

Gemaskerde depressie

G. C. Verster, C. A. Gagiano

Masked depression is a condition in which the classic affective and cognitive symptoms of depression are hidden behind a variety of somatic complaints or behavioural problems. Patients suffering from masked depression are usually incorrectly diagnosed and treated symptomatically with little success. The condition is often encountered in the medical literature from the late 1960s to the early 1980s, but little has been published about it in recent years.

This review discusses the changing ideas and approach with regard to masked depression and examines whether they are still relevant today. The literature published in each of the previous decades is studied and specific attention is given to cultural differences in a South African context. Although little has been published on masked depression in the past few years, somatic complaints in depression are still regularly examined in the literature. A significant number of patients with depression are still not correctly diagnosed and masked depression therefore remains relevant. Doctors should be aware of the presenting complaints in these patients and should understand the reasons for somatisation.

S Afr Med J 1995; **85**: 759-762.

Gemaskerde depressie is 'n toestand waar die klassieke affektiewe en kognitiewe simptome van depressie verskuil word agter verskeie somatiese simptome of gedragsafwykings.¹⁻⁵ Die redes vir die maskering van die depressiewe simptome kan psigodinamies, familiëel, sosiokultureel of neurofisiologies wees.^{4,6}

Pasiënte met gemaskerde depressie kan nie hul emosies in woorde uitdruk nie. Somatisasie word dan gebruik om gevoelens te wys en psigiese nood oor te dra. Dikwels vind ook ontkenning plaas van die affektiewe en kognitiewe veranderinge wat ontstaan.⁴ Hierdie ontkenning is dikwels onbewustelik.⁷

Indien pasiënte met gemaskerde depressie nie aanvanklik na 'n psigiater verwys word nie, kan hulle 'n groot bron van frustrasie vir die primêre sorg geneesheer word.

Wetenskaplike ontwikkelinge gedurende die huidige eeu het die biologiese model van geneeskunde versterk en 'n verklaring van elke toestand of simptome word op 'n biologiese vlak gesoek. Die psigososiale komponente word derhalwe geïgnoreer en lei uiteindelik tot 'n ontevrede pasiënt wat dikwels nie op behandeling reageer nie.⁸

Departement Psigiatrie, Universiteit van die Oranje-Vrystaat,
Bloemfontein

G. C. Verster, M.B. CH.B.

C. A. Gagiano, M.B. CH.B., M.MED. (PSYCH.), M.D.

Epidemiologie

Die leeftydvoorkomssyfers van major depressiewe versteuring wissel van 6%⁶ tot 18%⁹ en selfs 25% onder vroue.¹⁰ Slegs 50% van hierdie gevalle word egter as sulks gediagnoseer. Die oorblywende 50% kan dus as gemaskerde depressie beskou word. Lesse⁶ het in 'n studie van 2 605 pasiënte met depressie aangetoon dat 56,2% aan gemaskerde depressie gely het. Dit is veral 'n probleem van die middeljare, maar kan in enige ouderdomsgroep voorkom. Dit is ook 2,5 maal meer algemeen onder vroue, veral rondom die menopouse. Die pasiënte toon ook dikwels obsessief-kompulsiewe trekke.^{6,11}

Studies in Afrika sowel as die VSA het getoon dat die voorkoms van depressie nie tussen rasse verskil nie^{12,13} alhoewel die presenterende klagte mag verskil.^{9,14}

Etiologie

Die redes vir die maskering van depressie verskil tussen ouderdomsgroepe asook kultuurgroepe. In sommige kulture bestaan daar geen woord om depressie te beskryf nie, en slegs fisiese simptome kan dus beskryf word.

Volgens Katon *et al.*⁴ was somatisering van depressie die norm in die Westerse beskawing. Somatisering is 'n kragtige meganisme om psigososiale stres te hanteer, aangesien depressie steeds as 'n teken van swakheid gesien word. Daar kleef steeds 'n stigma aan geestesiektes oor die algemeen. Fisiese klagtes word aanvaar as 'n regmatige rede om simpatie, versorging en siekverlof te ontvang. Hierdie voorregte kom egter nie die pasiënt met depressie toe nie.

