

УДК 616.89  
DOI: 10.36979/1694-500X-2024-24-5-119-127

## АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ МАСКИРОВАННЫХ ДЕПРЕССИЙ У ПАЦИЕНТОВ ОБЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ

М.Р. Сулайманова, Б.Р. Асанбекова, А.А. Башенова

*Аннотация.* Представлен анализ актуальных научных работ по изучению вариантов маскированной депрессии (МД) в настоящее время, который обнаружил разнообразие проявлений данного расстройства. МД – аффективное нарушение, проявляющееся в виде симптомов, характерных для соматических или других психических расстройств, при этом депрессивный аффект не выражен, и часто не распознаётся специалистами. Наиболее часто МД описана в виде следующих вариантов: алгического (сенестопатического), диссомнического, аноректического, дизнцефального, тревожно-фобического, дипсоманического. В научной литературе по данным разных авторов указывается, что алгический (сенестопатический) вариант встречается до 85 % и проявляется преобладанием признаков сенестопатий – недифференцированными мучительными болевыми ощущениями нечёткой локализации. Диссомнический вариант встречается до 90 % случаев с доминированием нарушений сна преимущественно в виде сонливости днём и ранним пробуждением. Аноректический вариант встречается до 80 %, проявляется снижением, реже повышением аппетита и значительными изменениями веса. Дизнцефальный встречается до 70 % случаев, в котором доминируют явления вегетативной дисфункции. Тревожно-фобический вариант встречается до 10,9 % случаев, где на первый план выступают признаки тревоги и страха, доходящие до уровня агитированности, при котором значителен риск импульсивных суицидальных тенденций, что требует срочной госпитализации. Наркоманический (дипсоманический) вариант встречается до 65 % случаев, когда депрессивный аффект сопровождается приёмом алкогольных напитков или/и других психоактивных веществ, которые “облегчают” пациенту переживание витальной тоски. Таким образом, МД – часто встречаемые нарушения в практике общей медицинской сети. Соматизация депрессивного аффекта вызывает дифференциально-диагностические трудности для врачей-интернистов и может способствовать назначению множества нецелесообразных диагностических методов, неэффективности терапии, появлению резистентных и хронических форм расстройств. Необходимо улучшить информированность как врачей ОМС, так и населения о распространённости маскированных депрессий. Необходимо продолжить углублённое исследование соматизированных “масок” депрессивного аффекта для улучшения дифференциальной диагностики, терапии и профилактики маскированной депрессии.

*Ключевые слова:* маскированные депрессии; соматизированные депрессии; диагностика; лечение; профилактика.

## ЖАЛПЫ МЕДИЦИНАЛЫК ТАРМАКТЫН БЕЙТАПТАРЫНДАГЫ МАСКАЛАНГАН ДЕПРЕССИЯЛАРЫН ДИАГНОСТИКАЛОО ЖАНА ДАРЫЛООСУНУН АКТУАЛДУУ МАСЕЛЕЛЕРИ

М.Р. Сулайманова, Б.Р. Асанбекова, А.А. Башенова

*Аннотация.* МД-аффективдуу бузулуу, симптомдору башка психалык бузулууларга же соматикалык орууларга окшош, депрессивдуу аффекти билинбейт, ошондуктан көп учурда адистер менен табылбайт. Кобунчо МД томонкудой варианттарга болунот: алгикалык (сенестопатиялык), диссомникалык, аноректикалык, дизнцефалиялык, тынчсыздануу-фобиялык, дипсоманиялык. Илимий адабияттарда, ар кандай авторлордун пикири боюнча, алгикалык (сенестопатиялык) вариант 85 % чейин кездешет жана басымдык белгилери сенестопатиялар – аныкталбаган, так локализациясы жок болгон, дифференциацияланбаган оору сезимдери. Диссомникалык вариант 90 % чейин кездешет, анын басымдуулук белгилери уйкунун бузулушу, негизинен эрте ойгонуп, кундуз уйкулуу болуп журуу. Аноректикалык вариант 80 % чейин кездешет, аппетиттин томондошу же кээде жогорулашы менен белгиленет, салмактын олуттуу озгоруусу корунот. Дизнцефалиялык вариант 70 % чейин кездешет, мында басымдуулук орунду вегетативдик дисфункциянын корунуштору алат. Тынчсыздануу-фобиялык вариант 10,9 % чейин кездешет, тынчсыздануу жана коркуу белгилери алдыга чыгып, толкундануу деңгээлине жетип, импульсивдүү суициддик тенденциялардын коркунучу олуттуу болуп, тез арада ооруканага жаткырууну талап кылат. Наркоманикалык (дипсоманикалык) вариант 65 % чейин кездешет, мында депрессиялык аффект алкоолдук ичимдиктер же жана башка психоактивдуу заттарды ичүү аркылуу пациентке турмуштун

