

**ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**імені ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО**

**КАФЕДРА ПСИХІАТРІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ**

**ФАКУЛЬТЕТУ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ**

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ**

**«Масковані депресії: діагностика, клініка, лікування»**

**для циклів СПЕЦ, ПАЦ, ІНТ та ТУ за фахом «ПСИХІАТРІЯ»**

(розроблені на підставі типової навчальної програми 2010 року зі спеціальності «ПСИХІАТРІЯ» та робочих навчальних програм кафедри психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ імені Данила Галицького)

**Львів – 2015**

**Методичні рекомендації підготував:**

к.мед.н., асистент Кирилюк С.С.

**Рецензенти:**

завідувач кафедри медичної психології, психіатрії та сексології  
стоматологічного факультету Львівського національного медичного  
університету імені Данила Галицького

д.мед.н., проф. Білобровка Р.І.;

професор кафедри неврології стоматологічного факультету Львівського  
національного медичного університету імені Данила Галицького

проф. Негрич Т.І.

Методичні рекомендації обговорені та схвалені на засіданні кафедри  
05.05.2015 р., протокол №68.


Методичні рекомендації обговорені та затверджені на засіданні  
профільної методичної комісії факультету післядипломної освіти  
19.05.2015 р., протокол №2.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
імені ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Декан факультету

Післядипломної освіти

 доц. Січкоріз О.Є.

Факультет післядипломної освіти

Кафедра психіатрії та психотерапії

Назва дисципліни: психіатрія

Адреса: 79021 м. Львів, вул. Кульпарківська, 95

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ

«Масковані депресії: діагностика, клініка, лікування»

для циклів СПЕЦ, ПАЦ, ІНТ та ТУ за фахом «Психіатрія»

(розроблені на підставі типової навчальної програми 2010 року зі спеціальності  
«ПСИХІАТРІЯ» та робочих навчальних програм кафедри психіатрії та психотерапії  
ФПДО ЛНМУ ім. Данила Галицького)

ЗАТВЕДЖЕНО:

на методичній нараді кафедри

«05» травня 2015 р.

протокол №68 від 05 травня 2015 р.

в.о. завідувача кафедри

 доц. Рішківська Н.О.

на профільній методичній комісії

«19» травня 2015 р.

протокол № 2 від 19 травня 2015 р.

голова

 доц. Січкоріз О.Є.

## ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

**Навчальні цілі заняття** (з вказівкою рівня засвоєння, що планується):

**Мати уявлення** ( $\alpha - I$ ): про «типові» форми депресивного розладу, про місце «типових» депресивних розладів серед інших психопатологічних форм афективних психічних захворювань.

**Ознайомитись** ( $\alpha - I$ ): із статистично - епідеміологічними даними депресивних розладів.

**Знати** ( $\alpha - II$ ): знати сучасні класифікації «типових», атипових та маскованих депресивних розладів; етіопатогенетичні механізми їх розвитку; особливості дії та аспекти призначення антидепресантів, нейролептиків та інших медикаментів у лікуванні депресивних розладах; основні види психокорекційної роботи з депресивними пацієнтами.

**Оволодіти** ( $\alpha - III$ ): методикою та діагностичними аспектами проведення первинного психопатологічного інтерв'ю у хворих з атиповими та маскованими депресіями; методикою проведення клінічного напівструктурованого психопатологічного інтерв'ю з депресивними пацієнтами за протоколом SCID I, II; визначення рівня депресії за даними опитувальників Гамільтона, Бека, PHQ-2, PHQ-9, PHQ-15.

**Вміти** ( $\alpha - IV$ ): діагностувати атиповий та маскований депресивний розлад; провести диференційну діагностику невротичних розладів з соматогенними психічними розладами, неврастенією, істеричним (конверсійним) розладом, обсесивно-компульсивним розладом, дефектним станом при шизофренії, ендогенною та психогенною

депресією; визначати план лікування атипового та маскованого депресивних розладів в залежності від конкретного виду розладу.

**Підготувати доповідь** ( $\alpha - V$ ) для виступу на клінічній науковій конференції Львівської обласної клінічної психіатричної лікарні на тему «Атипові та масковані депресивні розлади» з висвітленням актуального стану даної проблематики у Західному регіоні України (за даними літератури та власного клінічного досвіду).

