

Depresja maskowana – historia i współczesność

ANNA MIODEK¹, PAWEŁ SZEMRAJ¹, JÓZEF KOCUR², ANNA RYŚ¹

¹SPZOZ Szpital im. J. Babińskiego w Łodzi, dyrektor: dr Z. Łucki; ²Uniwersytet Łódzki, Zakład Psychopatologii i Psychologii Klinicznej, kierownik: prof. dr hab. J. Kocur; Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Zakład Rehabilitacji Psychospołecznej, kierownik: prof. dr hab. J. Kocur

Depresja maskowana – historia i współczesność

Miodek A.¹, Szemraj P.¹, Kocur J.², Ryś A.¹

¹SPZOZ, Szpital im. J. Babińskiego w Łodzi, e-mail ania@miodek.net; ²Uniwersytet Łódzki, Zakład Psychopatologii i Psychologii Klinicznej; Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Zakład Rehabilitacji Psychospołecznej

Depresja maskowana stanowi szczególną formę depresji atypowych. W latach 70. i 80. ubiegłego wieku była rozpoznawana często u pacjentów, którzy skarżyli się na dolegliwości somatyczne, bez uchwytanych zaburzeń organicznych. Objawy depresyjne występowały u tych chorych drugoplanowo, z mniejszym nasileniem, niektóre z nich nie występowały w ogóle. Ówczesni psychiatrzy wprowadzili wiele terminów w celu ich zwięzłego opisanie, m.in.: ekwiwalent depresji, ekwiwalent wegetatywny, depresja bez depresji, depresja ukryta [18]. Obowiązujące klasyfikacje: ICD-10 i DSM-IV nie zawierają terminu depresja maskowana. Nie oznacza to jednak, że zniknął problem atypowych zespołów depresyjnych, których obraz znacznie odbiega od powszechnie znanego. Amerykańscy badacze twierdzą, że grupa ta obejmuje 6-7% zaburzeń depresyjnych [3]. Brak odpowiedniego zdiagnozowania i zakwalifikowania tej jednostki chorobowej może utrudniać właściwą terapię i w konsekwencji prowadzić do poważnych następstw somatycznych i psychologicznych u tych chorych, co ogranicza ich funkcjonowanie społeczne i zawodowe, zwiększa wskaźnik samobójstw oraz powoduje duże koszty diagnostyczne i lecznicze.

Słowa kluczowe: depresja, depresja atypowa, depresja maskowana

Pol. Merk. Lek., 2007, XXIII, 133, 78

Masked depression – history and present days

Miodek A.¹, Szemraj P.¹, Kocur J.², Ryś A.¹

¹Provincial Specialistic Hospital, Poland, e-mail ania@miodek.net; ²University of Łódź, Poland, Department of Psychopathology and Clinical Psychology; Medical University of Łódź, Poland, Department of Psychosocial Rehabilitation

Masked depression is a special form of an atypical depression. In the 70's and 80's years it was often identified at patients who complained on somatic diseases, without any distinguishable organic disorder. Depression symptoms were of secondary importance, with lesser intensification, some of them didn't appear at all. The psychiatrists of the time created a lot of terms to describe them, i.e.: a depression equivalent, a vegetative equivalent, a depression without a depression, a hidden depression [18]. Current classifications: ICD-10 (International Classification of Diseases, 10th Revision) and DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, published by the American Psychiatric Association) do not contain the term masked depression. It doesn't mean that have disappeared the problem of atypical depression syndrome with a picture significantly different from the commonly known. The american scientists claim that such group contains 6-7% of depression disorders [3]. The lack of proper diagnosis and disease entity qualification leads to serious somatic and psychological consequences for patients. Improper diagnosis and treatment of a patient limits his or her social and professional life, forms suicide rate and makes high costs of diagnosis and treatment.

Key words: depression, atypical depression, masked depression

Pol. Merk. Lek., 2007, XXIII, 133, 78

O depresji maskowanej można mówić wówczas, gdy występują następujące objawy: wyraźna, niebudząca wątpliwości chorobowa zmiana nastroju, zaburzenia myślenia typu depresyjnego oraz charakterystyczna zmiana napedu. Zmiany te są jednak mało nasilone i trudne do stwierdzenia. Na pierwszy plan wysuwają się objawy somatyczne albo psychiczne, które mogą sugerować występowanie innych zaburzeń. Celem pracy było zwrócenie uwagi na istnienie tego rodzaju zaburzeń oraz na znaczenie prawidłowego, wczesnego rozpoznania i odpowiedniego leczenia atypowych zaburzeń nastroju.