азап-тозогу “женилдетуу” сезимин пайда кылдырат. МД – жалпы медициналык тармагынын практикасында коп учурда кездешкен бузулуу. Депрессиялык аффектин соматизациясы интернисттер учун дифференциалдык – диагностикалык кыйынчылыктарды жаратат жана көптөгөн туура эмес диагностикалык методдорду дайындоого, терапиянын натыйжасыздыгына, бузулуунун туруктуу жана өнөкөт формаларынын пайда болушуна шарт түзөт. Маскаланган депрессиянын жайылуусу жөнүндө ОМСтин дарыгерлеринин да, калктын да маалымдуулугун жогорулатууга зарыл. МДдын дифференциалдык- диагностикасын, дарылоосун жана алдын алууну жакшыртуу максатында депрессиялык аффектин соматташтырылган “маскаларын” терең изилдөөнү улантуу зарыл.

*Негизги сөздөр:* маскаланган депрессиялар; соматташтырылган депрессиялар; диагностика; дарылоо; алдын алуу иштери.

---

## CURRENT ISSUES IN DIAGNOSIS AND THERAPY OF MASKED DEPRESSION IN PATIENTS OF THE GENERAL MEDICAL NETWORK

*M.R. Sulaimanova, B.R. Asanbekova, A.A. Bashenova*

**Abstract.** The analysis of current scientific papers on the study of variants of masked depression in modern times, which revealed a variety of manifestations of this disorder, is presented. Depression masked is an affective disorder that manifests itself in the form of symptoms characteristic of somatic or other mental disorders, while depressive affect is not expressed, and is often not recognized by specialists. Depression masked is most often described in the form of the following variants: algic (senestopathic), dissomnic, anorectic, diencephalic, anxiety-phobic, dipsomaniac. In the scientific literature, according to various authors, it is indicated that the algic (senestopathic) variant occurs up to 85 % and is manifested by the predominance of signs of senestopathies – undifferentiated painful painful sensations of fuzzy localization. The dissomnic variant occurs in up to 90 % of cases with the dominance of sleep disorders, mainly in the form of drowsiness during the day and early awakening. Anorectic variant occurs up to 80 %, manifested by a decrease, less often an increase in appetite, and significant weight changes. Diencephalic occurs in up to 70 % of cases, in which the phenomena of autonomic dysfunction dominate. The anxiety-phobic variant is up to 10.9 % of cases, where signs of anxiety and fear come to the fore, reaching the level of agitation, at which the risk of impulsive suicidal tendencies is significant, which requires urgent hospitalization. The drug-addicted (dipsomaniac) variant occurs in up to 65 % of cases when depressive affect is accompanied by the intake of alcoholic beverages or / and other psychoactive substances that “facilitate” the patient’s experience of vital anguish. Thus, is a common violation in the practice of the general medical network. Somatization of depression masked depressive affect causes differential diagnostic difficulties for internists and can contribute to the appointment of many inappropriate diagnostic methods, ineffective therapy, the appearance of resistant and chronic forms of disorders. It is necessary to improve awareness of both CHI doctors and the population about the prevalence of masked depression. It is necessary to continue in-depth research of somatized “masks” of depressive affect to improve differential diagnosis, therapy and prevention of depression masked.

**Keywords:** masked depression; somatized depression; diagnostics; treatment; prevention.

Маскированная депрессия (МД), или соматизированная депрессия, – аффективное психическое расстройство, при котором патологически сниженный аффект скрыт за соматовегетативным компонентом, при этом аффект тоски не выражен и часто может расцениваться врачами как вторичное явление в ответ на соматическую патологию, в связи с чем пациенты склонны обращаться к врачам общесоматического профиля [1–3].

