

МАСКИРАНАТА ДЕПРЕСИЯ В АМБУЛАТОРНАТА ПСИХИАТРИЧНА ПРАКТИКА – ПОУЧИТЕЛНИ СЛУЧАИ

В. Николов¹ и В. Стоянова²

¹Клиника по психиатрия, МБАЛПН „Св. Наум“

²Психиатрична клиника, УМБАЛ „Александровска“ – София

Резюме. Маскираната депресия обикновено е скрита зад някои субективни оплаквания, като чувство на задух, гадене, липса на апетит, загуба на тегло, болки в гърба, запек. В настоящото проучване са описани 4 показателни случая, които илюстрират депресивни състояния, протичащи предимно със соматични симптоми.

Ключови думи: скрита депресия, маскирана депресия, соматични оплаквания

V. Nikolov and V. Stoyanova. MASKED DEPRESSION IN AMBULATORY PSYCHIATRIC PRACTICE – DEMONSTRATIVE CASES

Summary. Masked depression is usually hidden behind some subjective complaints such as breathlessness, nausea, anorexia, weight loss, back pain, constipation. In this study, four demonstrative cases are described, illustrating depression occurring primarily with somatic symptoms.

Key words: hidden depression, masked depression, somatic complaints, somatoform disorders

Увод

Пациенти с маскирана депресия се наблюдават често в условията на първичната здравна помощ, но повечето от тях не попадат под медицинско или психиатрично наблюдение [1, 2]. При мащабно проучване в нашата страна се установява, че от 10 176 първични контакта в 11 диспансера при 22,45% от случаите е наличие депресивна симптоматика [3]. Същите автори, изследвайки закъснението в диспансеризацията на депресивно болните в Габровски окръг, установяват, че първият контакт с психиатричната служба закъснява средно с 5 години [3], като формулират следните причини за това явление:

- Биологични и други фактори, имащи отношение към възникването, развитието и клиничната изява на болестта.
- Социално-психологически фактори – отношение на болния, неговите близки и обществото.

- Организационни фактори – във връзка с тях редица автори [2, 4, 5, 6] препоръчват мерки за подобряване на диагностиката и квалификацията на медицинския персонал, както и на здравната култура на населението.

В няколко проучвания [7, 8] се обръща внимание на факта, че пациенти с хипохондрични нагласи най-често в началото търсят помощ от лекарите в общата практика. Същите автори изтъкват особената свързаност между хипохондриазата и депресията.

Всички изследователи, занимаващи се с този въпрос, са единодушни, че почти винаги подобни пациенти попадат първоначално при лекари непсихиатри, подлагат се на различни изследвания и лечения, но обикновено без резултат [5, 6]. Един от психиатрите с най-голям принос в описанието на маскираната депресия – Килхолц, я определя като ендогенна депресия, при която депресивното е припокрито от телес-

на симптоматика. "Депресивният ефект и дори много депресивни симптоми могат така да бъдат маскирани, че лекарите непсихиатри, а дори и психиатри, могат да не се досетят, че става въпрос за сериозно емоционално разстройство, докато в клиничната картина не се появи масивна депресивна ерупция" [9].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Обект на проучването е воденият от нас контингент на една психиатрична практика, съставляващ 56 души. Диагнозата е поставена посредством диагностичните критерии на МКБ-10. Използвана е и богатата медицинска информация, съдържаща се в личната амбулаторна карта (ЛАК) на пациентите.

РЕЗУЛТАТИ

От 56 пациенти, проследявани редовно към практиката, 9 (16%) бяха диагностицирани с маскирана депресия. От тях пет са жени и четирима мъже. Средна възраст на пациентите е 54 год., като за жените е 50 год., а за мъжете – 57 год. Продължителността на заболяването до поставянето на диагнозата се разпределя по следния начин:

- до 1 г. – 1 пациент;
- до 2 г. – 2-ма пациенти;
- до 5 г. – 0;
- до 10 г. – 3-ма пациенти;
- над 10 г. – 3-ма пациенти.

Най-често срещаните и интензивни соматични симптоми, припокриващи депресивната симптоматика в нашия материал, са: сърцебиене, промени на кръвното налягане, опресия в сърдечната област, чувство на задух, главоболие, сърбежи по тялото, тремор на горните крайници.

По-долу описаните клинични случаи демонстрират представяната от пациентите соматична и психиатрична симптоматика и динамиката на поставяните диагнози.

Случай 1

Става дума за 64-годишен мъж, който от началото на 1983 год. има многобройни оплаквания от страна на стомаха, бъбреците, простатата, черния дроб. Пролежава в болница почти година, изследван всеотрасно. Не се установява обективна клинична находка, подкрепяща оплакванията. През октомври 1985 г. е консултиран от психиатър. При прегледа се установя-

ва отслабване на тегло с 15 kg, безсъние във втората половина на нощта, множество хипохондрични опасения, страх за живота, емоционална лабилност, малоценностови изживявания. Започнато лечение с трицикличен антидепресант – анафранил 100 mg, реланиум 20 mg. В края на декември 1985 г. е в добро състояние, възстановил предболестната си активност, започнал работа.