**Цілі розвитку особистості** (виховні цілі): принципи формування терапевтичного комплансу (співпраці) «лікар-пацієнт», етика та деонтологія спілкування з депресивним пацієнтом;

### Міждисциплінарна інтеграція

Дисципліна	Знати	Вміти
1. Попередні дисципліни: Нормальна анатомія Нормальна фізіологія  Патологічна фізіологія  Біохімія  Загальна психологія  Медична психологія	Будова центральної нервової системи; Фізіологія вищої нервової діяльності; механізми нейро-ендокринної регуляції функцій внутрішніх органів і систем організму Механізми розвитку «зламу» нейромедіаторних систем організму людини Механізм дії біологічно активних речовин на психічну діяльність Застосовувати знання основних психічних процесів та їх властивостей у людини.  Зміни психічних функцій при різних соматичних захворюваннях	Провести первинне загально-клінічне медико-психопатологічне інтерв'ю з пацієнтами в загально-соматичній клініці
2. Наступні дисципліни, що забезпечуються: Шпитальна терапія Госпітальна терапія Неврологія		
3. Внутрішньоопредметна інтеграція: Розлади емоційно-вольової сфери Розлади мислення Розлади особистості Депресивні розлади		Діагностувати розлади емоцій, волі, мислення; розлади особистості. Проводити діагностику та диференційну діагностику депресивних розладів

## План та організаційна структура заняття

№ п/п	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення: контролю, наочності, інструктивні, обладнання, тощо	Розподіл часу
1	2	3	4	5	6
I	<b>Підготовчий етап</b> Організація заняття				15 хв.
II	Постановка навчальної мети та мотивація				
III	Контроль вихідного рівня знань: 1. Анатомічний субстрат емоцій 2. Нейрохімічні основи депресій 3. Класичні ознаки депресій	II II II	Індивідуальна теоретична співбесіда (опитування); тестовий контроль II рівня; рішення типових задач II рівня;	Питання II рівня Тести II рівня Задачі II рівня Таблиці Малюнки Структурно-логічні схеми Аудіо-відеоматеріали	
IV	<b>Основний етап</b> Формування професійних вмінь та навичок: 1. Оволодіти навичками визначення клінічних варіантів атипичних депресій та маскованих депресій; 2. Оволодіти методиками застосування клінічних шкал депресії та напівструктурованого інтерв'ю; 3. Провести курацію хворого на атипову/масковану депресію; 4. Визначити план лікування атипової/маскованої депресії, підбір антидепресанту.	III	<u>Метод формування навичок:</u> практичний тренінг  <u>Метод формування вмінь:</u> професійний тренінг у вирішенні нетипових клінічних, ситуаційних задач	Професійні алгоритми (інструкції) щодо формування практичних навичок та професійних вмінь. Хворі Історії хвороби Таблиці, слайди, психодіагностичні опитувальники, учбові альбоми Текстові ситуаційні нетипові задачі.	55 хв.
V	<b>Підсумковий етап</b>	III	<u>Метод контролю навичок:</u>	Професійні алгоритми	20 хв.

№ п/п	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення: контролю, наочності, інструктивні, обладнання, тощо	Розподіл часу
			індивідуальний контроль навичок та їх результатів <u>Метод контролю вмінь:</u> Аналіз та оцінка результатів клінічної роботи Рішення нетипових клінічних задач Тестовий контроль III рівня	(інструкції) щодо формування практичних навичок та професійних вмінь. Хворі Історії хвороби Таблиці, слайди, психодіагностичні опитувальники, учбові альбоми Текстові ситуаційні нетипові задачі.	
VI	Підведення підсумків заняття				
VII	Домашнє завдання			Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою Рекомендована література	

## ЗМІСТ ТЕМИ ЗАНЯТТЯ

**Історія формування понять афективної патології.** Термін меланхолія вживали ще видатні лікарі древньої Греції та Риму - Гіпократ, Аретей, Цельс, Гален, - маючи на увазі приблизно ті самі явища, до яких застосовується цей термін сьогодні. Аж до початку XIX ст. психіатрія спиралась на численні описи депресії не зважаючи на суттєві відмінності між окремими формами психічних захворювань, при яких спостерігаються ці синдроми. Лише за часів розквіту французької психіатрії, Ескіроля та Мореля, було проведене відмежування Фальре та потім Рітті – «циркулярного психозу» (*foliae circulairae*, Falret, 1851; Ritti, 1853), Байярже – «психозу у двох формах» (*foliae a double forme*, Baillarger, 1863), а пізніше німецьким психіатром Кальбаумом – «циклотимії» (Kahlbaum, 1862). Останній скористався для класифікації психічних захворювань такими критеріями як подібність проявів, причин, перебігу та наслідків. Ці критерії згодом використав і Еміль Крепелін (Kraepelin E.). Вже у 1889 році в 6-му виданні свого підручника з психіатрії він остаточно сформулював поняття депресивного розладу як нозологічної одиниці, яке об'єднало більшість описаних до того «меланхолій», «аменцій», депресивні фази циркулярного психозу і слабковиражені (циклотимічні) розлади настрою.