Термин “маскированные депрессии” впервые ввел в литературу в 1973 г. Р. Kidholz [4], однако подобные состояния описывались ранее. Так Falret считал их смягченной формой циркулярного психоза [5]. Kahlbaum (1889) относил эти формы к циклотимии. На соматические симптомы у больных с маниями и меланхолиями

указывали Pinel и Esquirol [4, 6]. С. В. Каннабих (1914) считал их “эквивалентами депрессивного приступа” [7]. Д. Д. Плетнев (1927) указывал на одну из форм ожирения как проявление депрессии и признаком “соматической циклотимии” [5].

По данным N. Sartorius, только 20 % пациентов, страдающих аффективными расстройствами, обращаются самостоятельно за медицинской помощью, при этом чаще к терапевтам, из них правильно выставляется диагноз только 30 % пациентам и лишь 25 % данных пациентов получают адекватную терапию [8]. Западноевропейские и японские исследователи отмечают, что частота депрессий у пациентов соматического стационара достигает до 20–29 % [8–13], по свидетельству А. Okasha депрессия

обнаруживаются у более чем 33 % госпитализированных пациентов [14]. По данным российских учёных, частота установленных депрессивных расстройств составляет до 20,5 %, причём в структуре преобладают: эндогенные депрессии (38,5 %), в том числе дистимии (33,8 %), психогенные депрессии (10,8 %) [2, 15, 16]. Распространённость депрессии среди пациентов неврологических клиник составляет более 17 % [5]. В выборке одного из поликлинических психотерапевтических кабинетов г. Москвы доля депрессивных расстройств занимает 38,2 %, из которых реактивные депрессии – 28,1 %, легкие – 18,9 %, умеренно тяжелые – 9,2 %, эндогенные в рамках циклотимии – 10,1 % [5].

В настоящее время отмечается существенный неуклонный рост аффективных расстройств, что связано с катастрофическими событиями в мире: пандемии вирусных инфекционных заболеваний [17], стихийные бедствия, войны, массовая миграция населения, ксенофобия, политический и экономический кризисы, массивная негативная информация СМИ – всё это разрушительно воздействует на психическое состояние людей и отражается на качестве жизни в целом (ВОЗ, 2021, 2022, 2023).

**Цель** – изучить варианты маскированных депрессий (МД) для улучшения дифференциальной диагностики, терапии и профилактики МД.

**Материалы и методы исследования.** Обзор актуальной зарубежной и отечественной научной литературы.

**Результаты и обсуждение.** Острые и хронические дистрессовые ситуации являются основными провоцирующими факторами возникновения аффективных нарушений разной природы и степени выраженности [18]: семейные проблемы, потеря близкого человека, принятие сложного решения, принципы воспитания, выматывающие физические и психоэмоциональные нагрузки, недостижение поставленной цели, отсутствие дальнейших перспектив и др., и наряду с этим – военные конфликты, пандемии, вынужденная миграция, природные катастрофы. В основе развития МД имеют место генетически обусловленные отклонения в обмене веществ и выработке нейромедиаторов [3, 4, 15].

Известные психологические школы объясняют возникновение МД психосоматическими

связями [18]. Человек как бы фиксирует болезненные проявления эмоций в теле, и в дальнейшем, при переживании подобных эмоций, уже привычно ищет болезненный отклик в теле, не связывая эмоции и боль, так как он чувствует только физическую боль в теле. С целью подавления этих болей, начинают доминировать такие расстройства влечений как дипсомания, токсикомания, склонность к азартным играм и др.; девиантное поведение с конфронтационными установками, разрушительными тенденциями, реактивной агрессией, либо все непрожитые и подавленные эмоции остаются в теле в виде “комка” зажатых, спазмированных мышц, так как подавление эмоции всегда идёт на физиологическом плане (“чтобы не сказать что-то” – сжимаются мышцы гортани, если что-то не можете принять – мышцы шеи и пр.), и с каждым разом процесс “поиска боли” становится все более автоматизированным [11]. Подавленные эмоции могут привести к снижению концентрации серотонина, дофамина и норадреналина. При их достаточной выработке человек испытывает положительные эмоции. Если синтез гормонов снижается или меняется чувствительность синаптических окончаний к ним, то пациент теряет способность ощущать радость. Жизнь для него становится скучной и бессмысленной [4, 7, 16].

