденції у вивченні маскованих депресій дають змогу встановити їх надзвичайну поліморфність. Власне, відбулося значне розширення кола так званих «фасадних симптомів». Окрім класичних соматовегетативних ознак, нині до них належать численні розлади потягів та аномалії поведінки, а також динамічні коливання афективного радикала в межах субдепресій різноманітної структури.

Класичними «фасадними» симптомами маскованої депресії, як правило, є соматовегетативні ознаки: нудота і блювання, сухість у роті, розлади сну, коливання маси тіла, головні болі та болі в животі, шум і дзвін у вухах, невралгії та міозити, гастрити, люмбаго, імпотенція, відчуття оніміння чи жару в певних частинах тіла, кардіалгії, аритмії, коливання артеріального тиску.

Розлади сну як самостійна патологія вважаються досить рідкісним явищем, здебільшого йдеться про вторинні симптоми основного захворювання, найчастіше — депресії. Сон, як вітальна функція, є одним із важливих індикаторів загального стану організму. Ангедонія при депресії проявляється зниженням потреби у сні, втратою відчуття «насичення сном», внаслідок чого пацієнти страждають від перманентного відчуття втоми та млявості. Порівняно з іншими симптоматичними диссомніями, у разі депресії специфічною клінічною ознакою є болісне безсоння у ранкові часи, що супроводжується тимчасовим посиленням афективної депресивної симптоматики. Окремо виділяють «сонливу депресію», яка має ознаки гіперсомнії, та агрипінічну депресію, якій притаманний уривчастий сон із неприємними сновидіннями та раннє передчасне прокидання, після якого спроби встати з ліжка даються хворому лише після значного вольового зусилля [23].

Аналогічним відображенням стану вітальних функцій організму є і розлади харчової поведінки на тлі депресії. Маскування аноректичної депресії може проявлятися ранковою нудотою, браком апетиту, відразою до їжі, схудненням. Додатковим чинником зниження апетиту можуть ставати атонічні закрепи і, як наслідок, інтоксикація організму. Однак можливий і клінічний варіант із протилежною картиною, домінуванням підвищеного апетиту, булімії, споживанням надлишку вуглеводів (крейвінг) та аліментарним ожирінням. Проте спільним в обох випадках є ангедоністичний стан: втрата відчуття смаку їжі, інтересу до неї, задоволення від подолання голоду і насичення. Зниження ваги на цьому тлі відбувається не стільки через зменшення обсягу споживаної їжі, скільки через порушення основного обміну. Власне, суб'єктивна тяжкість цієї симптоматики в разі депресії також посилюється у ранкові години.

Статева дисфункція на тлі депресії проявляється зниженням лібідо та порушенням здатності відчувати

оргазм, наслідком чого є функціональна імпотенція у чоловіків і фригідність у жінок. Психалгії при депресії можуть набувати форми головного, серцевого болю або больових відчуттів у спині чи м'язах. Як правило, диференційними ознаками депресивних психалгій є їх непов'язаність із фізичним навантаженням, добова циклічність із посиленням у ранкові години та супровід у вигляді численної соматовегетативної симптоматики. Описуючи власні суб'єктивні відчуття, пацієнти зосереджуються не на гостроті болю, а на відчутті «тяжкості» як фізичного еквіваленту емоційної пригніченості: «камінь на душі», «гіри на ногах», «ноша на плечах». Часто це дає змогу відрізнити такі відчуття від «звичайного болю» істинно соматичного характеру навіть на суб'єктивному рівні.

Майже для всіх маскованих депресій характерні астеничні симптомокомплекси, що уособлює фізичне втілення ангедонії та вітальної дисфункції. Переважно вони створюють фон клінічної картини, але можуть посідати й центральне місце, супроводжуючись рясними вегетативними ознаками, дратівливою слабкістю. Болісне відчуття знесилення і труднощі з виконанням звичних функціональних обов'язків, як правило, і підштовхують таких пацієнтів до відвідування лікаря, а безуспішність подальших консультацій, обстежень і симптоматичної терапії призводить зрештою до висновку про «невиліковність недуги». Відчуття приреченості може породжувати навіть суїцидальні наміри, що вирізняються атиповістю, у вигляді ідей самозвинувачення.