Деякі дослідники (Конрад К., Ей А.) вважали, що депресивна фаза в рамках біполярного афективного розладу є клінічним варіантом єдиного з шизофренією ендогенного психозу. Леонгард К., навпаки, у монографії «Розмежування ендогенних психозів» (1955) пропонував виділяти значну кількість самостійних форм афективної патології. В інших випадках (Кречмер) депресивні розлади та МДП пояснювали лише кількісним посиленням так званих циклоїдних рис характеру. Голант Р.Я.



і представники її школи розглядали депресивний розлад як наслідок органічних ушкоджень діенцефального відділу головного мозку. Важливими були праці Протопопова В.П. та його учнів, де самостійність та цілісність цього захворювання доводилась на основі біохімічних та патофізіологічних досліджень.

В середині ХХ ст. набули розповсюдження висновки про наявність характерних преморбідних (до початку захворювання) рис особистості при депресіях. Це старанність, педантичність, відповідальність, стабільність емоційного стану, який виник одного разу – так звана статотимія за виразом Шімода (Simoda K., 1950) або «*typus melancholicus*» за терміном Теленбаха (Tellenbach H., 1961). У подальшому циклоїдні характерологічні риси стали вважати типовими для біполярного, з депресіями і маніями, варіанту біполярного афективного розладу, а меланхолічні риси - для монополярного з депресивними фазами. У 60-ті роки Ангст, Перріс (Angst J., Perris C, а потім Гіппіус, Пьолдінгер, Пішо (Hippius H., Poeldinger W., Pichot P.) довели, що моно- та біполярні варіанти афективних розладів суттєво відрізняються за типом успадкування, віком дебюту, клінікою та перебігом. Була описана своєрідна форма захворювання, при якій визначальну роль відіграють як ендогенні, так і екзогенні чинники - ендореактивна дистимія (Weitbrecht A., 1954).

Е.Крепелін, який зазначав відсутність наростаючого психічного дефекту при депресії, вказував однак на можливі міжфазові розлади не психотичного рівня. З часом були описані такі міжфазові прояви як своєрідні астенічні - синдром недостатності (Petrilovitsch N., 1969), формування психогенних розладів на ґрунті залишків депресивної фази (Хвиливицький Т.Я., 1975), психопатизація особистості в динаміці

біполярного афективного розладу (Glatzel J., 1970; Протасевич М.І., 1968), стани «автоматичного існування» під час профілактики лігієм (Schou M., 1979). Суттєвим для вчення проафективну патологію стало встановлення правил застосування та систематизація засобів фармакотерапії, де вагомі заслуги належать Кільгольцу П. (Kielholz P.). Дослідження нейротрансмітерних механізмів афективних розладів зумовило появу іншої типології депресій - норадреналін- та серотонінзалежні, які супроводжуються недостатністю відповідних центральних медіаторів (Asberg M., 1976; H.vanPraag, 1979).

**Епідеміологічні показники депресивних розладів.** На даний час у структурі психічної патології, за даними численних досліджень, що проводилися у різних країнах світу, провідне місце займають пограничні стани (неврози, психопатії, непсихотичні розлади екзогенно-органічної природи) і афективна патологія – насамперед - депресії (Sartorius et al., 1996). Впродовж останнього десятиліття в Україні відзначається зростання розповсюдженості депресивних розладів у загальній популяції. Прогнозується, що до 2020 року психічні захворюваннями стануть провідною причиною інвалідизації населення планети. При цьому уніполярна депресія займе друге місце (після ішемічної хвороби) серед захворювань, що призводять до інвалідності. Вже у 1990 році, згідно аналітичних даних Гарвардської школи охорони здоров'я, Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та Всесвітнього Банку, уніполярна депресія займала четверте місце. На початку ХХ століття таких хворих було біля 0,15% від усього населення. При цьому треба зазначити, що тоді враховувалися лише так звані госпітальні випадки. Але вже у 50-х роках минулого століття у популяції реєструвалося до 2-5% депресивних пацієнтів, тобто показники захворюваності депресії зросли у 20-30 разів.