Вегетативная система полностью контролирует работу гладкой мускулатуры (стенки кишечника, желудка, пищевода и пр.). Таким образом, все наши переживания, которые приводят к выбросу адреналина в кровь приводят к изменению, например, в работе ЖКТ. Длительный стресс может вызвать спазм мускулатуры, который и выдаёт болевой сигнал, воспринимаемый мозгом. Обычно человек не связывает дистресс и болевые ощущения, однако это имеет прямую взаимосвязь. Более того, длительный спазм, обусловленный психическим состоянием, может вызвать нарушения в работе органа на физиологическом плане (так как происходит ухудшение кровоснабжения спазмированных участков, перенапряжение одних мышц и чрезмерное расслабление других [2, 4, 16, 18]).

Интересным представляется метаанализ нейробиологического взаимообуславливания боли и депрессии Zheng C.J., Van Drunen S.,

Egorova-Brumley N. Neural (Zheng CL et al., 2022), основанный на нейровизуальном обследовании, включавшем 1706 респондентов с первичной болью (из них 70,9 % женщин), 126 респондентов с первичной депрессией (где 68,3 % женщин), 402 – с болью и депрессией (33,4 % женщин) и контрольную группу (1682 здоровых респондента, из которых 68 % женщин) [13]. В нем изучена роль миндалины, медиальной префронтальной коры (mPFC), левой дорсолатеральной префронтальной коры (DLPFC) в развитии коморбидности боли и депрессии: с одной стороны, наличие депрессивных симптомов предрасполагает к появлению распространенной хронической скелетно-мышечной боли. С другой стороны, у пациентов, длительно страдающих от болевого синдрома, высока вероятность развития депрессии, что подтверждено связью между нарушениями активности миндалины и mPFC и возникновением депрессии при хронической боли, в то время как гипоактивность левой DLPFC и повышенная активация таламуса лежат в основе хронизации боли при депрессии, предположительно отражая нарушенную способность модулировать болевые ощущения [6, 13].

В клинической картине всех МД характерно наличие соматических жалоб, не укладывающихся в клиническую картину болезни, незначительная выраженность органических изменений, отсутствие эффекта от соматической терапии и успешность лечения антидепрессантами [2, 3, 16]. В МКБ-10 маскированные депрессии относят к рубрике F32.8 “Другие депрессивные эпизоды”, где рассматриваются эпизоды, которые не соответствуют описанию классических депрессивных эпизодов (F32.0–F32.3) [3], но “общее диагностическое впечатление указывает, что они имеют депрессивную природу [1]. Примеры включают флюктуирующую смесь депрессивной симптоматики (особенно “соматического” синдрома) с не имеющими диагностического значения симптомами, такими как напряженность, беспокойство, дистресс, а также смешение “соматических” депрессивных симптомов с хронической болью или усталостью, которые не обусловлены органическими причинами (как иногда это можно наблюдать в больницах общего профиля)” [3]. В новой

классификации ICD-11 соматизированные депрессии представлены в рубрике “Аффективные расстройства (БЛОК L1-6A6)” [1].

На сегодняшний день рассматривается множество вариантов соматизированной (маскированной) депрессии.

*Алгический (сенестопатический) вариант* характеризуется преобладанием симптоматики в виде сенестопатий – недифференцированных болевых ощущений, таких как боли в области головы, сердца, живота, суставов, фибромиалгии, невралгии (в области тройничного, лицевого нервов, межреберная невралгия, пояснично-крестцовый радикулит), спондилоалгии [3, 15]. Также имеют место функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы: тахикардия, аритмии, колебания АД. Данные нарушения, имитирующие симптоматику различных форм кардиологической патологии, у 21 % пациентов не выступают как самостоятельные психопатологические образования, а маскируют депрессивные расстройства [5]. Еще чаще на первый план клинической картины выдвигаются функциональные нарушения ЖКТ: гипомоторная дискинезия, запоры, стойкие абдоминалгии в проекции толстой кишки. Синдром раздраженной кишки в трети случаев является составной частью соматовегетативного комплекса депрессий (апатических, тоскливых) [5].