Wanneer 'n depressiewe gemoed wel erken word, word dit toegeskryf as sekondêr tot die fisiese simptome. Siekte moet dus 'n fisiese probleem wees, en meegaande emosionele probleme 'n onbelangrike en tydelike klagte.

Die rol wat die gesin speel in die hantering van emosies is ook belangrik. Wanneer 'n kind grootword in 'n huis waar fisiese probleme baie meer aandag en simpatie verkry as emosionele probleme, word 'n patroon vasgelê waar emosies onderdruk word en fisiese probleme beklemtoon word. 'n Fisiese klagte mag selfs die enigste manier wees waarmee die kind aandag en sorg van ouers verkry. Die voorbeeld van 'n ouer wat deur middel van somatiese klagtes uiting aan emosionele probleme gee, dien dan as rolmodel. Grunau *et al.*¹⁵ het aangetoon dat erg premature babas later geneig is om te somatiseer. Daar is ook bevestig dat die moeder 'n belangrike rol speel by kinders wat ontoepaslike metodes ontwikkel om die eise van kinderjare te hanteer.

Die waarneming van die gemoedskomponente van depressie word verder beïnvloed deur die omgewing waarin die pasiënt hom of haar bevind.⁴ Die persoon se persepsie van en die kognitiewe meganismes betrokke by depressie is nie net die gevolg van familiële, kulturele of interpersoonlike ervarings in die verlede nie, maar word beïnvloed deur interpersoonlike verhoudings en ervaring van rolmodelle in die huidige.

Enige siekte word geassosieer met probleme wat daaruit ontstaan, byvoorbeeld finansiële verliese, sosiale inkorting, effek op die gesin, ensovoorts. Wanneer hierdie probleme

dan opgelos word, is dit 'n teken dat die siekte besig is om te genees. Probleme geassosieer met gemaskerde depressie mag die volgende insluit: ongeskiktheid vir werk met gevolglike kompensasië deur middel van pensioenvoordele, manipulerende gedrag binne die gesin, vermyding van stresvolle situasies asook toenemende gebruik van gesondheidsdienste. Hieruit ontstaan die situasie dat die geneesheer die spesifieke somatisasieklagtes en selfs uiteindelik die chroniese depressie mag behandel, maar nooit die probleme wat ontstaan het as gevolg van die siekte in ag neem nie.

Hierdie pasiënte het dikwels reeds beduidende sekondêre gewin uit hul siekte geput, insluitend ongeskiktheids-pensioen, sorg en betrokkenheid deur gesondheidsdienste, veranderende rolle binne die gesin, byvoorbeeld minder verantwoordelikhede vir die pasiënt en meer aandag en sorg deur ander gesinslede. Alhoewel 'n antidepressant uiteindelik die siekte mag genees, het daar nou nuwe sisteme binne die gesin ontstaan en die pasiënt sowel as die gesin mag baie weerstand bied teen enige pogings om hierdie sisteem weer te probeer verander.

Katon *et al.*⁴ maak die stelling dat geneeshere geneig is om as gevolg van hul opleiding 'somatiseerdes' te wees en eerder somatiese klagtes te behandel as om aan emosionele probleme aandag te gee. 'n Verdere rede hiervoor is dat geneeshere bang is dat indien hulle nie 'n fisiese probleem raaksien nie, dit later medies-geregtelike implikasies mag hê.

Pasiënte het 'n behoefte aan 'n ondersteunende verhouding, en weens die toenemende verbokkeling van gesinsisteme, wennd pasiënte hulle dikwels tot hul huisarts hiervoor. Balint¹⁶ het genoem dat 'n beduidende aantal pasiënte in algemene praktyk eintlik belangstelling en empatie eerder as verligting van fisiese simptome soek. Weer eens is dit veral by bejaardes die geval.