RYŚ HISTORYCZNY I ETIOLOGIA

Epizody depresyjne stanowią problem zarówno w wymiarze społecznym, jak i medycznym. Szczególnym aspektem tych zaburzeń są atypowe formy depresji maskowanej przez różnorodne objawy zarówno somatyczne, jak i psychopatologiczne.

Zjawisko depresji maskowanej było dobrze znane psychiatrom w XVIII wieku, co znalazło swój wyraz w takich terminach diagnostycznych, jak: psychoza cyrkularna o łagodnym przebiegu (*Falret*), nerwowo-psychiczny symptomokompleks nawracający (*Lange*), melancholia neurasteniczna (*Marcus*), pseudomelancholia neurasteniczna (*Freedman*), neuraste-

nia cyrkularna (*Solle*), *neuritis migrans*, lenistwo okresowe i cyklosomia. W XIX wieku w odniesieniu do depresji atypowych pojawiło się wiele nowych określeń, które stały się źródłem nieporozumień. *Cimbal* wprowadził termin: ekwiwalent depresji, ekwiwalent wegetatywny, który przez analogię do ekwiwalentów padaczkowych oznaczał, że obserwowany obraz kliniczny wystąpił zamiast typowej depresji [17]. *Hempel* [7] i *Lempke* [16] utworzyli inną grupę w celu zaznaczenia symptomatologii: depresja wegetatywno-dystoniczna, depresja wegetatywna i depresja monosymptomatyczna. Trzecia grupa rozpoznań uwzględnia w takich przypadkach przede wszystkim zjawisko nieobecności depresji jako objawu lub słabe jego nasilenie oraz fakt dominowania innych objawów, które ukrywają przed leczącym i pacjentem istotę jego choroby. Należą tu takie terminy, jak: depresja maskowana (*Kielholz* [11]), depresja ukryta (*Chabertain* [4]), depresja niepełna (*Glatzel* [6]), depresja bez depresji (*Priori* [16]) lub maska depresji [17].

W późnych latach 50. *West* i *Dally* [20] ze szpitala St. Thoma's w Londynie zauważyli, że pewna grupa pacjentów z atypowym obrazem depresji znacznie lepiej reaguje na inhibitory monoaminooksydazy niż na trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne. W obrazie chorobowym u tych osób na pierwszym planie obserwowano nerwicę histeryczną lękową lub objawy somatyczne. Wspomniani autorzy stwierdzili także, że objawy charakterystyczne dla depresji, takie jak wczes-

sne ranne budzenie, poczucie winy czy utrata masy ciała występowały rzadziej i były mniej nasilone.

W latach 70. w grupie zaburzeń depresyjnych o przebiegu atypowym wyodrębniono depresję maskowaną [15]. Przyczyniły się do tego badania *Lopez-Ibor* [13], *Kielholz* [9] i *Lesse* [12]. We wszystkich tych badaniach pacjenci skarżyli się przede wszystkim na dolegliwości somatyczne. Najczęstsze skargi dotyczyły przewlekłego bólu, w tym bólu głowy, dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, bólu stawów oraz bólu dolnego odcinka kręgosłupa. Pacjenci objęci obserwacją byli kierowani do wielu różnych specjalistów, wykonywano liczne badania diagnostyczne i przeprowadzano konsultacje, nie stwierdzając uchwytnych przyczyn zgłaszanych dolegliwości. Można stwierdzić, że termin „depresja maskowana” pojawił się w związku z różnorodnością obrazów klinicznych depresji i trudnościami w jej rozpoznawaniu. Trudności tych nie ma wówczas, gdy występują: wyraźna, niebudząca wątpliwości chorobowa zmiana nastroju, zaburzenia myślenia typu depresyjnego oraz charakterystyczna zmiana nępeđu. Zmiany te mogą być jednak mało nasilone, a nawet niemożliwe do stwierdzenia. Na pierwszy plan wysuwają się wtedy objawy somatyczne albo psychiczne, które mogą sugerować występowanie innych zaburzeń. W takim przypadku mówi się o depresji maskowanej lub maskach depresji. Depresję maskowaną obserwuje się częściej u młodych kobiet między 20. a 30. r.ż. Po 40. r.ż. występuje rzadziej, okresowo na przemian z typową fazą depresji [17].