Поширені «маски» депресії

Наймасовішим є контингент пацієнтів із ларвованими депресіями, які звертаються по допомогу до терапевтів, їхні скарги відображають соматичні «маски» депресії.

Ознаки депресії можуть перекриватися симптоматикою так званих «органних неврозів», наприклад синдромом Да Коста (кардіоневрозу), синдромом гіпервентиляції, синдромом подразненого кишечника. Хоча частіше на перший план виступають саме симптоми іпохондрії: скарги на втрату енергії, втомлюваність, тяжкість у ногах, напруження у тілі. На цьому тлі виникає схильність приписувати ознаки поганого самопочуття патологічному соматичному процесу, підозрювати наявність важкого захворювання, яке не змогли діагностувати медики.

Здебільшого «масками» прихованих депресій є різноманітні функціональні порушення у діяльності шлунково-кишкового тракту. Наприклад, синдром подразненого кишечника може проявлятися гіпомоторною дискінезією, закрепамі за відсутності позивів на дефекацію, стійкими абдомінальними в проекції товстої кишки, що призводить до хибної діагностики коліту. Типовим для осіб із маскованими депресіями є звернення зі скаргами на кардіалгії, що не супроводжуються стенокардією, відчуттям дискомфорту в ділянці серця, перебоями у його роботі. Але можливі також скарги на аритмію, відчуття серцебиття, тахікардію. У багатьох випадках ці відчуття мають певні патологічні зміни на електрокардіограмі, які вдається коригувати на тлі застосування антидепресантів.

Доволі поширеними терапевтичними маскуваннями є також напади бронхіальної астми, псевдотиреотоксичні стани. Останні іноді супроводжуються деяким набряком щитоподібної залози та інтенсифікацією основного

обміну, і це може помилково розцінюватись як критерій необхідності оперативного втручання. Так, до хірургів нерідко звертаються особи з депресією та скаргами на неприємні відчуття у черевній порожнині. У деяких випадках спостерігається майже класична картина «гострого живота», що також провокує невиправдані оперативні втручання. Пацієнок гінекологів турбують різного характеру дисменореї. Дерматологи стикаються із проявами екзем і дерматозів, за якими приховується симптоматика депресії. Звертаючись до оториноларингологів, пацієнти з ларвованими депресіями скаржаться на біль і «закладеність» у вухах, порушення ковтання, відчуття «клубка» в горлі, невизначені невралгії в ділянці рота й глотки. Офтальмологи стикаються з проявами розпливчастості зору, клінічною картиною блефароспазму. Часто такі пацієнти можуть скаржитися на мерехтіння перед очима, кольорові іскри, мінущий ністагм або диплопію, блефароспазм, погіршення зору.

Поширеною «маскою» депресії є стійкі ідіопатичні алгії, які можуть мати найрізноманітнішу локалізацію. Найчастіше описують денний головний біль напружності, із якими пацієнти звертаються до неврологів. Стійкість до фармакотерапії призводить до занепокоєння через можливу пухлину мозку, але такі припущення не підтверджуються після проведення комп'ютерної томографії. Також характерними є скарги на болі в ділянці обличчя, хребта, кінцівок; кардіалгії, абдоміналгії (тулий біль у вигляді перманентних дифузних відчуттів у ділянці живота); «міграція» больових відчуттів або парестезії щелепно-лицевої ділянки, фіброміалгії.

У разі маніфестації фіброміалгії (зокрема різноманітні больові симптомокомплекси з локалізацією принаймні у двох точках) імовірність депресії становить від 70 до 80 %. При цьому депресивні реакції можуть розглядатись як облігатна складова синдрому фіброміалгії, або ж самі алгії кваліфікують як ознаки розладів афективного спектра.