За даними психіатрів і психотерапевтів сьогодні ті, хто хоч одного разу пережив реальний депресивний епізод, налічується біля 30%. Така стрімка динаміка дозволяє деяким авторам говорити про своєрідну «велику епідемію депресій». На 51 сесії ВООЗ було оголошено, що депресія вже вийшла на перше місце в світі серед причин неявки на роботу і на друге - серед хвороб, що призводять до втрати працездатності. Вважається, що в Україні кількість хворих на депресію щороку збільшується на 3-5%. Жінки хворіють на депресію удвічі частіше, ніж чоловіки (20-26% і 8-12% відповідно). Швидше за все, справа не в «імунитеті» сильної половини людства до депресії, а в тому, що чоловіки рідше, ніж жінки звертаються за лікарською допомогою, надаючи перевагу приглушенню її симптомів алкоголем, вживанням лікарських препаратів, зануренням в роботу та ін.. 50% осіб, які страждають на депресію, взагалі не звертаються за допомогою. Серед тих, хто все ж таки це робить, лише 25-30% потрапляють на прийом до психіатра. Від 45 до 60% серед усіх скоєних суїцидів здійснюють хворі на депресію. Людина, що страждає на депресію, має в 35 разів вищий ризик покінчити життя самогубством. 56% осіб, які страждають на депресію, роблять спроби самогубства, а 15% закінчують життя в такий спосіб. Ще у 60-і - 70-і рр. минулого століття пік захворювання на депресію припадав на вік 30-40 років, але на сьогодні депресія різко «помолодшала» і вражає осіб віком до 25 років. При єдиному епізоді депресії імовірність рецидиву становить 50%, при перенесених двох - 70%, трьох - 90%. При депресивному розладі у дружини або чоловіка сім'я розпадається у 10 разів частіше, ніж у звичайних родин. Депресія розвивається частіше, якщо серед членів родини є пацієнти що страждають на депресію. Приблизно 20% родичів хворих схильні до депресії, у той час як родичі

здорових осіб хворіють у 7% випадків. Ризик розвитку депресії серед самотніх і розлучених осіб у 2-4 рази вищий, ніж серед сімейних. При цьому розлучені і самотні чоловіки ризикують більше, ніж розлучені і самотні жінки.

## **КЛІНІЧНІ ВАРІАНТИ ДЕПРЕСІЙ**

**Клініка типового депресивного епізоду.** Типовим депресивним приступом (вітальною депресією) за традицією називають фазу у формі меланхолічного синдрому, представленого класичною тріадою провідних симптомів («тріада Крепеліна»): пригніченість настрою, уповільненість мислення, згальмованість рухів. Головним симптомом при даному розладі є гіпотимія – це депресивний, тобто патологічно знижений настрій (за вираженістю та/або тривалістю невідповідний якимось негативним реальним подіям). Це є афект смутку, туги. Саме особлива психопатологія «вітальної туги» вважається багатьма психіатрами найбільш специфічною ознакою ендогенної депресії. Вітальний (протопатичний) характер туги означає, що вона тотожна так званим загальним тілесним відчуттям, невіддільна для хворого від фізичних страждань. Пацієнти можуть локалізувати це відчуття у ділянку грудної клітки, показуючи рукою, що за грудиною «сидить» болісний смуток, рідков ділянці голови чи шиї. Хворі чітко відрізняють цю «передсердечну тугу» від болю при соматичному захворюванні, від сумних переживань, викликаних дійсними обставинами. Характерним є ослаблення туги щодоби у вечірні години. Депресивний афект супроводжується ангедонією - нездатністю зазнавати якогось задоволення. Часто хворі скаржаться на обтяжливе відчуття відсутності будь-яких почуттів та бажань, переживання психічної анестезії - *anaesthesia psychica dolorosa*, та явища депресивної деперсоналізації.

Окрім особистої зміненості туга може супроводжуватись відчуттям зміненості оточення, котре сприймається потускнілим, сірим, нереальним, саме при депресії виникає відчуття уповільненого перебігу часу – так звана депресивна дереалізація.