PODZIAŁ DEPRESJI MASKOWANYCH

Opisano dotychczas kilkadziesiąt postaci depresji maskowanych, w związku z czym pojawiły się różne propozycje klasyfikacji tych stanów. Większość autorów przyjmuje za punkt wyjścia symptomatologię tej formy depresji i wyodrębnia tak zwane maski psychopatologiczne [17], które można podzielić na pięć grup: maski psychopatologiczne, zaburzenia rytmów biologicznych, maski wegetatywne i psychosomatyczne, maski bólowe oraz maski behawioralne [18].

Do pospolitych masek depresji należą zespoły, w których głównym objawem jest przewlekłe utrzymujący się lęk. Gdy w obrazie klinicznym dominują objawy psychopatologiczne i behawioralne lęku, zwykle o fałującym nasileniu, obraz zespołu przypomina nerwicę lękową i tak często bywa rozpoznawany. O maskach psychopatologicznych mówi się również wówczas, gdy na pierwszy plan wysuwają się natręctwa lub jałowstręt. U części pacjentów dominujące są zaburzenia rytmów biologicznych: bezsenność bądź hipersomnia. Często w obrazie przeważają komponenty wegetatywne i psychosomatyczne, a wśród nich zespół dławicy piersiowej, zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego (zespół jelita drażliwego, biegunki, zaparcia), choroba wrzodowa, stany psastyczne dróg żółciowych, zespół niespokojnych nóg, świąd skóry i narządów płciowych, ujawnienie lub zaostrzenie nadciśnienia tętniczego, zespół napięcia przedmiesiączkowego, zaburzenia cyklu miesiączkowego, impotencja, obniżenie popędu seksualnego, zmniejszenie sprawności umysłowej, uwagi, pamięci i uczenia się oraz nietypowe zawroty głowy. Kolejną grupą masek mogących nastęrczać trudności diagnostyczne są maski bólowe. Są to najczęściej bóle głowy, bóle niektórych nerwów obwodowych, np.: nerwu trójdzielnego i kulszowego, bóle brzucha, przewlekłe bolesne napięcie mięśni karku i ramion, bóle narządów płciowych. Subdepresja bywa przyczyną nadużywania alkoholu i leków – są to tzw. maski behawioralne.

W piśmiennictwie nie można znaleźć porównywalnych danych, które umożliwiłyby ustalenie, który rodzaj masek depresji występuje najczęściej. Dane publikowane przez poszczególnych autorów są bardzo zróżnicowane, co pozostaje w związku ze stosowanymi przez nich kryteriami diagnostycznymi oraz badanymi grupami chorych. Inne wyniki dostarczają badania depresji maskowanych wśród chorych

leczących się u lekarzy ogólnych, inne u pacjentów lecznictwa psychiatrycznego otwartego, jeszcze inne wśród chorych hospitalizowanych w szpitalach psychiatrycznych. Przykładowo w badaniach *Serry* i *Serry* w grupie 436 osób leczących się u lekarzy ogólnych jako najczęstsze wymienia się objawy maskujące: bóle głowy, bezsenność (26,7%), zaburzenia przewodu pokarmowego (22,2%), złe ogólne samopoczucie (18,1%) oraz dolegliwości ze strony układu mięśniowo-szkieletowego (11,5%) i układu krążenia (10,7%). Nie stwierdzono natomiast tzw.: masek psychiatrycznych (zespoły nerwicowe) oraz dolegliwości typu neurologicznego [17]. *Szlabowicz* [19] w badaniu obejmującym 96 chorych (głównie hospitalizowanych w oddziałach psychiatrycznych) stwierdził, że najczęstszymi maskami były: bezsenność, zaburzenia nępeđu psychoruchowego, zespoły hipochondryczne i histeryczne oraz zaburzenia czynności przewodu pokarmowego i dolegliwości ze strony układu krążenia.