За домінування ознак дисфункції вегетативної нервової системи зазвичай йдеться про «вегетативні» депресії, для яких типовими «фасадними» симптомами також є різноманітні алгії (краніалгії, міалгії різної локалізації [11]).

До стоматологів інколи звертаються пацієнти з болями невралгічного характеру в ротовій порожнині, які не зникають після поспішної непродуманої екстракції зубів. Лікарі-наркологи мають виявляти настороженість щодо ларвованої депресії як предиктора наркотичної залежності.

Психіатри теж мають тримати в полі зору варіант «фасадних» ознак маскованої депресії, діагностуючи зокрема періодичну неврозоподібну симптоматику. Серед психопатологічних «масок» циркулярної депресії найчастішими є тривожно-фобічні розлади: соціофобії, тривожні румінації, панічні атаки, сумніви у правильності власних дій.

P. McGrath and J. Miller (2010) виокремили «тривогу із субсиндромальною депресією» як самостійну клінічну категорію. У МКХ-10 поєднання субсиндромальної (яка не відповідає критеріям депресивного епізоду) депресії із субсиндромальною тривогою розглядається у рубриці «Змішані тривожно-депресивні розлади» (F41.2). За даними G. Brown (2010), із загальної кількості таких розладів близько половини становлять субклінічні депресії, масковані тривогою.

Еквівалентами афективних розладів у межах маскованих депресій можуть бути патохарактерологічні поведінкові

прояви, тісно пов'язані з конституціональною або набутою структурою преморбідної особистості. Зокрема, «фасадом» дисфоричного афекту в особистостей із порушеннями потягів і брутальністю може бути дипсоманія (токсикоманія, наркоманія), ігроманія, антисоціальні вчинки з конфліктністю та руйнівними тенденціями. Для шизоїдних особистостей типовими ознаками стертих депресій є наростаюча відлюдкуватість, ізоляція від спілкування. На тлі конституціональних аномалій особистості залежного кола субсиндромальні депресії можуть маскуватися не тільки тривожно-фобічними і дисоціативними проявами, але й моторними компонентами стертої кататонії: наростаючою пасивністю, загальмованістю, стереотипіями, шепітною мовою. Істеричні «маски» депресій можуть мати форму конверсійних розладів чи поведінкових девіацій із нападами драгівливості, демонстративними награно-драматичними жестами, наприклад, нарочитим негативізмом — показною відмовою від попередньо узгоджених або звичних і очікуваних для всіх дій.

Провокувальним чинником загострення маскованої депресії в істероїдних та істерошизоїдних особистостей, як правило, є конфлікти з об'єктом прихильності. На першому плані у клінічній картині таких випадків є ознаки ангедонії, орієнтованої передусім на сферу соматочуттєвих потягів. Зокрема, домінують скарги на притуплення раніше яскравих почуттів, брак бажань, внутрішню порожнечу, відстороненість від подій чи оточуючих.

У дітей і підлітків на підставі позитивної відповіді на антидепресивну терапію до можливих «масок» депресії зараховують розлади сну, анорексію, енурез і хибні позови на сечовипускання, тики, фобії. Найчастіше у педіатричній практиці скаржаться на головні болі та гастралгії, втомлюваність, інсомнії, важкість концентрації. Можливі також складні пароксизмальні стани з поєднанням головного болю, запаморочення, окуловестибулярних реакцій та абдомінального болю, гикавки, нудоти, пітливості, термолабільності. Розлади поведінки можуть набувати форми неслухняності, лінощів, втеч із дому, нападів плаксивості, забіякуватості.

В осіб похилого віку маскування депресії може лишатися непоміченим, оскільки вона сприймається як суто вікове загальне нездужання. Хоча стійка астения у поєднанні з апатією, адинамією, субклінічною тривогою, іпохондрією, як тло до розвитку соматовегетативної та псевдоневрастичної симптоматики, мають насторожити діагноста.