Досить характерні риси має також ідеаторна загальмованість. Мова хворих тиха, відповіді на запитання надходять після тривалої паузи, повільні та небагатослівні. Уповільнене мислення є не просто ознакою пасивності, а являє собою первинний симптом. На відміну від реактивних депресій, навіть у надзвичайній ситуації, за крайньої потреби і маючи таке прагнення, хворий не здатен у швидкому темпі здійснювати розумові операції та бодай якийсь обмежений час швидко розмовляти.

Моторна загальмованість при циркулярній депресії теж виглядає доволі своєрідно. У поєднанні з гіпотимією вона формує характерну міміку – «обличчя меланхоліка» з опущеними куточками роту, горизонтальними зморшками на лобі та вертикальними над переніссям, приспущеними повіками; брови зсунуті, нерухомий відсутній погляд спрямований кудись невизначено вниз чивдалину; складка шкіри верхньої повіки на межі медіальної третини відтягується вгору, внаслідок чого обрис дуги у лінії повіки перетворюється на кут – «складку Верагута». Інколи мімічний вираз постійно зберігає відбиток іронічної посмішки, хворий наче приречено іронізує над своєю беспорядністю. В цілому, пацієнти вкрай малорухливі і можуть годинами сидіти на місці згорблені, з опущеною головою. Їх рухи уповільнені, здійснюються з мінімальною амплітудою і за крайньої потреби. Хворі не в змоззі довільно прискорити швидкість рухів (знову ж на відміну від психогенних розладів). За мімікою та пантомімікою, особливо за ходом,

навіть молоді хворі скидаються на людей старечого віку, йдучи зсутулені, повільними маленькими кроками, човгаючи ногами. Зрідка моторне гальмування сягає повного заціпеніння і тоді ми спостерігаємо депресивний ступор. З іншого боку, на фоні рухової загальмованості може виникнути короткий раптовий вибух одчайдучного розпачу із бурхливим руховим збудженням та можливими самоушкодженнями який в літературі описаний як «меланхолійний порив» або ж «*raptus melancholicus*».

Зміст мислення депресивних хворих є, так би мовити, пропорційним глибині гіпотимії. За найменшого пригнічення настрою целише селективність мислення - актуалізація реальних обставин переважно песимістичного характеру з ігноруванням позитивних; далі з поглибленням депресії з'являються надцінні ідеї (тобто ті, що відповідають дійсності, але набувають надмірного значення та займають домінуючу позицію у свідомості хворого). Виражене пригнічення настрою супроводять депресивні маячні ідеї. Їх називають інколи вторинними згідно походження від первинно порушеного настрою, афектогенними та кататимними. Проте, саме у хворих з вітальною тугою підкреслюються існування первинної безпричинної впевненості пацієнта у своїй нікчемності, винності та збіднінні. За висловом Курта Шнайдера (*Schneider K.*), саме депресивний психоз розкриває первинні страхи людини - про спасіння душі, збереження тіла, матеріальні статки та хліб насущний. До типового депресивного маячення належать ідеї малоцінності, самоприниження, самозвинувачення, гріховності, осудження та іпохондричні. Серед розладів змісту мислення досить часто зустрічаються також контрастні думки, які інколи неточно називають нав'язливими - хворий яскраво уявляє, ніби то він може

мимовільно здійснити несумісні з його мораллю дії, якісь ганебні чи жахливі, от, наприклад, вдарити ножем власну дитину і т.п..

Форма депресивного мислення теж вважається хворобливо зміненою. Зміст думок є не просто якимось кількісно пропорційним гіпотимії. Ідеї виробляє така якісно змінена депресивна логіка, котра так би мовити приводить у відповідність настроїв з обставинами, вишукує пояснення наявному смутку за рахунок викривлених занижених уявлень про власні якості танавколишню реальність. Психіатр радянської доби Ташев Т., аналізуючи логічні помилки у депресивному мисленні, описав ряд цікавих показових протиріч – «клінічних парадоксів». Наприклад, «хворий є здоровим» - пацієнти нездатні усвідомити факт захворювання і вважають себе лінивими, бездарними, тощо; «безвинний є винним» – хворі часто вважають себе вкрай нікчемними, але водночас винуватцями масштабних негативних подій; «хворий боїться захворіти» – тобто наявність контрастних думок змісту боязні захворіти; «бажаючий вмерти боїться смерті» – коли у хворого одночасно з тужливим бажанням смерті існують іпохондричні ідеї із страхом перед уявним смертельним невиліковнимсоматичним захворюванням.