TRUDNOŚCI DIAGNOSTYCZNE I ICH NASTĘPSTWA

W związku z trudnościami diagnostycznymi zaburzenia depresyjne maskowane są często nierozpoznawane, stawiana diagnoza bywa błędna, a leczenie niewłaściwe, zazwyczaj tylko objawowe. Pacjenci z depresją maskowaną trafiają zazwyczaj najpierw do lekarzy innych niż o psychiatrycznej specjalizacji. Z badań *Kielholza* [10] wynika, że około 10% ogółu chorych poszukujących porady u lekarzy ogólnych to osoby cierpiące na depresję, których dolegliwości somatyczne są przejawem atypowej klinicznie fazy depresyjnej. Stanowią oni również znaczny odsetek pacjentów oddziałów somatycznych [17]. Zdaniem *Fawcetta* [7] i *Lopez-Ibor* [13], chorzy cierpiący na depresję dokonują większości zamachów samobójczych, które mają miejsce na oddziałach internistycznych i które zwykle zaskakują leczący personel. Jak wynika z badań *Moffic* i *Paykel* [14], lekarze i pielęgniarki oddziałów niepsychiatrycznych zazwyczaj nie dostrzegają depresji u pacjentów z depresją maskowaną. Skargi na dolegliwości, np. ze strony przewodu pokarmowego, często skutkują wdrożeniem leczenia objawowego bez ustalenia uchwytnej przyczyn organicznych. Badania *Lesse* [12] dowodzą, że około 84% chorych na depresję maskowaną jest kierowanych na konsultację psychiatryczną dopiero co najmniej po roku trwania choroby, 69% po ponad 2 latach, 30% zaś co najmniej po 5 latach. Według szacunkowych danych *Lehmanna*, który porównywał wskaźniki hospitalizacji i wskaźniki epidemiologiczne rozpowszechnienia depresji, tylko jeden spośród pięciu chorych na depresję korzystał z pomocy specjalistycznej i jedynie jeden chory spośród 20 dotkniętych depresją leczył się w szpitalu psychiatrycznym [17].

Część przypadków tzw. opilstwa okresowego oraz okresowego nadużywania leków nasennych, przeciwbólowych lub uspokajających wiąże się z nawrotami fazy depresyjnej o łagodnym nasileniu oraz próbami łagodzenia istniejącej depresji.

TRUDNOŚCI KLASYFIKACYJNE

W XIX wieku wprowadzono dwa terminy zastępujące diagnozę „depresji maskowanej”. Pierwszy z nich – „hipochondria” – odnosił się do pacjentów z przewlekłymi dolegliwościami somatycznymi, których nie dało się wytłumaczyć, stosując dostępne metody badań i które nie ustępowały mimo stosowanego leczenia. Drugi – „neurastenia” – stosowano w przypadku pacjentów skarżących się na zmęczenie, pesymizm, rozdrażnienie, tłumaczone przez *Bearda* jako wyczerpanie rezerwy energetycznej układu nerwowego, co miało być konsekwencją rozwoju cywilizacyjnego [2].

Obecnie termin depresja maskowana nie występuje w klasyfikacji ICD-10 ani DSM-IV, w związku z czym istnieje problem z postawieniem właściwego rozpoznania. Z jednej strony

depresje maskowane mają charakter zaburzeń depresyjnych nawracających i w związku z tym nie powinny być uważane za nietypowe ani z powodu charakteru objawów, ani częstości występowania. Z drugiej zaś nie mogą być klasyfikowane jako depresje endogenne, ponieważ nie spełniają kryteriów diagnostycznych określonych w ICD-10 i DSM-IV. Dlatego też depresja maskowana bywa diagnozowana jako zaburzenia psychosomatyczne, hipochondria, neurastenia, a nawet nerwica histeryczna [2]. Niezależnie od stawianej diagnozy należy pamiętać, że u chorego na depresję maskowaną zawsze występują objawy depresji, mimo że słabiej zaznaczone, a ich dostrzeżenie zależy od dokładności badania oraz dobrej znajomości objawów.

PODSUMOWANIE

Depresja maskowana, będąca bardzo często rozpoznawaną jednostką chorobową w latach 70. i 80. ubiegłego wieku, nie została wyodrębniona w obowiązujących klasyfikacjach ICD-10 i DSM-IV. Nie oznacza to jednak, że zniknął problem atypowych zespołów depresyjnych.