Diagnose

'You see only what you look for,
You recognise only what you know.'

(Onbekend)

Die vroeë opsporing van gemoedsversteurings is veral in die ernstiger gevalle van groot waarde.⁴ Vroeë opsporing en hantering kan vir die pasiënt heelwat onkoste en ongerief bespaar en voorkom dat 'n patroon van somatisasie ontstaan. Iatrogeniese probleme kan ook hierdeur beperk word.

Die sleutel tot die diagnose van gemaskerde depressie lê daarin dat die geneesheer 'n deeglike biopsigososiale geskiedenis moet verkry en die vegetatiewe tekens van depressie moet herken. Hy moet besef dat die ontkenning of min waarde wat 'n pasiënt aan die gemoedskomponent van 'n depressiewe versteuring heg, nie die diagnose uitkakel nie.

Lesse¹⁷ het aangetoon dat verskillende hanteringsmeganismes by verskillende ouderdomsgroepe bestaan om by 'n disforiese gemoed aan te pas. By kinders en adolessente veral, is hierdie meganismes daarop gemik om die depressiewe gemoed vir die pasiënt, sy gesin en die dokter weg te steek. Kinders toon dikwels uitgesproke gedragsveranderinge eerder as om te kla van 'n

depressiewe gemoed. By selfmoordgevalle onder kinders was daar duidelike gedragsveranderinge in die maande vooraf teenwoordig. Die *DSM IV*¹¹ gebruik 'n irriteerbare in plaas van 'n depressiewe gemoed spesifiek by kinders as 'n diagnostiese kenmerk van depressie. Ander kenmerke by kinders sluit in 'acting out' gedrag, onderprestasie op skool, leerprobleme, eetversteurings en somatisasie. Geassosieerde toestande sluit in aandagtekort/ hiperaktiwiteitversteuring, gedragsversteuring en anorexia nervosa. Dit moet egter beklemtoon word dat die vegetatiewe simptome van depressie gewoonlik duidelik teenwoordig is by spesifieke navraag, ten spyte van die maskers van gedragsprobleme.

Tieners openbaar dissiplinêre probleme, woede-uitbarstings, substansmisbruik, seksuele losbandigheid en somatisasie. Hulle loop ook dikwels weg van die huis af. Chiles *et al.*¹⁸ het aangetoon dat 23% van 120 tieners met erge gedragsprobleme ook depressief was. Hierdie tieners het beweer dat hulle substansie misbruik het en aan opwindende, gevaarlike en onwettige aktiwiteite deelgeneem het om disforiese simptome te verlig.

Volwassenes ontwikkel wanaangepaste hanteringsvaardighede ten opsigte van depressie, byvoorbeeld die misbruik van alkohol of ander substansie om so die simptome van die siekte te probeer verlig. Schuckit¹⁹ het aangetoon dat 'n beduidende aantal alkoholiste na onttrekking 'n onderliggende major depressiewe versteuring gehad het wat hulle deur middel van alkohol probeer hanteer het. Presenterende simptome van 'n volwassene met gemaskerde depressie word in Tabel I weergegee.^{4,20}

Tabel I. Simptome van gemaskerde depressie in 'n volwassene

Verhoogde of verlaagde eetlus
Hipersomnie of slaaploosheid
Fisiese en geestelike moegheid of psigomotoriese agitatie
Verminderde libido en ander seksuele probleme
Verminderde aandag en konsentrasie
Interpersoonlike hipersensitiwiteit
Droë mond
Hardlywigheid
Rugpyn
Hoofpyn
Ginekologiese pyn of klagtes

Studies het aangetoon dat tussen 27% en 100% van depressiewe pasiënte somatiese pyn ervaar.⁴ Ander het aangetoon dat daar 'n verhoogde voorkoms van vae 'funksionele' klagtes, pyn van onbepaalde oorsaak en klagtes van angs en spanning by pasiënte met depressie was in die 7 maande voor hulle uiteindelik korrek gediagnoseer is. Sommige pasiënte klou steeds aan hul somatiese simptome vas selfs nadat die diagnose van depressie gemaak is.