Случай 2

Това е 60-годишен мъж, който от около 1970 г. пролет и есен има оплаквания от главоболие, разстроен сън, колебания в кръвното налягане, понижена работоспособност. Диагностициран като неврастенна невроза, лекуван с транквилизатори, състоянието отзвучавало за около 3 месеца. В началото на ноември 1985 г. поради неспецифични телесни проблеми е насочен към психиатър. Оплакванията, които пациентът изтъква на преден план спонтанно, са: тежест в дясната половина на главата, стойности на кръвното налягане – 160/100, сърцебиене, опресия в сърдечната област, а от психичния статус – стесняване на кръга от интереси, загуба на възможност да се радва, по-затворен в себе си, ранно събуждане, сутрешен пик на дистимия с подобрена работоспособност във вечерните часове. Започнато лечение с тетрацикличен антидепресант – лудиомил 75 mg вечер. След един месец настъпва изразено подобрение на състоянието – с възстановена работоспособност, подобрен сън, възстановени интереси и желание за общуване.

Случай 3

Този случай представлява 64-годишна жена. Налице са анамнестични данни от 1951 г. за периоди на потиснатост, сърцебиене, болки в сърдечната област, чувство за прилошаване, изтръпване на ръцете, безсъние с продължителност няколко месеца. През останалото време е весела, жизнена, дейна. Лекувана от интернисти, поставена диагноза – вегетативна невроза. През 1969 г. консултирана от невролог – поставена същата диагноза, въпреки че е описана в декурзуса хиподепресивна симптоматика. Пациентката е лекувана с транквилизатори. През март 1974 г., без повод "изпада в лошо настроение", имала болки по гръбнака, станала разсеяна, имала ранно сутрешно събуждане. Диагностицирана като невроза – хиподепресивен синдром. Лекувана с транквилизатори, състоянието отзвучало за три месеца. През февруари 1978 г.

следва поредна декомпенсация – станала вяла, апатична, безинициативна, с виновностиви изживявания – "мисли, че малко е дала в живота, има сили за още, но няма желание". Поставена е диагноза *невроза от изчерпване*. Лекувана с рудотел, радедорм, физиотерапия. Състоянието отзвучало за три месеца. През април 1980 г. отново се появяват оплаквания от замайване, тежест в главата, намалена работоспособност, потиснато настроение. Диагнозата остава същата – невроза. Лекувана с инсидон, либриум. През юни 1981 г. е консултирана от психиатър – от няколко месеца е потисната, вяла, отпусната. Диагностицирана е като периодична депресия, хиподепресивен синдром. Оттогава редовно е проследявана от психиатър – катанезни данни за пролетно-есенни колебания на настроението на нивото на много леко изразен хиподепресивитет, почти напълно припокрит от богата вегетативна симптоматика – сърцебиене, екстрасистоли, промени на кръвното налягане, изпотяване на ръцете, тремор, главоболие.

Случай 4

Жена на 52 год., с висше образование, компютърен специалист, работи, ценена в работата си, омъжена, с три големи деца. Търси психиатрична помощ поради пристрастяване към хазарт – ротативки. От анамнезата се уточнява, че проблемът възниква през последните четири години. През периода май–юли става по-неспокойна, тревожна, себенеуверена, има оплаквания от разстроен сън с ранно събуждане, „обичайните неща от живота не ѝ носят същата радост”. Започва да посещава казина и да играе на ротативките, като това ѝ „носело временно успокоение”. Поради загубата на доста пари се чувства виновна и се себеукорява, но не може да преодолее влечението си към хазарта. В началото на август състоянието спонтанно се подобрява и се връща към обичайния си ритъм на живот. През следващата година така описаната клинична картина се повтаря. На консултация идва в края на август 2008 г. поради персистиране на състоянието и все по-големи парични загуби. В психичния статус водещи са емоционалната лабилност, напрежение, тревожност, неспокойствие, разстроен сън, себеупреци и виновностиви изживявания по повод на поведението, което има и невъзможността да спре с хазарта. Започната терапия със сероквел 200 mg дневно и депакин хроно 1000 mg на ден. В рамките на един месец състоянието на пациентката се подобрява значително, връща се на работа и не

посещава повече казина. На поддържаща терапия с 1000 mg дневно депакин хроно и ежемесечни контролни прегледи.

ОБСЪЖДАНЕ

Както се посочва в литературните данни [10, 11, 12], диагнозата *маскирана депресия* е трудна за поставяне и минава доста дълъг период от време между началото на заболяването, поставянето на правилната диагноза и започването на съответното лечение. През този период пациентите се подлагат на различни лабораторни и инструментални изследвания, пролежават дълго време в болница, провеждат се многобройни консултации с различни специалисти, приемат различни медикаменти и всички тези усилия от страна както на лекарите, така и на пациентите обикновено нямат особен резултат.