Mimo że nie spełnia ona kryteriów diagnostycznych dla depresji endogennej, „zastępcze” rozpoznanie neurastenii, hipochondrii lub zaburzeń psychosomatycznych może prowadzić do nieporozumień i komplikacji. Zazwyczaj po kilku tygodniach utrzymywania się „maski” może rozwinąć się typowy obraz zespołu depresyjnego. Można też dostrzec cechy zbieżne z przebiegiem depresji endogennej: początek jej bywa nagły, a objawy również często nagle przemijają. U znacznej liczby chorych objawy maskujące wykazują ponadto typowy rytm dobowy: narastają nocą lub w godzinach porannych i zmniejszają się wieczorem. U większości chorych daje się zauważyć zaburzenia rytmów biologicznych. Małe ich nasilenie uchodzi jednak uwadze pacjenta i bywa niedostrzegane przez lekarzy. Wspólną cechą typowych faz depresyjnych i depresji maskowanych jest także obecność myśli suicydalnych. Według Lesse, aż 42% chorych na depresję maskowaną przejawia takie myśli lub tendencje [12]. Nieodpowiednie do rzeczywistego rozpoznanie i leczenie może być przyczyną uzależnienia od środków przeciwbólowych, anksjolitycznych lub nasennych, które ogranicza funkcjonowanie społeczne i zawodowe pacjentów. W związku z

tym być może należy przychylić się do opinii niektórych amerykańskich psychiatrów (Akiskal [1]) sugerujących, że należy wypełnić lukę, jaka powstała w diagnostyce zaburzeń nastroju, diagnozując depresję maskowaną jako depresję podprogową lub subdepresję.

PIŚMIENNICTWO

1. Akiskal H.S.: *Mood disorders*. In: Clinical. Kaplan H.J., Sadock B.J. Comprehensive Textbook of Psychiatry. (7th ed), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2000, 1338-1385.
2. Beard G.M.: *A Practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia)*. William Wood, New York 1880.
3. Bilikiewicz A., Płużyński S., Rybakowski J. i wsp.: *Psychiatria*. 2002, II, 363-366.
4. Chamberlain O.B.: *Cryptic depressive states*. Sth. Med. J., 1949, 42, 1078.
5. Fawcett J.J.: *Suicidal depression and physical illness*. Amer. Med. Ass., 1972, 219, 1303.
6. Glatzel J.: *On cyclothymic depression with vegetative symptoms*. Fortschr. Neurol. Psychiat., 1967, 35, 441.
7. Hempel J.: *Die vegetative-dystone Depression*. Nervenarzt, 1937, 10, 22.
8. Kaplan H.I., Freedman A.M., Sadock B.J.: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. III. 1980, II, 1339-1341.
9. Kielholz P.: *Masked depression*. Hans Huber, Bern, 1973.
10. Kielholz P.: *Treatment for masked depression*. Psychopharmacol. Bull., 1975, 11, 31.
11. Kielholz P.: *Die verkannte Depression*. Therapiewoche, 1969, 19, 2139.
12. Lesse S.: *Psychotherapy in combination with antidepressant drugs in patients with severe masked depression*. Am. J. Psychiatry, 31, 185, 1977.
13. Lopez-Ibor J.: *Masked depressions*. Br. J. Psychiatry, 120, 245, 1972.
14. Moffic H.S., Paykel E.S.: *Depression in medical in-patients*. Brit. J. Psychiatry, 1975, 126, 346.
15. Parker G., Roy K., Mitchell P.: *Atypical Depression. A Reappraisal*. Am. J. Psychiatry, 2002, 159, 1470-1479.
16. Priori R.: *La „depression-sine depressione” e le sue forme cliniche*. In: Psychopatologie heute. Kranz (ed.). Thieme, Stuttgart 1962.
17. Pużyński S.: *Depresje*. PZWL, 1988, 223-224, 272-279.
18. Pużyński S.: *Depresje i zaburzenia afektywne*. PZWL, 2005, 44-47.
19. Szlabowicz J.W.: *Badania kliniczne nad zamaskowanymi depresjami endogennymi*. Maszynopis pracy doktorskiej, Gdańsk 1976.
20. West E.D., Dally P.J.: *Effects of iproniazid in depressive syndromes*. Br. Med. J., 1959, 1, 1491-1494.

Otrzymano 22 lutego 2007 r.

Adres: Anna Miodek, SPZOZ im. J. Babińskiego, 91-229 Łódź, Aleksandrowska 159, e-mail ania@miodek.net