*Аноректический вариант* МД проявляется снижением или повышением аппетита и, соответственно, значительными изменениями веса. Наиболее характерны жалобы на утреннюю тошноту, отсутствие аппетита и отвращение к пище. При этом пациенты значительно теряют в весе, страдают от упорных запоров [3].

При *диссомническом варианте* МД доминирует симптоматика в виде нарушений сна. Одним из наиболее частых проявлений является агрипнический тип, характеризующийся прерывистым сном с неприятными сновидениями, ранними пробуждениями с затрудненным, требующим волевого усилия, мучительным подъемом, другим вариантом является гиперсомния [3–5].

*Диэнцефальный вариант* проявляется доминированием нарушений ринэнцефалогипоталамусной системы, при котором формируется аффективно-вегетативные реакции [3].

“Маски” в форме психопатологических расстройств: тревожно-фобических, обсессивно-компульсивных, диссоциативных, ипохондрических, неврастенических, астенических (синдром хронической усталости, ювенильной астенической несостоятельности), антисоциального поведения (склонности к дисфориям, импульсивности, конфликтности, конфронтационных установок, вспышек агрессии и др. [6, 15, 19]. Сочетание субсиндромальной депрессии, не соответствующей по степени тяжести критериям депрессивного эпизода, с субсиндромальной тревогой в МКБ-10 рассматривается в рубрике “Смешанные тревожно-депрессивные расстройства” (F41.2), причем из общего числа таких расстройств 43 % составляют субклинические депрессии, маскированные тревогой [3, 16, 19]. При ажитированной депрессии имеется риск импульсивных суицидальных тенденций, что требует срочной госпитализации и наблюдения в условиях психиатрического стационара.

*Наркоманический (дипсоманический) тип* также является вариантом МД, при котором депрессивный аффект сопровождается приёмом алкогольных напитков или других психоактивных веществ (ПАВ), которые “облегчают” пациенту переживание витальной тоски. Зависимость формируется постепенно и зависит от вида ПАВ. У пациентов со скрытой депрессией абстинентный синдром развивается чрезвычайно быстро, и, что особенно трагично – уже в молодом возрасте. Состояние отмены у таких пациентов проявляется сложной клинической картиной, где наряду с депрессивными расстройствами в форме пониженного настроения, с ярким чувством вины, идеями самообвинения, самоуничтожения, суицидальными мыслями и действиями имеют место соматовегетативные проявления (разнообразные боли, неприятные ощущения, отсутствие аппетита, повышенное артериальное давление, похудение, запоры, сухость языка, усиленное потоотделение и т. д.). Запой становятся более выраженными и длительными [3, 19].

При *маскированной депрессии* страдают когнитивные функции: снижается способность концентрировать внимание и быстро принимать решения, ухудшается память, падает самооценка

и снижается уверенность в себе, появляется чувство безысходности, беспомощности, постоянное самообвинение, суицидальные мысли [4].

При всём многообразии масок соматизированных депрессий при тщательном обследовании пациента в основе клинической картины обнаруживается депрессивный аффект, основными признаками которого являются следующие:

- 1) субдепрессивный уровень аффекта (невыраженный или легкой степени тяжести);
- 2) разнообразные соматовегетативные проявления, не специфичны для определённого соматического заболевания;
- 3) доминирование самообвинительной (интрапунитивной) позиции (пациенты склонны обвинять себя в своём “недомогании”, “никчёмности”, “слабости”, в неудачах);
- 4) нарушение витальных функций (поздняя бессонница, снижение аппетита, сексуальной потенции, массы тела, нарушения менструального цикла);
- 5) ундуляция (волнообразность) течения симптоматики – суточные колебания состояния, когда симптомы наиболее выражены в первой половине дня;
- 6) характерная сезонность обострений (чаще весной и осенью);
- 7) полиморфизм проявлений в динамике;
- 8) отсутствие органической обусловленности (исключённой лабораторной и функциональными диагностическими методами);
- 9) отсутствие эффекта от соматотропной терапии;
- 10) позитивный эффект от назначения антидепрессантов [3].

**Диагностика** МД существенно затруднена из-за многообразия клинических проявлений. Неспецифические симптомы аффективных нарушений и “соматизированный” призыв к помощи формируют соответствующий данным феноменам маршрут большинства пациентов [20] (рисунок 1).