Суїцидальні думки та дії також можна вважати типовим проявом депресивної фази. Депресивна оцінка власної особистості тавідносин з оточенням зрозуміло пов'язана з небезпекою здійснення самогубства. Важливим є те, що «стрілка винності» при ендогенній депресії (на відміну від психогенних) спрямована звичайно не на інших людей, а на самого хворого. Пацієнти, з метою самопокарання, уникнення очікуваних страждань, позбавлення рідних клопотів і т. ін. здатні виказати несподівану винахідливість та наполегливість у реалізації суїцидальних задумів. Найбільше самогубств випадає на ті періоди, коли

моторна загальнованість відносно мало виражена порівняно з гіпотимією, тобто на початок чи закінчення фази; звичайний час здійснення суїцидів - передсвітанкові години. Хворі схильні приховувати суїцидальні думки, логічна обґрунтованість котрих видається їм беззаперечною, а смерть бачиться як благодіяння та жадане позбавлення від страждань. Важливим є те, що саме при ендогенній депресії інколи неможливо знайти психологічно зрозумілі мотиви суїциду, коли прагнення самогубства носить характер первинного розладу потягів і вже після здійсненої спроби хворі не здатні обґрунтовано пояснити свій вчинок.

Депресивна фаза характерно супроводжується скороченням загальної тривалості сну, зміщенням його ритму на більш ранній час, зменшенням глибини сну та відсутністю відчуття насичення сном - хоч хворих і бачать сплячими, вони скаржаться, що всю ніч зовсім не спали. Поява сновидінь із переживаннями депресивного характеру буває провісником фази, а сновидінь позитивногоемоційного забарвлення - провісником її завершення.

Тривалість типової депресивної фази досить індивідуальна, у переважної більшості хворих без лікування – є у межах 3-6 місяців. Зустрічаються рідкі випадки, коли фаза буває дуже короткою, навіть до кількох годин, або навпаки дуже довгою, кілька років. Депресії тривалістю понад 12 міс. називаються затяжними. Тривалість періоду від початку депресії до досягнення повної вираженості симптомів складає в середньому біля 2 тижнів, зрідка можливо від кількох хвилин до 1-2 місяців. Приблизно такий самий час потребується для поступового виходу із депресії. Вказані терміни тривалості депресії можуть бути значно скорочені за рахунок активного лікування, хоча за умов терапевтичного скорочення тривалості фаз відбувається пропорційне



зростання частоти їх виникнення за відсутності протирецидивної терапії.

Соматичні симптоми депресивної фази проявляються симпатикотонічними ознаками, найбільш відомі з них є під назвою тріади Протопопова: мідріаз, тахікардія, запори. Повний комплекс сомато-вегетативних відхилень в депресивній фазі аналогічний загальному адаптаційному синдрому («синдрому стресу Ганса Сельє»).

**Атипові варіанти клініки депресивного епізоду.** Атипові депресії складають значну частку у спектрі депресивних розладів. Це - варіанти депресій з особливою атиповою констеляцією симптомів, які нерідко перебігають у вигляді більш коротких і частих епізодів (фаз) і вперше виникають вже у юнацькому віці. Вони розвиваються переважно на фоні девіацій характерологічних рис особистості.

До атипових, з описаних у літературі, відносяться наступні клінічні варіанти депресій: апатична, адинамічна, астенічна, анестетична (деперсоналізаційна), іпохондрична, депресія з настирливостями, маяченням.

**Апатична депресія** характеризується дефіцитом побуджень з падінням життєвого тону. Всі вчинки наче втрачають сенс, виконуються в силу необхідності, «автоматично». Апатичний афект поєднується зі збідненням міміки, монотонністю мови, сповільненістю рухів. Характерним є відчуття байдужості до всього оточення і власного становища, з повною відсутністю зацікавленості. Переважає відчуття внутрішнього дискомфорту, безвиході, внутрішнього неспокою напруги та похмурої пригніченості, які можуть приховуватися за фасадом байдужості.

При **адинамічній депресії** (H.Weitbrecht) на перший план виступають слабкість, безсилля, відсутність побуджень і бажань, рухова

загальмованість і байдужість. Спостерігається втрата ініціативи і потягів до спонтанної активності. Рухова загальмованість та відчуття безсилля поєднуються з відсутністю побуджень і бажань.

