**Маскированная депрессия** — психиатрический термин, описывающий патологический депрессивный синдром, протекающий в скрытой (субсиндромальной) форме.

Депрессивные состояния при маскированной (ларвированной,  алекситимической) форме расстройства не достигают в своем развитии полной завершенности. Характерные недугу клинические симптомы проявляются со слабой интенсивностью (тимопатические эквиваленты) либо часть из них не возникает вообще. В большинстве клинических картин субсиндромальной депрессии, гипотимия (стойкое тоскливое настроение), психическая и двигательная заторможенность, идеи самообвинения, апатия отодвинуты на второй план, субъективно не распознаются больным. При маскированной форме индивид не подозревает или не осознает воздействия на него аффективных компонентов депрессии. Человек уверен в том, что его плохое самочувствие – результат наличия у него «особенного, трудно диагностируемого, неизлечимого» заболевания, поэтому обращается к различным специалистам соматического профиля, проходит многочисленные и дорогостоящие обследования, ставя под сомнение компетентность докторов.

Ведущая роль в клинической картине расстройства отведена симптомо комплексам, которые не присутствуют в пределах диагностических регистров патологий психической сферы. При обращении к врачам непсихиатрической специализации больные не выдвигают жалоб на снижение  настроения, не акцентируют внимание на имеющее место состояние гнетущей тоски, поэтому зачастую статус пациента трактуется врачом как специфическую реакцию на соматический недуг. При проведении более тщательного, активного расспроса клиента удается установить патологический аффект в виде суточного колебания эмоционального фона: доминирующей в утренние часы изнуряющей грусти, всепоглощающего уныния, иррациональной тревоги, отгороженности от происходящего при чрезмерной фиксации на имеющихся физиологических ощущениях. В ходе беседы с больным довольно сложно дифференцировать субъективную оценку состояния, описываемую клиентом, так как большинство клиентов неспособны четко описать свое душевные переживания и склонны приписывать симптомы депрессии к несуществующему соматическому недугу.

Нередко при последующем обращении к психиатру важную информацию удается почерпнуть не из прямых ответов на вопросы, а сопоставить сведения при описании больным своего образа жизни, отношений с окружающими, имеющихся эмоциональных связей, соответствия профессиональных стандартов их выполнению, интерпретируемой оценке происходящего.

При маскированной депрессии самые частые жалобы больного – на, так называемый, синдром «сердечной тоски»: пациент жалуется на боли в области сердца, описывает ощущения нехватки воздуха, отмечает перебои в сердечном ритме, фиксирует у себя проблемы со сном. Вторые по частоте описываемых состояний – это жалобы на неподдающуюся медикаментозному лечению головную боль, дискомфортные, болезненные ощущения со стороны пищеварительного тракта, в частности – нарушения перистальтики (диарея, запоры, метеоризм, тошнота). В некоторых случаях пациенты описывают психологические симптомы депрессии: потерю самоуважения, появление идей самообвинения, трудности с концентрацией внимания, проблемы с памятью.

Отдельные больные отмечают у себя нарушения в режиме сна, трудности с засыпанием, частый прерывистый сон. Некоторые пациенты информируют об изменениях пищевых привычек: снижении аппетита, либо, наоборот, возросшей потребности в пище. Встречаются жалобы на отсутствие полового влечения и нарушение менструального цикла у женщин. При объективной оценке состояния больных обнаруживается незначительная двигательная и умственная заторможенность, часто выражаемая в замедлении темпа речи. Иногда фиксируется нетерпимость человека к яркому свету или громким звукам.

Однако все вышеуказанные жалобы описываются больным, как вторичные, они никогда не выступают как факторы, мешающие привычной жизнедеятельности человека.

Маскированная депрессия очень схожа по своим проявлениям с [неврастенией](http://fobiya.info/nevrasteniya) – состоянием, при котором пациента охватывает «всепоглощающая» сильная усталость. Некоторыми психиатрами высказывается предположение о доминирующем влиянии, как в симптоматике, так и в предпосылках к данному заболеванию имеющегося у личности синдрома хронической усталости.

Опасность ларвированной депрессии – в своей незаметности, «мягкости» и «слабости» симптомов. Однако, не распознав вовремя эту патологию и не проведя адекватного лечения, болезнь чревата присоединением иных психических патологий: приступов необъяснимой тревоги – панических атак стойким ипохондрическим образованиям и более серьезным депрессивным расстройствам. Стоит отметить, что при развитии маскированной депрессии, происходят колоссальные изменения в характере человека: неконтролируемые вспышки агрессии, раздражительности приводят у социальной изоляции человека и препятствуют выполнению профессиональных обязанностей. Вырабатывающееся асоциальное поведение индивида грозит  формированием пагубных пристрастий: наркомании, алкоголизма и нередко подталкивает индивида к нарушению закона.