Перебіг маскованих депресій

Важливою характеристикою маскованих депресій є саме їх затяжний перебіг. Більшість пацієнтів відповідного профілю первинно звертаються не до психіатра, а до інших фахівців. Особливо небезпечною є ситуація, коли лікарі загального профілю не звертають уваги на суїцидальні тенденції пацієнтів із маскованими депресіями, хоча вони є доволі поширеними, а їх небезпека — досить значною. Іноді тривалість лікування пацієнтів із маскованою депресією у лікарів соматичного профілю сягає 8–10 і більше років, закінчуючись суїцидальними спробами або завершеним самогубством.

У разі циклотимії приховані депресії виникають, як правило, на тлі монополярного депресивного перебігу, сезонно повторюючись за типом «кліше». Значно рідше можливе виникнення маскованих депресій у межах перебігу БАР.

Можливе чергування фаз ларвованих депресій із фазами класичної субдепресивної симптоматики при класичному перебігу або з фазами депресії, насиченими масивним вітальним афектом туги, ідеями самозвинувачення та суїцидальними тенденціями, якщо йдеться про психотичні варіанти БАР.

При шизоафективних психозах і шизофренії клінічна картина захворювання може поєднувати легші нападopodobні стани маскованої депресії та напади тяжчих депресій, а також афективно-маячних синдромів. Особливістю соматовегетативного «фасаду» у такому разі є значна питома вага сенестопатій і відносно часті випадки розвитку нігілістичного маячення Котара. Саме в межах одного епізоду динаміка стану може бути незначною, лишаючись весь час у клінічних межах ларвованої субдепресії. Але достатньо часто відбувається поступове поглиблення афективного радикала з актуалізацією туги, тривоги, афектом відчаю, що переходить у суїцидальні тенденції. Іноді в міру наростання інтенсивності афективного компонента депресії можливе її «очищення» від соматовегетативного «фасаду», але частіше відбувається одночасне посилення як афективних ознак, так і соматовегетативної симптоматики.

Терапевтична тактика при маскованих депресіях

Підхід до терапії маскованих депресій має бути надзвичайно індивідуалізованим і націленим на досягнення повної ремісії, а не часткового зменшення ознак і так редукованої симптоматики. Вищу ефективність лікування пацієнтів із маскованою депресією фіксують у психіатрів, а не у лікарів загального профілю. Хоча навіть в умовах адекватно зроблених призначень близько у третини пацієнтів первинна терапія або не дає належної клінічної відповіді, або супроводжується серйозними побічними ефектами.

Фармакотерапія

Здебільшого для лікування маскованих депресій застосовують антидепресанти або ж їх поєднання з антипсихотиками або транквілізаторами. Серед антидепресантів перевагу надають селективним інгібіторам зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), найпоширенішими з яких є прозак (флуоксетин), пароксетин, сертралін та есциталопрам, та селективним інгібіторам зворотного захоплення серотоніну й норадреналіну (СІЗЗСН), серед яких виділяється венлафаксин. Монотерапію антидепресантом в очікуванні виразного клінічного ефекту рекомендовано здійснювати протягом щонайменше 2–3 місяці, але за браком достатньої динаміки психічного стану вже через 4–6 тижнів терапії антидепресант можливо змінити на інший або підвищити його дозування. Після досягнення ремісії терапію необхідно продовжувати не менше ніж упродовж 6 місяців у сталому дозуванні для профілактики рецидиву. Тривала профілактична терапія антидепресантами рекомендована пацієнтам, у яких перебіг маскованої депресії відбувається на тлі вже сформованої тяжкої соматичної патології або в анамнезі наявні два й більше депресивні епізоди.

Використання бензодіазепінів виправдане тоді, якщо йдеться про поєднання депресії з тривожними розладами. При цьому потрібно ретельно зважувати потенційну користь і ризику використання цих препаратів, зокрема, щодо небезпеки розвитку залежності.

Психотерапевтичні втручання

При лікуванні пацієнтів із маскованою депресією також застосовують індивідуалізовані психотерапевтичні втручання. До основних ефективних і доступних методів належать: психодинамічна терапія (психоаналіз); міжособистісна терапія; підтримувальне консультування, роджеріанська терапія; когнітивна поведінкова терапія [24–26].