**Астенічна депресія** супроводжується вираженими астенічними розладами у вигляді підвищеної втомлюваності та виснаженості, дратівливої слабкості, гіперестезії. Відчуття втоми виникає навіть при незначних зусиллях. Зміни самопочуття часто мають характерний для депресії циркадний (добовий) ритм з посиленням пригніченості, втоми та важкості у тілі у ранішні години (відразу після нічного сну). Депресивна астенія характеризується стійкістю і відсутністю зв'язку з навантаженнями. Прояви туги, тривоги чи ідеї вини і самоприниження малохарактерні для цього варіанту депресії. Переважає песимізм з відчуттям безперспективності та байдужості.

У клінічній картині анестетичної (деперсоналізаційної) депресії переважають прояви психічної анестезії, болюча нечутливість – відсутність адекватної емоційної реакції на зовнішні подразники і враження (*anaesthesia dolorosa psychica*). Прояви відчуження емоцій розповсюджуються на міжособистісні стосунки (втрата емоційного резонансу). Пацієнти стверджують, що втратили почуття до близьких, що для них недоступні почуття суму і радощів (немає ні настрою, ні бажань, ні нудьги, ні почуттів до найближчих родичів, навіть до власних дітей). Все, що відбувається навколо не викликає відгуку у душі, все видається зміненим, неприродним, чужим і віддаленим. Частіше спостерігаються легші варіанти анестетичної депресії, при яких відчуження характеризується відчуттям «несправжності емоцій» і приглушеності почуттів. Суб'єктивно це сприймається, як відчуття «прозорої стіни», яка відділяє від оточення. Характерним також є

відчуття незадоволення власним самопочуттям, втратою здатності до логічного мислення, сприймання нового чи засвоєння елементарного сенсу речей. Усі ці прояви супроводжуються ангедонією з втратою почуття задоволення чи насолоди і здатності радіти.

При **іпохондричній депресії** на фоні пониженого настрою і різноманітних неприємних тілесних відчуттів і сомато-вегетативних розладів у хворих розвивається переконання у тому, що вони страждають важким, невиліковним захворюванням з гіпертрофованою оцінкою його наслідків. Це служить приводом для невпинних звертань до різних спеціалістів з наполяганням на проведенні різних обстежень чи діагностичних процедур. Домінують уяви (переважно перебільшені) про небезпечність порушень діяльності внутрішніх органів, про несприятливі соціальні наслідки і безперспективність лікування, страх виникнення злоякісної пухлини або іншої невиліковної хвороби, страх смерті від раптового серцевого нападу, агорафобія, явища посиленого самоспостереження з ретельною реєстрацією найменших ознак тілесних негараздів. Навіть короткочасні больові відчуття або вегетативні дисфункції можуть розцінюватись як соматична катастрофа і викликати паніку. Іпохондричні депресії часто зустрічаються у загальномедичній практиці. Підозри про психічний характер цього розладу у лікарів-непсихіатрів можуть виникнути досить пізно, після численних обстежень, коли не вдається виявити будь-яких ознак соматичного захворювання або коли контраст між скаргами і об'єктивними даними стає очевидним.

При **депресії з проявами настирливостей** (ананкастичній депресії) характерним є страх втрати панування над собою, контрастні настирливості (ті, що суперечать моральним або релігійним установам

пацієнтів) з страхом скоїти соціально неприйнятні дії, страх причинити собі або оточуючим важких пошкоджень (вискочити з балкона, вдарити ножем та ін.). Настирливості спостерігаються при неглибоких депресіях, частіше у пацієнтів з тривожно-надумливим складом особистості.

**Депресія з маяченням** – це епізод депресії, який перебігає з маяченням, психомоторною загальмованістю або ступором настільки вираженими, що звичне соціальне функціонування стає неможливим. При цьому виникає реальна загроза для життя у зв'язку з суїцидальною поведінкою, виснаженням, зневодненням. Маячення може бути конгруентним депресивному настрою або не відповідати йому. Депресивно – маячні синдроми являють собою складні депресії у яких маячення поєднується з депресією і включає як депресивне, так і інші види маячення. Найбільш характерним є депресивне маячення, маячення вини, зубожіння, відношення, іпохондричне, нігілістичне і персекуторне маячення. Маячення, яке є співзвучним (конгруентним) з депресивним афектом - найчастіше за змістом визначається ідеями вини, самоприниження, гріховності, сорому і самозвинувачення. Маячення, яке не відповідає депресивному афекту – персекуторне, маячення відношення, отруєння.