Вместе с этим, соматоцентрированный подход врачей-интернистов, ориентированных на поиск соматической патологии, способствует назначению множества нецелесообразных методов обследования и обуславливает кумуляцию данного контингента больных в общей медицинской сети и нередко – у нетрадиционных



Рисунок 1 – Неспецифические проявления аффективных нарушений и предпочтительный маршрут пациентов на примере жителей Кыргызстана [20]

целителей (здесь – “парамедиков”). Длительное нахождение пациентов с недиагностированными аффективными нарушениями приводит, в свою очередь, к неэффективности терапии, хронизации, ятрогениям, экономическому ущербу в виде затрат на многочисленные обследования и приобретение лекарств [3, 17, 20].

Сегодня среди психотропных препаратов, назначаемых для терапии аффективных расстройств, – стабилизаторы настроения (антидепрессанты, нормотимики) занимают в общей медицинской практике лидирующее место [17].

Основной областью применения антидепрессантов последнего поколения являются расстройства тревожно-депрессивного спектра амбулаторного уровня. Основное их действие: тимоаналептическое, то есть направлено на редукцию депрессивного аффекта. Наряду с этим многие антидепрессанты обладают противотревожным и стимулирующим действием, что определяет клиническую классификацию антидепрессантов.

Спектр терапевтической направленности позволяет широко назначать антидепрессанты

при аффективных расстройствах амбулаторного уровня (рисунок 2).

Механизм действия антидепрессантов основан на повышении содержания уровня моноаминов (серотонина, норадреналина, дофамина) в синаптической щели, что осуществляется ингибированием обратного захвата или блокированием их разрушения моноаминоксидазой (МАО). Фармакодинамическая классификация антидепрессантов основана на их МД и включает следующие группы ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО), ингибиторы обратного захвата норадреналина и серотонина (трициклические антидепрессанты – ТЦА), селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИЗСН), селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина (СИЗН), селективные стимуляторы обратного захвата серотонина (ССОЗС). Стимулирующие антидепрессанты могут усилить бессонницу, тревогу, интенсивность суицидальных мыслей, что следует иметь в виду при их назначении и проводить коррекцию

Терапевтическое действие (эффекты) антидепрессантов  
(С.Н. Мосолов, 1993)

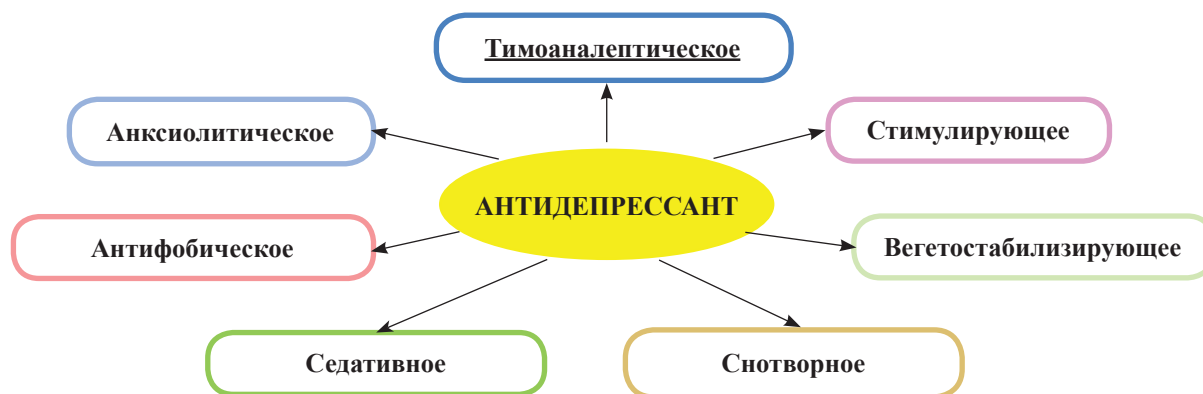


Рисунок 2 – Спектр терапевтического эффекта антидепрессантов по С.Н. Мосолову (Мосолов С.Н., 1993) [2, 3]

данных проявлений соответствующими средствами под врачебным контролем. Вегетотропный эффект антидепрессантов используется при наличии психовегетативных проявлений расстройств тревожно-депрессивного спектра. Перечень нежелательных побочных нарушений со стороны соматовегетативной системы возникает при неконтролируемом приёме и значительном превышении рекомендуемых дозировок [3].