Всъщност идеята за маскираната депресия не е приоритет на нашето съвремие. Още в края на 70-те години на миналия век редица автори [9] описват клинични картини, сходни на сегашните схващания за маскирана депресия. Затова сме много склонни да се съгласим с Х. Ланг, че "съдбата на маскираните депресии е да бъдат преоткривани всяко десетилетие" [9].

Това, което прави актуални проучванията върху маскираната депресия днес, е много голямото ѝ разпространение, трудната диагноза и твърде често погрешното лечение.

На международния симпозиум в Св. Мориц [9], посветен на проблема за маскираната депресия, е дадена следната дефиниция на това състояние: "Маскирани депресии са депресивни състояния, независимо от произхода им, при които соматичните симптоми са толкова изявиени, че те напълно скриват депресивните".

В нашите случаи се наблюдава същото. Пациентите се обръщат към лекар по повод на сърдечно-съдови оплаквания, главоболие, променен сън, чувство на вътрешно напрежение, чувство на задушаване, бодежи в гръдния кош. При всички случаи обаче при по-продължителен разговор и насочване на въпросите към сферата на това, как пациентът преценява самия себе си, се установява спадане на нивото на интересите, загуба на предишната енергичност, тенденция към затваряне в себе си, спадане на възможностите да се радва на неща, които преди това са му доставяли радост.

Тъй като диагнозата маскирана депресия не е нозологично специфична, много важно е след като състоянието бъде разпознато, да се поста-

ви и нозологичната диагноза, която ще определи и начина на по-нататъшното лечение.

В нашето проучване всичките случаи бяха всъщност "маски" на периодична депресия. Основание за тази диагноза ни дават: цикличността на проявяваната симптоматика (пролет–есен), отзвучаването на симптомите и без специфична терапия за около три месеца (характерно за депресивните фази), нарушеният сън – главно в неговата втора половина, добрият ефект от лечение с антидепресанти, както и по-нататъшният пристъпен ход на заболяването при катамнезното проследяване.

Изводи

1. Честотата на маскираната депресивна симптоматика сред психично болните пациенти е 16%.
2. Голямо закъснение на поставянето на точната диагноза.
3. Загуба на много време и средства както от страна на пациента, така и от страна на консултиращите го лекари.
4. Добър ефект от нозоспецифичната терапия на депресивния синдром.

Библиография

1. Хараланов, С. Невротични, свързани със стрес и соматоформни разстройства. – В: Неврология (под ред. на И. Миланов и С. Янчев). С., Мед. и физк., 2007, 656-663.
2. Arroll, B. et al. Effect of the addition of a "help" question of two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: diagnostic validity study. – BMJ, **331**, 2005, 884.
3. Маринов, П. и С. Николкова. Депресивни и тревожни разстройства в общата медицинска практика. С., 2006.
4. Haralanov, S., C. F. Clausen et D. Schneider. Evaluation of subjective vestibular symptoms: A problem on the borderline between neurootology and psychiatry. – Neurootol. Newslett, **5**, 2000, № 1, 7-11.
5. Haralanov, S. et D. Shkodrova. Psychiatric aspects of vertigo: clinical and therapeutical problems. – In: Vertigo, Nausea, Tinnitus and Hypoacusia due to Central Disequilibrium. C. F. Clausen, Kirtane & D. Schneider. (Eds.). Hamburg, Medicin und pharmacie, 1994, 557-561.
6. Hepner, K. A. et al. The effect of adherence to practice guidelines on depression outcomes. – Ann. Intern. Med., **147**, 2007, № 5, 320-329.
7. Bower, P. et al. Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. – Br. J. Psych., **189**, 2006, 484-493.
8. Сепоиу, М. et al. Recognition of depression by non-psychiatric physicians – a systematic literature review and meta-analysis. – J. Gen. Intern. Med., **23**, 2008, № 1, 25-36.
9. Kielholz, P., W. Poldinger et C. Adams. Masked Depression: A Didactic Concept for the Diagnosis and Treatment of Somatized Depression. Koln-Lovenich, Deutcher Arzte Verlag, 1982.
10. Puzynski, S. Depressive disorders in general medical practice. – Psych. Pol., **42**, 2005, 47-58.
11. Rost, K. et al. Improving depression outcomes in community primary care practice. – J. Gen. Intern. Med., **16**, 2001, № 3, 143-149.
12. Tanev, O., C. F. Clausen et S. Haralanov. Functionsl vertigo and masked depression. – Neurootol. Newslett, **5**, 2000, № 1, 12-16.

✉ Адрес за кореспонденция:

Весела Стоянова
Психиатрична клиника
УМБАЛ „Александровска“
Ул. „Св. Г. Софийски“ № 1
1431 София
☎ 9230/979
e-mail: vestoyan@yahoo.com

✉ Постъпила – 13.07.2011 г.