Різновидом маячної депресії є депресія з нігілістичним маяченням – коли у хворих виникає переконання, що вони втратили усе своє майно, дім, сім'ю, рідних, що у них немає внутрішніх органів, мозку (усе зігнило) та ін.

Депресія з маяченням збитку та буденних стосунків супроводжується переконанням, що їхнє майно розкрадають або нищать люди, що живуть разом з ними в одному помешканні або сусіди, причиняють збиток їхньому добробуту або здоров'ю.

Отже, як помітно з вищенаведеного, усі спроби описів атипових депресивних станів можна звести до двох кластеризаційних груп. До першої групи відносяться депресії з видозміною афективного компоненту (адинамічна, апатична, астенічна, анестетична депресії). До другої групи відносяться – депресії з акцентуацією облігатного симптому чи симптому неафективного кола (тривожна, іпохондрична, ананкастична, істерична, маячна депресія).

### **ВЛАСНЕ МАСКИ ДЕПРЕСІЇ**

Особливими варіантами депресивних розладів є масковані (P. Kielholz) (синоніми: ларвовані, соматизовані, вегетативні, алекситимічні, «депресія без депресії») депресії. Йдеться про синдроми, у яких головні прояви, характерні для депресій (понижений настрій, загальмованість і пригніченість, ідеї вини), мало виражені або ж узагалі відсутні. У інших випадках власне афективні розлади відступають на другий план і часто не розпізнаються, бо провідне положення у клінічній картині посідають симптомокомплекси не характерні для афективних реєстрів. У цих депресивних станах на перший план виступають больові, вегетативні та сомато-неврологічні прояви (суб'єктивні скарги і об'єктивні порушення), які маскують власне депресивні прояви і посідають центральне місце у клінічній картині (наприклад, вперті головні болі або вкрай неприємні і нестерпні відчуття у різних частинах тіла). При уважному розпитуванні виявляються симптоми стертої депресії: понижений, «мінорний настрій» з відтінком песимізму, відчуттям млявості, втомлюваності, розсіяністю, сповільненістю та утрудненням мислительних процесів і реакцій, невпевненість у власних силах, труднощі у реалізації своїх можливостей. Добові коливання скоріше стосуються не стільки настрою, скільки соматичних чи вегетативних проявів. Характерною для цих пацієнтів є

алекситимія – нездатність розпізнавати, виразити і описати свій душевний стан, що виражається у бідності та стереотипності скарг: «Мені погано!». «Невже ви не розумієте, що таке погано?».

Депресії, що набувають соматичні «маски» – соматизовані депресії часто зустрічаються у загальномедичних установах. Однією з найбільш поширених у загальномедичній практиці «масок» депресії при переважанні розладів вегетативної нервової системи є стійкі алгії з локалізацією болей практично у будь-якій частині тіла. Найчастіше спостерігаються цефалгії, болі у спині, кардіалгії, абдоміналгії, невралгії, артралгії, зубний біль та ін..

Особливістю маскованих депресій є та, що мають тенденцію до затяжного або хронічного перебігу. Тісний зв'язок сомато-вегетативних розладів з депресивними проявами підтверджується ефективністю антидепресивної терапії і безуспішністю лікування цих станів різними загальномедичними методами [151, 152].

## РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Диференційна діагностика депресивних розладів з урахуванням сучасної феноменологічної картини : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.16 / С. С. Кирилюк; Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології. - Київ, 2014. - 16 с. - укр.
2. Кирилюк С. Віталофренія при депресії: типовий клінічний випадок / С. Кирилюк // Український вісник психоневрології. - 2012. - Т. 20, вип. 1. - С. 61-63.
3. Сучасні методологічні аспекти діагностики депресії: альтернативний погляд на проблему / О. О. Фільц, С. С. Кирилюк // Архів психіатрії. - 2011. - Т. 17, № 1. - С. 30-33.
4. Особистісний та соціо-культуральний аспекти формування депресивної симптоматики / С. С. Кирилюк, О. О. Фільц // Архів психіатрії. - 2011. - Т. 17, № 2. - С. 15-19.
5. Спектр скарг і об'єктивні критерії в діагностиці депресії / С. С. Кирилюк, О. О. Фільц // Медицина трансп. України. - 2011. - № 4. - С. 23-27. - Бібліогр.: 12 назв. - укр.