При назначении антидепрессантов следует иметь в виду, что собственно противодепрессивное (тимоаналептическое) действие развивается не сразу, а в среднем через три недели регулярного приема – таким образом, курс терапии должен продолжаться не менее девяти месяцев. При этом седативный и стимулирующий эффекты могут возникнуть в первые дни приёма, и при наличии суицидальных тенденций необходима их коррекция. Очевидно, что препараты назначаются под контролем специалиста. Обо всех особенностях приёма антидепрессантов следует подробно информировать пациента. Так, антидепрессанты с преимущественно седативным действием могут вызывать некоторую сонливость, заторможенность, рассеянное внимание, замедленную реакцию в первые дни их назначения. Таким образом, врачу следует предупредить пациента, что следует ограничить или исключить вождение автотранспорта и дея-

тельность, требующую активную сосредоточенность внимания на период приёма препарата. Обсуждение с пациентом вероятных ПЭ некоторых антидепрессантов помогают минимизировать их негативное плацебо-воздействие. В амбулаторной практике врача общей соматической сети при лечении расстройств тревожно-депрессивного спектра рекомендуется по возможности использовать препараты последнего поколения, которые хорошо переносятся пациентами, не нарушая их активности и участия в повседневной жизни. Не менее важную роль играет психотерапевтическая коррекция (когнитивно-поведенческие техники) [3].

**Выводы:**

1. Маскированные депрессии – распространённое расстройство в практике общей медицинской сети.
2. МД проявляется соматизированными (психовегетативными, соматовегетативными) “масками”, в основе которых аффективные сдвиги, достигающие уровня субдепрессии.
3. Диагностика МД существенно затруднена из-за многообразия клинических проявлений (“масок”).
4. Неспецифические симптомы аффективных нарушений и “соматизированный” призыв к помощи формирует соответствующий маршрут пациентов, преимущественно

- к врачам-интернистам, а в Кыргызстане – нередко к молдо (священнослужителям).
5. Соматизированный призыв к помощи у пациентов и соматоцентрированный подход специалистов обуславливают кумуляцию пациентов с МД в области ОМС.
  6. Длительное нахождение пациентов с недиагностированными аффективными нарушениями в общей медицинской сети приводит, в свою очередь, к неэффективности терапии, хронизации, ятрогениям, экономическому ущербу в виде финансовых затрат на нецелесообразные многочисленные обследования и терапию.
  7. Следует улучшить информированность населения о распространённости маскированных депрессий и эффективности терапии данных расстройств при своевременной квалифицированной диагностике.
  8. Необходимо продолжить углубленное исследование соматизированных “масок” депрессивного аффекта для разработки наиболее эффективных подходов в дифференциальной диагностике, терапии и профилактики МД, а также – с целью улучшения качества жизни населения в целом.
- Поступила: 04.03.24; рецензирована: 18.03.24;  
принята: 20.03.24.
- Литература**
1. МКБ-11 (ICD-11). Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейropsychического развития. Статистическая классификация. – М.: “КДУ”, “Университетская книга”, 2021. 432 с.
  2. Мосолов С.Н. Новый взгляд на патогенез депрессии: возможно ли появление быстродействующих антидепрессантов? / С.Н. Мосолов, Е.Ю. Федорова // Современная терапия психических расстройств. 2020. № 3. С. 2–10. DOI: 10.21265/PSYPH.2020.79.58.001.
  3. Сулайманова М.Р. Основы психопатологии в общей медицинской практике: учеб. пособие / М.Р. Сулайманова. Бишкек: Изд-во КРСУ, 2021. 149 с.
  4. Ремяк И.В. Депрессивные расстройства в клинике нервных болезней / И.В. Ремяк // Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии: сборник научных работ Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины и Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3, посвященный 210-летию Сабуровой дачи / под общ. ред. П.Т. Петрюка, А.Н. Бачерикова. Киев; Харьков, 2010. Т. 5.
  5. Селезнева Н.Д. Аффективные расстройства: руководство по гериатрической психиатрии / Н.Д. Селезнева, С.И. Гаврилова; под ред. С.И. Гавриловой. М., 2011. С. 195–246.
  6. Сизикова Е.А. Нейробиологические особенности коморбидности боли и депрессии / Е.А. Сизикова, Н.Н. Явлюхин // PsyAndNeuro.ru. URL: <https://psyandneuro.ru/novosti/neural-correlates-of-co-occurring-pain-and-depression-an-activation-likelihood-estimation-ale-meta-analysis-and-systematic-review> (дата обращения: 02.02.2024).
  7. Каннабих Ю.В. Циклотимия (cyclothymia), ее симптоматология и течение / Ю.В. Каннабих. М., 1914.
  8. Sartorius N. Concepts of depression: sporadic revolutions of continuous evolution / Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental. 2001. Pages: S3–S6.
  9. Brown G.W. Psychosocial origins of depressive and anxiety disorders // In: Diagnostic issues in depression and generalized anxiety disorder. Ed. D. Goldberg et al. 2010. P. 303–31.
  10. Carta, Mauro G; Tondo, Leonardo; Balestrieri, Matteo; Caraci, Filippo; dell’Osso, Liliana; Di Sciascio, Guido; Faravelli, Carlo; Hardoy, Maria Carolina; Lecca, Maria E; Moro, Maria Francesca; Bhat, Krishna M; Casacchia, Massimo; Drago, Filippo. Sub-threshold depression and antidepressants use in community sample: searching anxiety and finding bipolar disorder // BMC Psychiat. 2011. 11: 164.
  11. Fromm E. Анатомия человеческой деструктивности / Е. Fromm; пер. с нем. М.: Астрель, 2010.
  12. McGrath P.J., Miller J.M. Co-occurring anxiety and depression: concept, significance, and treatment implications // In: Anxiety Disorders. Theory, Research, and Clinical Perspectives. Ed. H. Simpson et al. 2010. P. 90–102.
  13. Zheng C.J., Van Drunen S., Egorova-Brumley N. Neural correlates of co-occurring pain and depression: an activation-likelihood estimation (ALE) meta-analysis and systematic review // Transl Psychiatry. 2022 May 11; 12 (1): 196.