Ewald *et al.*²¹ het aangetoon dat somatisasie by tot 40% van pasiënte met neurologiese klagtes voorgekom het en meer as die helfte 'n duidelike geestesiekte gehad het — 54% van pasiënte met migraine het ook 'n komorbiede depressie gehad.²²

By bejaarde pasiënte is somatisasie in depressie die reël eerder as die uitsondering.⁴ 'n Ander algemene simptome is

pseudodemensie. Die geriatrisie pasiënt met pseudodemensie toon klassieke tekens van demensie, maar die tekens klaar op wanneer die depressie behandel word. Dit is dus uiters belangrik om op te let na die vegetatiewe tekens van depressie by hierdie pasiënte.

'n Ander groep waar 'n hoë voorkoms van somatiese klagtes voorkom, is verstandelik gestremde pasiënte.⁷ Redes wat hiervoor aangegee word, is onder andere dat die pasiënte nie die vermoë het om die emosionele komponent van hul siekte te herken nie. Vrae wat gestel word om die sielkundige komponent te bepaal, word dikwels nie verstaan nie, en bemoeilik die diagnose verder.

Die gestandaardiseerde onderhoud wat deur psigiater gebruik word om 'n diagnose volgens die *DSM*-kriteria¹¹ te maak, is te lank en onprakties vir algemene praktisyns. Daar is egter kort vraeboë beskikbaar met 'n sensitiwiteit van meer as 80% vir angs- en depressiewe versteurings.^{8,23} 'n Voorbeeld van so 'n vraeboog word in Tabel II gegee.

Tabel II. Vraeboog vir die diagnose van angs- en depressiewe steurings²³

Tel 1 punt vir elke 'ja' antwoord:

1. Ondervind u 'n verlies aan energie?
2. Ondervind u 'n verlies aan belangstellings?
3. Het u vertrou in uself verloor?
4. Ondervind u 'n gevoel van hopeloosheid?

Indien 'ja' op enige vraag geantwoord, gaan aan met die volgende:

5. Sukkel u om te konsentreer?
6. Het u gewig verloor (a.g.v. swak eetlus)?
7. Word u vroeg wakker?
8. Voel u traag?
9. Neig u om veral soggens erger te voel?

Interpretasie

Pasiënte met 'n telling van 2 het 'n 50% kans om 'n klinies beduidende versteuring te hê; hoër tellings dui op 'n skerp styging in waarskynlikheid.

Hantering

Gemaskerde depressie word, soos enige major depressiewe versteuring, deur middel van 'n kombinasie van psigoterapie en 'n antidepressant behandel.⁶ Dit is uiters belangrik dat die pasiënt asook sy gesin die biopsigososiale model begryp. Die behandelende geneesheer moet die agtergrond en dinamika in ag neem en besef waarom die depressie in die eerste plek verskuil is.

Die geassosieerde pyn of ander simptome kan nie slegs afgemaak word as 'n willekeurige simptome nie en moet met empatie benader word. Van Houdenhove *et al.*²⁴ het aangetoon dat daar steeds 'n beduidende aantal pasiënte met sogenaamd 'chroniese idiopatiese pyn' is wat nie op antidepressante reageer nie. Die implikasies hiervan is dus dat elke pasiënt met chroniese onverklaarbare pyn nie noodwendig depressief is nie. Fink⁷ ondersteun hierdie stelling en beskryf 'n hoë voorkoms van angs- en persoonlikheidsversteurings onder pasiënte wat met voortdurende somatisasie presenteer. Antidepressante moet dus oordeelkundig voorgeskryf word en slegs nadat die diagnose van depressie bevestig is.