Найпопулярнішою є когнітивна поведінкова терапія, спрямована на корекцію хибних переконань, які слугують ґрунтом для негативних спотворених відчуттів (зокрема, соматичного компонента депресії).

Зважаючи на високий ризик суїцидальних тенденцій і раптою станів при маскованих депресіях, у разі виникнення відповідної підозри таких пацієнтів слід скеровувати на стаціонарне лікування.

Література

1. Марута Н.О., Панько Т.В., Федченко В.Ю. та ін. Діагностичні критерії депресивних розладів на етапах надання медичної допомоги. *Український вісник психоневрології*. 2017. Вип. 1, т. 25. С. 135.
2. Маркова М.В., Рахман Л.В. Взаємозв'язок провідної клініко-психопатологічної симптоматики та особливостей копінг-поведінки у хворих на терапевтично резистентні депресії. *Український вісник психоневрології*. 2015. Вип. 2, т. 23, № 83. С. 91–94.
3. Falret J. P. La folie circulaire ou folie à formes alternes. *Arch Gen Med*. P. 1878–9; Vol. 142. P. 641–52; Vol. 143. P. 52–68.
4. Kahlbaum K.L. Catatonia: Translated from the German Die Katatonie oder das Spannungsirresein by Y. Levij, M.D. and T. Pridan, M.D. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press, 1973.
5. Pinel Philippe. A treatise on insanity, in which are contained the principles of a new and more practical nosology of maniacal disorders than has yet been offered to the public. Sheffield [England] Todd, 1806.
6. Esquirol J-E. Des Maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. Paris: Tircher, 1838. Т. 1–2.
7. Краепелін Е. Введение в психиатрическую клинику / пер. с нем. Москва, 1923. 458 с.
8. Weissman M.M., Myers J.K. Affective disorders in US Urban Community. The Resresearch Diagnostic Criteria in an Epidemiological Survey *Arch Gen Psychiatry*. 1978. Vol. 35, № 11. P. 1304–1311.
9. López-Ibor J. J. Jr Why do depressions become masked? In *Biological Psychiatry Today* (eds J. Obiols, C. Ballus, E. González-Monclus, J. Pujol). Amsterdam: Elsevier North-Holland, 1979.
10. Мясичев В.Н. Личность и неврозы. Ленинград : Изд-во Ленинградского университета, 1960. 428 с.
11. Lemke R. The concept of «vegetative depression». *Psychiatrische Praxis*. 2011. Vol. 38, № 2. P. 91–6.
12. Oliver J., Huxley P., Bridges K., Mohamad H. Quality of life and mental health services. London; N. Y.: Routledge, 1996. 310 p.
13. Judd LL. What is subsyndromal symptomatic depression (SSD)? URL : https://doi.org/10.1142/9789814440912_0064.
14. Шнейдер П. Психиатрия. М.: Практика, 2014. 203 с.
15. Kielholz P. Der Zugang zum psychosomatischen Denken. Berlin Heidelberg New York Tokyo, 1983 P.13–35.
16. Robins L.N. et al. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1984. № 41. P. 949–958.
17. Напреенко А.К. Депрессии и тревога в общемедицинской практике (социальные, диагностические и лечебнопрофилактические аспекты). *Вестник психиатрии и психофармакотерапии*. 2002. № 1. С. 712.
18. Rihmer Z. Dysthymic disorder: implications for diagnosis and treatment. *Curr Opin Psychiatr*. 1999. Vol. 12. P. 69–75.
19. Schmitt D.P., Pilcher J.J. Evaluating evidence of psychological adaptation: How do we know one when we see one? *Psychological Science*. 2004. № 15. P. 643–649.
20. Герасименко Л. О. Масковані депресії в загальносоматичній практиці. *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2013. № 2. С. 80–81.

Повний список літератури, який уміщує 26 джерел, знаходиться в редакції.