- PMID: 35545623; PMCID: PMC9095719; DOI: 10.1038/s41398-022-01949-3. URL: <https://www.nature.com/articles/s41398-022-01949-3> (дата обращения: 02.02.2024).
14. *Backenstrass M., Joest K., Rosenmann Th. et al.* The care of patients with subthreshold depression in primary care: is it that bad? A qualitative study on the views of general practitioners and patients // *BMS Health Services Research*. 2007. 7: 190.
  15. *Елисеев Ю.Ю.* Психосоматические заболевания. Полный справочник / Ю.Ю. Елисеев. М.: Изд-во АСТ, 2008. С. 17–32.
  16. *Смулевич А.Б.* Депрессии в общемедицинской сети / А.Б. Смулевич, Э.Б. Дубницкая // *Психич. расстройства в клинической практике*. М.: МЕДпресс-информ, 2011. С. 334–360.
  17. *Сулайманова М.Р.* Паттерны взаимодействия личности с окружающим миром в условиях режима самоизоляции во время “первой волны” пандемии COVID-19 в Кыргызстане / М.Р. Сулайманова // Сб. материалов XVII съезда психиатров РФ совместно с межд. конгрессом WPA “Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению” [[www.psyhiatr.ru/events/833](http://www.psyhiatr.ru/events/833)] тезисы / под ред. Н.Г. Незнанова. СПб.: НМИЦ ПН им. Бехтерева, 2021. С. 886–887 (дата обращения: 22.01.2024).
  18. *Тен В.И.* Введение в стрессологию: учебное пособие / В.И. Тен, Н.П. Фетисова, М.Р. Сулайманова. Бишкек: Изд-во КРСУ, 2016. 129 с.
  19. *Марута Н.А.* Депрессии в общемедицинской практике: справочное пособие для врачей первичной медико-санитарной сети / Н.А. Марута, А.И. Мамчур, Л.Н. Юрьева. Киев, 2009. 20 с.
  20. *Сулайманова М.Р.* Типология коморбидных соотношений соматических и аффективных расстройств / М.Р. Сулайманова // *Вестник КРСУ*. 2011. Т. 11. № 12. С. 173–177.