Samevatting

Alhoewel die term 'gemaskerde depressie' veral in die vroeë sewentigerjare baie aandag geniet het,^{1,2,5} word dit tans nie meer algemeen gebruik nie. Dit bly egter relevant as in ag geneem word dat in meer as die helfte van pasiënte met depressie, die diagnose nie deur die huisarts raakgesien word nie. Daar moet nogtans gewaak word teen oorgebruik van die term in enige pasiënt met pyn of simptome van onbekende oorsprong.

VERWYSINGS

1. Lesse S. The multivariant masks of depression. *Am J Psychiatry* 1968; **124**: suppl, 35-40.
 2. Lopez-Ibor J. Masked depression. *Br J Psychiatry* 1972; **120**: 245-258.
 3. Fisch RZ. Alexithymia, masked depression and loss in a holocaust survivor. *Br J Psychiatry* 1989; **154**: 708-710.
 4. Katon W, Kleinman A, Rosen G. Depression and somatisation: a review. Parts I and II. *Am J Med* 1982; **72**: 127-135, 241-247.
 5. Kielholz P. Psychosomatic aspects of depressive illness — masked depression and somatic equivalents. In: Kielholz P, ed. *Masked Depression*. Bern: Hans Huber, 1973.
 6. Lesse S. The masked depression syndrome — results of a seventeen-year clinical study. *Am J Psychiatry* 1983; **37**: 456-475.
 7. Fink P. Psychiatric illness in patients with persistent somatisation. *Br J Psychiatry* 1995; **166**: 93-99.
 8. Baughman OL. Rapid diagnosis and treatment of anxiety and depression in primary care: The somatizing patient. *J Fam Pract* 1994; **39**(4): 373-378.
 9. Joubert PM, Bodemer W. Depression in black people. *Medicine Today* 1994; **4**(10): 18.
 10. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Synopsis of Psychiatry*, 7th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1994; 516-572.
 11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Washington, DC: APA, 1994.
 12. Lans BJ, Seane SM, Gagiano CA, Joubert G. Die voorkoms van depressie by swart pasiënte in 'n algemene mediese praktyk. *Geneeskunde* 1994; **36**(4): 24-26.
 13. Zung WWK, MacDonald J, Zung EM. Prevalence of clinically significant depressive symptoms in black and white patients in family practice settings. *Am J Psychiatry* 1988; **145**: 882-883.
 14. Van der Merwe TJ. Depression: cross-cultural aspects in ethnic groups. *Medicine Today* 1994; **4**(8): 30.
 15. Grunau RVE, Whitfield MF, Petrie JH, Fryer EL. Early pain experience, child and family factors, as precursors of somatization: a prospective study of extremely premature and fullterm children. *Pain* 1994; **56**: 353-359.
 16. Balint M. *The Doctor, His Patient and the Illness*. New York: International Universities Press, 1957.
 17. Lesse S. Behavioral problems masking severe depression. *Am J Psychotherapy* 1979; **33**: 41-53.
 18. Chiles JA, Miller ML, Cox GB. Depression in an adolescent delinquent program. *Arch Gen Psychiatry* 1980; **37**: 1179-1184.
 19. Schuckit MA. Alcoholism and affective disorder: diagnostic confusion. In: Goodwin DW, Erickson C, eds. *Alcoholism and Affective Disorders*. New York: Spectrum Publications, 1982.
 20. Liebowitz MR. Depression with anxiety and atypical depression. *J Clin Psychiatry* 1993; **54** (2): suppl, 10-14.
 21. Ewald H, Rogne T, Ewald K, Fink P. Somatization in patients newly admitted to a neurological department. *Acta Psychiatr Scand* 1994; **89**: 174-179.
 22. Breslau N, Davis GC, Andreski P. Migraine, psychiatric disorders, and suicide attempts: an epidemiologic study of young adults. *Psych Research* 1991; **37**: 11-23.
 23. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ* 1988; **297**: 897-899.
 24. Van Houdenhove B, Verstraeten D, Onghena P, De Cuyper H. Chronic idiopathic pain, mianserin and 'masked' depression. *Psychother Psychosom* 1992; **58**: 46-53.
-