

МІАСТЕНІЯ ПІД МАСКОЮ депресії та тривоги: клінічні пастки для психіатра і тактика ведення пацієнта

*М.С. Марчук, аспірантка кафедри неврології
Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, м. Київ*

Міастенія гравіс — хронічне автоімунне захворювання нервово-м'язового синапсу, яке нерідко виявляється не лише неврологічною, а й психіатричною проблемою. Для пацієнта шлях до правильного діагнозу часто стає виснажливим марафоном консультацій, помилкових пояснень і недовіри із боку оточення. У сучасних дослідженнях тривалість діагностичної затримки варіює; для значної частки пацієнтів вона становить близько 1–2 років, а інколи й довше. Масштабні європейські випробування також показали, що триваліша затримка асоційована із гіршими клінічними наслідками та більшою кількістю помилкових діагнозів (Marlet et al., 2024; Cortés-Vicente et al., 2024). За останніми епідеміологічними даними, поширеність міастенії становить приблизно 20–25 випадків на 100 тис. населення, хоча в окремих країнах діапазон коливань оцінок може бути ширшим (Gilhus, 2025; Law et al., 2020).

Саме рідкісність хвороби, хвилеподібність симптомів та їхня нестійкість створюють ідеальні умови для психіатричної «маски». Пацієнт може виглядати як людина з депресивним або панічним розладом, розладом із соматичними симптомами, соціальною фобією чи obsесивно-компульсивним розладом (ОКР). При цьому його скарги не є «вигаданими»: динамічна слабкість, птоз, диплопія, порушення ковтання, назалізація мовлення, наростання втоми до вечора, відчуття виснаження після навантаження — усе це цілком реальні прояви хвороби. Додатково міастенія часто супроводжується втомлюваністю не лише як наслідком порушення нервово-м'язової передачі, але й як компонентом системного імунного запалення; прозапальні цитокіни можуть бути одним із чинників формування хворобливого стану із втомою, апатією та зниженням мотивації (Dantzer, 2008). У метааналізі J. Nadali et al. (2023) поширеність депресії при міастенії оцінена приблизно у 36 %, а тривоги — у 33 %, тож психіатрична коморбідність є не винятком, а закономірністю.

Особливості маскування, прояви і психотерапія

Клінічно корисно умовно розділити шлях пацієнта на два періоди: до і після встановлення діагнозу. На першому етапі психічні симптоми часто виникають як реакція на невизначеність, страх, втрату функціонування

і безуспішний пошук відповідей. На другому етапі вони формуються вже у контексті життя із хронічною хворобою — під впливом змін самообразу, побічних ефектів лікування, травматичного досвіду загострень і реанімацій, а також страху нової декомпенсації. