

УДК 616.89-008.454-071

DOI <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2024-4-12>

Олег ЧЕРНИШОВ

кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри педіатрії та хірургічних дисциплін, Чорноморський національний університет імені Петра Могили, stramosliab@gmail.com

ORCID: 0000-0001-9427-486X

Наталія ЯКОВЕНКО

кандидат медичних наук, доцент кафедри педіатрії та хірургічних дисциплін Чорноморський національний університет імені Петра Могили, kot75577@gmail.com

ORCID: 0000-0002-5669-7957

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА МАСКОВАНИХ ДЕПРЕСІЙ В КЛІНІЦІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Стаття присвячена вивченню проблеми маскованих депресій в клініці психосоматичних захворювань. Проблема депресивних розладів є однією з найбільш актуальних в сучасній медицині. На відміну від інших видів психічних порушень, депресивні стани в 40% випадків залишаються вчасно не діагностованими, особливо це стосується маскованих депресій.

Метою дослідження є аналіз та систематизація даних щодо проблеми маскованої депресії в клініці психосоматичних захворювань на сучасному етапі.

Матеріали і методи дослідження. Матеріалами дослідження стали міжнародні і вітчизняні концепції та стратегії, нормативно-правові документи з досліджуваного питання, клінічні рекомендації, інформаційно-наукові бази Scopus, Web of science, Cochrane library, PubMed. Використані методи порівняльного аналізу, систематизації та узагальнення інформації з питань проблеми маскованої депресії на сучасному етапі розвитку медицини і суспільства.

Результати та їх обговорення. Маскована депресія – це група афективних розладів, в клінічній картині яких переважають соматичні і вегетативні симптоми та симптоми атиполового «алгічного синдрому», в той час як справжні афективні депресивні симптоми відтісняються на другий план або взагалі відсутні. Спорідненість симптомів соматичної патології та депресії обумовлює перебіг депресії під різними «масками»: «маски» у вигляді психопатологічних порушень; «маски» у вигляді порушення біологічного ритму; «маски» у вигляді вегетативних, соматичних та ендокринних порушень; «маски» у формі алгій; «маски» у вигляді патохарактерологічних розладів. Через значний поліморфізм симптомів маскованої депресії, діагностика цього стану часто ускладнена, пацієнти звертаються за допомогою не до психіатрів, а до лікарів загальної практики, не отримують своєчасного адекватного лікування, що погіршує перебіг захворювання і сприяє хронізації процесу.

Висновки. Обґрунтована необхідність більш глибокого вивчення проблеми маскованої депресії в клініці психосоматичних захворювань, її етіології, патогенезу, клінічних проявів, діагностики та своєчасного спеціалізованого лікування.

Ключові слова: маскована депресія, психосоматичні захворювання, клінічні прояви.

Oleg Chernyshov, Nataliia Yakovenko. DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF MASKED DEPRESSIONS IN THE CLINICAL PICTURE OF PSYCHOSOMATIC DISEASES

The article is devoted to the study of the problems of masked depressions in the clinic of psychosomatic diseases. The problem of depressive disorders is one of the most topical in medicine today. Unlike other types of mental disorders, depressive states in 40% of cases remain undiagnosed in time, especially in the case of masked depressions.

The aim of this study is to analyze and systematize data on the problem of masked depression in the clinical picture of psychosomatic diseases at the present stage.

Materials and methods. The materials of the study were international and national concepts and strategies, regulatory documents, clinical guidelines, information from scientific databases such as Scopus, Web of Science, Cochrane Library, PubMed. The methods of comparative analysis, systematization and generalization of information on the problem of masked depression at the current stage of development of medicine and society were used.

Results and discussion. Masked depression is a group of affective disorders, in the clinical picture of which somatic and vegetative symptoms and symptoms of atypical "algic syndrome" prevail, while true affective depressive symptoms are relegated at the background or absent. The similarity of symptoms of somatic pathology and depression determines the course of depression under different "masks": "masks" in the form of psychopathological disorders; "masks" in the form of biological rhythm disturbances; "masks" in the form of vegetative, somatic and endocrine disorders; "masks" in the form of algia; "masks" in the form of pathocharacterological disorders. Due to the significant polymorphism of symptoms of masked depression, diagnosis of this condition is often complicated, patients get help not from psychiatrists, but from general practitioners, do not receive timely adequate treatment, this makes the course of the disease worse and contributes to the chronicity of the process.

Conclusions. The necessity of a more significant study of the problem of masked depression in the clinical picture of psychosomatic diseases, its etiology, pathogenesis, clinical manifestations, diagnostics and timely specialized treatment has been substantiated.

Key words: masked depression, psychosomatic diseases, clinical manifestations.

Постановка проблеми. Проблема депресивних розладів є однією з найбільш актуальних в сучасній медицині. На відміну від інших видів психічних порушень, депресивні стани в 40% випадків залишаються вчасно не діагностованими. Основною причиною цього є наявність у хворих так званої маскованої депресії, при якій афективна патологія маніфестує у вигляді неврозоподібної сомато-вегетативної симптоматики. Хворі, при цьому, спостерігаються лікарями загальної практики і часто своєчасно не скеровуються за психологічною та психіатричною допомогою, що призводить до погіршення стану і хронізації процесу [1, 6, 7].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблема маскованої депресії є однією із найскладніших і найактуальніших питань сучасної психіатрії. Зазначена патологія все частіше зустрічаються в загальній медичній практиці. За даними ряду авторів, від 1/3 до 2/3 пацієнтів, що спостерігаються у лікарів загальної практики або вузькопрофільних спеціалістів страждають на масковану депресію [8, 11, 13, 14, 16]. Її ще називають «прихованою», «ларвірованою», «субафективним дистимічним розладом», «тимопатичними депресивними еквівалентами».

Термін маскованої депресії широко використовувався в медичній спільноті в 1970–1980 роках, але публікацій щодо цієї проблеми в сучасній літературі не так багато. Ряд праць, присвячених маскованій депресії, було опубліковано в 90-х – на початку 2000-х років – щодо особливостей перебігу цього стану у населення Африканського континенту [15], щодо симптомів хронічного болю в спині, як прояву маскованої депресії [16], щодо проблем своєчасної діагностики цього стану [11]. В 2018 році було опубліковано дослідження індійських вчених щодо розповсюдженості і характеристики симптомів у пацієнтів з маскованою депресією [14]. У 2023–2024 роках з'явилися ряд досліджень щодо проявів маскованої депресії у соматичних хворих [8, 13].

Недостатня дослідженість і в той же час важливість проблеми маскованої депресії, зумовила актуальність більш глибокого вивчення цього питання.

Метою дослідження є аналіз та систематизація даних щодо проблеми маскованої депресії в клініці психосоматичних захворювань на сучасному етапі.

Матеріали і методи дослідження. Матеріалами дослідження стали міжнародні і вітчизняні концепції та стратегії, нормативно-правові документи з досліджуваного питання, клінічні рекомендації, інформаційно-наукові бази Scopus, Web of science, Cochrane library, PubMed. Використані методи порівняльного аналізу, систематизації та узагальнення інформації з питань проблеми маскованої депресії на сучасному етапі розвитку медицини і суспільства.

Результати дослідження та їх обговорення. Маскована депресія – це група афективних розладів, в клінічній картині яких переважають соматичні і вегетативні симптоми та симптоми атипичного «алгічного синдрому», в той час як справжні афективні депресивні симптоми відтісняються на другий план або взагалі відсутні: «субсиндромальні», «subthreshold», «мінор депресії», атипичні субклінічні депресії [6, 7].

Наступна статистика свідчить про наявність проблем у діагностиці та лікуванні депресії. За даними N. Saturius, 2001 р., лише 20% пацієнтів з афективними розладами звертаються за медичною допомогою (частіше до терапевтів і сімейних лікарів). Лише 30% з них – ставлять правильний діагноз, а 25% – отримують адекватне лікування. У таких розвинених країнах, як Швеція, Іспанія, США, Австралія та Японія, поширеність депресії серед пацієнтів соматичних стаціонарів, які звернулись за психіатричною допомогою, сягає 20–29% (R. E. Ruskin, 1995; H. Pauser et al., 1997; T. Hattori, 1998; L. D. Bertolo, 2010). Президент Всесвітньої психіатричної асоціації А. Okasha наводить такі дані: депресію виявляють у 22–33% госпіталізованих пацієнтів, 38% – хворих на рак, 47% – хворих на інсульт, 45% – пацієнтів з інфарктом міокарду, 39% – хворих на паркінсонізм. За результатами дослідження (С. Kirk, M. Saunoles, 1997), в якому прийняло участь 2700 пацієнтів, частота депресії у пацієнтів неврологічних стаціонарів становить 17%.

Термін «маскована депресія» вперше використав у літературі в 1973 р. Р. Kidholz. Але, по суті, стани, асоційовані з маскованою депресією, були описані ще в минулому столітті. Так, Falret (1878, 1879) вважав їх легким типом кругового психозу, Kahlbaum (1889) відніс ці рудиментарні форми циркулярного психозу до циклотимії. На соматичні симптоми у пацієнтів з манією та меланхолією вказували Pinel і Esquirol. Анфімов (1899) називав масковані депресії – періодичними лінощами. С. В. Каннабіх (1914) відніс ці стани до циклотимії, позначивши їх як «еквіваленти депресивного нападу». Терапевт Д. Д. Плетньов (1927), який працював з пацієнтами з ожирінням, зазначив, що ожиріння у них є не супутнім, а основним проявом депресії і визначив цей стан, як соматичну циклотимію. В літературі можна знайти цілий ряд інших назв маскованої депресії: депресивний еквівалент, циклосомія, соматичний еквівалент, депресія без депресії, афективний еквівалент, тимопатичний еквівалент тощо [11].

Щодо питання нозологічної приналежності маскованих депресій, слід згадати праці ряду вчених. Деякі автори відносять їх до циклотимій-маніакально-депресивному психозу (Pichot P,

Hassan J., 1973 та ін.); інші – до афективних розладів більш широкого спектру (Walcher W., 1969). На сьогодні ларвіровані депресії описуються в рамках афективної ендогенної патології. Існує точка зору, що ці стани можна віднести до групи неврозів. Вегетативні депресії Лемке, ендореактивні дистимії Вейтбрехта та ранні стадії депресії Кільхольца є також маскованими депресивними розладами. Визначний поліморфізм маскованих депресій значно ускладнює спроби створення їх класифікації.

Спорідненість симптомів соматичної патології та депресії обумовлює перебіг депресії під різними «масками»:

1) «маски» у вигляді психопатологічних порушень: тривожно-фобічні (панічні атаки, тривожні румінації, генералізований тривожний розлад, агорафобія, соціофобія, нозофобія), obsесивно-компульсивні (нав'язливі), дисоціативні, іпохондричні, неврастенічні, астеничні (синдром хронічної втоми);

2) «маски» у вигляді порушення біологічного ритму: безсоння; гіперсомнія;

3) «маски» у вигляді вегетативних, соматичних та ендокринних порушень: соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи; функціональні розлади внутрішніх органів (синдром гіпервентиляції, синдром подразненого кишечника тощо); нейродерміт, шкірний свербіж; анорексія, булімія, імпотенція, порушення менструального циклу;

4) «маски» у формі болю: кардіалгії, абдоміналгії, фіброміалгії, невралгії, спонділоалгії, артралгії;

5) «маски» у вигляді патохарактерологічних розладів: порушення потягу (дипсоманія, наркоманія, токсикоманія), антисоціальна поведінка (схильність до дисфорії, імпульсивності, конфліктності, спалахів агресії), істеричні реакції (плаксивість, схильність до драматизації ситуації, бажання звернути увагу на свою хворобу, схильність до самопошкодження, суїцидальний шантаж); психопатичні стани депресивного спектру з явищами афективної лабільності, низької самооцінки, рисами сенситивності та залежності.

Депресії, що спостерігаються в загальній медичній практиці, зазвичай приймають соматичні «маски». Одним із найчастіших проявів клінічної картини депресії є функціональні розлади шлунково-кишкового тракту, зокрема синдром подразненого кишечника, який в 71% випадків є складовою частиною соматовегетативного комплексу депресій (апатичні, іпохондричні депресії). Найпоширенішими симптомами при цьому будуть: періодичний біль в животі різного характеру, зі збільшеною інтенсивністю вночі та зранку, діарея, закріп, здуття живота, нудота, блювання [2, 4, 10]. Часто в соматичній практиці виникають функціональні

порушення серцево-судинної системи, що імітують симптоми кардіологічної патології і маскують афективні розлади: кардіалгія, тахікардія, аритмії, коливання артеріального тиску. Кардіалгія – давлячий, стискаючий, колючий біль, іноді досить інтенсивний, не пов'язаний з фізичними навантаженнями, він посилюється в спокійному стані і зменшується під час активності. Як правило, з'являється спонтанно вранці, рідше після емоційного напруження [2, 4].

Виділяють також гіперсомнічні або «сонні депресії» (Вейн А. М., Хехт К., 1989; Erkwon R., 1986), агрипнічні (переривистий сон, раннє просинання, кошмари) та аноректичні (відсутність апетиту, відраза до їжі, нудота, схуднення, запори) варіанти маскованою депресії (Gayral L, 1970) [4].

Однією з найпоширеніших «масок» депресії в загальній медичній практиці є стійка ідіопатична алгія. Часто зустрічається при так званих «вегетативних депресіях» (Lemke G., 1974). За даними L.Williams та ін. (2004), її поширеність у неврологічній клінічній практиці досягає 25%. При цьому больовий синдром топографічно не відповідає зонам іннервації, в лікуванні немає ефекту від анальгетиків. Найчастіше лікареві доводиться стикатися з: головними болями, болем у м'язах, спині, животі, невралгіями, кардіалгіями, іноді паналгіями (Вейн А. М., Хехт К., 1989; Erkwon R., 1986) [4]. Особливо велика вірогідність депресії (до 80%) у випадках маніфестації фіброміалгії, коли різні больові симптомокомплекси локалізуються в декількох ділянках. За словами В.Е. Бермана (2006), у клінічній картині депресій, що формуються при ревматоїдному артриті, біль може визначати структуру гіпотимічного синдрому. Типові для маскованих депресій, цефалгії, проявляються головним болем. Пацієнти не завжди можуть описати характер головного болю, відчувають здавлення, розпирання, пульсації, повідомляють про мігруючий характер болю, так званий хронічний щоденний головний біль або головний біль напруги [12]. Маскувати депресію може також біль в ділянці обличчя (А. М. Вейн, 2001): пульсуючий, тупий, ниючий, односторонній або двосторонній, дифузний, з локалізацією навколо рота, щелепи, лоба, щік. Пацієнти неодноразово обстежуються у багатьох фахівців, які не знаходять ніяких органічних змін. На користь маскованої депресії вказує висока ефективність антидепресантів в лікуванні цих станів і часта спадкова обтяженість розладами афективного спектру [2, 3].

Еквіваленти афективних розладів в рамках маскованих депресій проявляються поведінковими масками. В картині поведінкових «масок» при розладі особистості збудливого типу, домінують такі розлади потягу, як дипсоманія, токсикоманія,

схильність до азартних ігор; девіантна поведінка з конфронтаційними установками, руйнівними тенденціями, реактивною агресією. До адиктивного варіанту маскованої депресії відносяться стани, при яких провідним проявом маскованої депресії є напади алкоголізації та вживання наркотиків. Саме періодично виникаючі депресивні порушення і розлади соматовегетативної сфери первинно і формують наркоманію і алкоголізм. Пацієнти відчувають напругу, занепокоєння, зниження настрою, депресію, втрату енергії, активності, почуття безпорадності, труднощі в спілкуванні з іншими, тугу і небажання жити. Ці стани виникають без причини або після психотравматичних подій. Не приймаючи психічних форм, вони не змушують пацієнта звернутися до психіатра. При обстеженні соматичної патології не виявляється, приховані депресивні розлади не розпізнаються та пояснюються фізичною хворобою. Нажаль, прийом алкоголю та наркотиків на короткий період ілюзорно полегшує стан таких пацієнтів. Сама хвороба – депресія – залишається нерозпізнаною, не лікується, патологічні стани посилюються, швидко розвивається залежність від алкоголю та наркотиків. При цьому у пацієнтів із прихованою депресією синдром відміни (абстинентний синдром) розвивається швидше, ніж у пацієнтів без депресії. Синдром відміни у них проявляється складною клінічною картиною, де разом із депресивними розладами (пригнічений настрій, почуття провини, самозвинувачення, суїцидальні думки та дії) виявляються соматовегетативні симптоми (різні види болю, неприємні відчуття, відсутність апетиту, підвищений тиск, втрата ваги, запори, сухість язика та ін.) [5].

Серед клінічних проявів маскованої депресії в шизоїдній особистості, переважають підвищена замкнутість, чутливість, що супроводжується розривом зв'язків, ізоляцією від оточуючих. Істеричні маски депресії можуть набувати форми конверсійних порушень, а також проявлятися поведінковими розладами: нападами роздратованості, демонстративними драматичними рухами [4, 9]. Клінічна картина маскованої депресії у осіб істеричного або істерошизоїдного типу характеризується ангедонією, яка розповсюджується переважно на сферу соматочуттєвих потягів. Переважають скарги на притуплення раніше яскравих відчуттів, відсутність бажань, втрату активності. Серед психопатологічних «масок» циркулярної депресії найчастіше спостерігаються тривожно-фобічні розлади (соціофобія, страх невиконання звичайних дій, панічні атаки) (S. Puzynski, 1997).

P. McGrath та J. Miller (2010 г.) виділяють «тривогу із субсиндромальною депресією» як самостійну клінічну категорію. Поєднання субсиндромальної депресії, що не відповідає за ступенем важкості критеріям депресивного епізоду, із субсиндромальною тривогою в МКБ-10 розглядається в рубриці «Змішанні тривожно-депресивні розлади», причому із загального числа таких розладів 43% складають субклінічні депресії, масковані тривогою (G. Brown, 2010) [9]. При маскованих депресіях основні прояви депресії (подавленість, туга, ідеї провини тощо) стираються, а частина з них взагалі відсутня. Відповідно, депресія часто не розпізнається, оскільки провідне місце в клінічній картині займають основні психопатологічні розлади інших регістрів.

Таким чином, критеріями розпізнавання маскованої депресії є: відсутність об'єктивних ознак соматичної хвороби; невідповідність проявів соматовегетативних розладів важкості та характеру соматичної хвороби, коли пацієнти постійно звертаються за медичною допомогою до різних фахівців, незважаючи на явну відсутність результатів лікування; періодичність (сезонність) маніфестації клінічних проявів, рецидиви; добові коливання настрою та самопочуття (погіршення вранці, в першій половині дня); поліпшення стану на фоні прийому антидепресантів.

Висновки. Маскована депресія характеризується наявністю соматичних скарг, які не вписуються в клінічну картину основного захворювання, незначною вираженістю органічних змін, відсутністю ефекту від соматичного лікування та успішністю лікування антидепресантами.

Більшість хворих з маскованою депресією насамперед потрапляють до лікарів загальної практики, що уповільнює процес діагностики і унеможливує отримання своєчасної психологічної і психіатричної допомоги.

У випадках встановлення маскованої депресії або підозри на її наявність хворі повинні бути в обов'язковому порядку скеровані до психіатра.

Перспективи подальших досліджень. У зв'язку з постійним зростанням кількості депресивних розладів серед населення, їх діагностика та адекватне лікування із суто психіатричної проблеми стає проблемою загальної медицини. Очевидною є необхідність поширення знань щодо депресії взагалі і маскованої депресії зокрема, її етіології, патогенезу, клінічних проявів та діагностики з метою своєчасної профілактики, а при необхідності призначення кваліфікованого лікування.

Література:

1. Герасименко Л. О. Масковані депресії в загальносоматичній практиці. *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2013. Т. 13. Вип. 2. С. 80–82.
2. Латчман Н. Депресія у терапевтичних хворих в первинній ланці загальномедичної допомоги : дис. ... канд. мед. наук: 14.01.16; Укр НДІ соціальної та судової психіатрії. Київ, 2003. С. 24–45.
3. Напреенко А. К., Латчман Н. Депресивні розлади в амбулаторній загальносоматичній практиці. *Український вісник психоневрології*. 2002. Т. 10. С. 46–48.
4. Теклюк С. В. Удосконалення ранньої діагностики та лікування депресивних розладів у пацієнтів загальномедичної амбулаторної практики : дис. ... канд. мед. наук: 14.01.16; Укр НДІ соціальної та судової психіатрії. Київ, 2006. С. 21–30.
5. Jellinek E. M. Phases of alcohol addiction. *Quarterly journal of studies on alcohol*. 1952. 13 (4). P. 673–684. DOI: 10.15288/qjsa.1952.13.673
6. Judd L. L., Kunovac J. L. Bipolar and unipolar depressive disorders in geriatric patients: mental disorders in the elderly: new therapeutic approaches. *International Academy of Biomedical and Drug Research (Basel Karger)*. 1998. Vol. 13. 1–10. DOI: <https://doi.org/10.1159/000061381>
7. Klein D. N., Shankman S. A., McFarland B.R. Classification of mood disorders: Textbook of mood disorders. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2006. P. 17–32.
8. Latas M., Stefanovski B., Mihaljevic-Peles A., Memic Serdarević A. Diagnostic psychiatric and somatic comorbidity in patients with depression in the Western Balkan countries. *PLOS One*. 2024. 19 (1). DOI:10.1371/journal.pone.0295754.
9. Lindsay P. G., Wyckoff M. The depression-pain syndrome and its response to antidepressants. *Psychosomatic*. 1981. 22 (7). P. 571–573. DOI: 10.1016/S0033-3182(81)73478-9.
10. Millon Th. Disorders of personality: DSM-IV and beyond. New York : John Wiley & Sons, 1996. 818 p.
11. Miodek A., Szemraj P., Kocur J., Ryś A. Masked depression – History and present days. *Polski Merkuriusz Lekarski*. 2007. 23 (133). P. 78–80.
12. Nierenberg A. A. Long-term management of chronic depression. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2001. 62 (16). P. 17–21.
13. Sardesai A., Muneshwar K.N., Bhardwaj M., Goel D.B. The Importance of Early Diagnosis of Somatic Symptom Disorder: A Case Report. *Cureus*. 2023. 15 (9). P. 1–4. DOI: 10.7759/cureus.44554
14. Shetty P., Mane A., Fulmali S., Uchit G. Understanding masked depression: A Clinical scenario. *Indian Journal of Psychiatry*. 2018 Jan-Mar. 60 (1). P. 97–102. DOI: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_272_17
15. Verster G. C., Gagiano C. A. Masked depression. *The South African Medical Journal*. 1995. 85 (8). P. 759–762. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8553144/#:~:text=Masked%20depression%20is%20a%20condition,treated%20symptomatically%20with%20little%20success>.
16. Wrodycka B., Chmielewski H., Gruszczyński W., Żytkowski A., Chudzik W. Masked (atypical) depression in patients with back pain syndrome in outpatient neurological care. *Polski Merkuriusz Lekarski*. 2006. 21 (121). P. 38–40.