Симптомы маскированной депрессии

Маскированная депрессия протекает под «оболочкой» разнообразных соматических и психических недугов. К распространенным «маскам» заболевания относятся:

**Расстройства психической деятельности и пограничные состояния:**

* тревожно-фобические расстройства (фобии)
* [обсессивно-компульсивные расстройства](http://fobiya.info/obsessivno-kompulsivnoe-rasstrojstvo) (навязчивости);
* [ипохондрия](http://depressia.info/ipohondriya/);
* неврастения.

**Нарушения циркадных ритмов:**

* бессонница,
* сонливость в дневное время;
* гиперсомния (избыточная продолжительность ночного сна).

**Вегетативные и соматизированные расстройства:**

* проявления нейроциркулярной дистонии;
* головокружение;
* гипервентиляция легких;
* кардионевроз;
* синдром раздраженной толстой кишки: гипомоторная дискинезия, запоры;
* нейродермиты;
* анорексия;
* булимия.

**Болевые синдромы:**

. Цефалгия

* кардиалгия, тахикардия, колебания артериального давления;
* абдоминалгия;
* фибромиалгия;
* невралгии различного генеза;
* псевдоревматические артралгии.

**Расстройства социального поведения:**

* девиации сексуальные;
* формирование зависимостей (наркомания, алкоголизм, токсикомания);
* изменения характера личности: импульсивность, агрессивность, конфликтность;
* реакции истерического типа: слезливость, обидчивость, драматизация ситуации, стремление привлечь к себе внимание, «роль» больного.

**Маскированная депрессия может протекать по следующим вариантам:**

* агрипнический вид (частый прерывистый сон, кошмарные сновидения, раннее пробуждение, сочетающееся с мучительным подъемом);
* аноректический вид (тошнота при виде пищи, снижение аппетита, потеря веса, запоры либо диарея).

В большинстве случаев при ларвированной депрессии близкие больного отмечают изменение его характера и поведения: человек становится импульсивным, конфликтным, раздражительным, агрессивным, обидчивым и плаксивым. Нередко индивид старается привлечь внимание окружающих, демонстрируя явно наигранную, театральную болезненность и не доверяет вердиктам врачей о его соматическом здоровье.

Причины

Причины, вызывающие маскированную депрессию, в большинстве случаев относятся к генетической предрасположенности (неблагоприятная наследственность) или являются физиологически-биологическими факторами.

Данное расстройство часто развивается из-за дефицита нейромедиаторов, регулирующих работу нервной системы и отвечающих за состояние эмоционального фона. Недостаток данных химических веществ, контролирующих настроение, приводит к интенсивному реагированию на поступающие от внутренних органов импульсы, и у человека возникают дискомфортные, нередко болезненные ощущения. Факторы, влияющие на снижение уровня серотонина, дофамина и норадреналина, изучены не полностью. Установлено, что в группу риска входят лица, имеющие врожденную патологию обмена веществ, страдающие хроническими аутоиммунными заболеваниями (например: рассеянным склерозом), идиопатическим синдромом паркинсонизма, сосудистыми патологиями головного мозга.

Лечение

Основная терапия при маскированной депрессии – медикаментозное лечение антидепрессантами, транквилизаторами (кратковременно) и седативными средствами.

Из антидепрессантов препараты первого выбора – группа ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (например: Венлафаксин, Дулоксетин). При интенсивно проявляемой тревоге назначают транквилизаторы – производные бензодиазепинового ряда (например: Феназепам). При ярко выраженных нарушениях сна используют современные классы препаратов: производные циклопирролонов (например: Зопиклон).

 В случае если у больного доминирует умственная и двигательная заторможенность используют антидепрессанты, оказывающие стимулирующее действие на ЦНС, имеющие в составе имипрамин.

Терапия маскированной депрессии показывает хороший терапевтический результат через относительно непродолжительный срок. Нередко симптомы недуга полностью исчезают после месяц после начала лечения. Однако медикаментозное лечение рекомендовано продолжать не менее 3-6 месяцев.

Сеансы психотерапии направлены на выявление психологических причин заболевания, формирование верной самооценки и мотивации, обучению навыкам релаксации и самоконтроля.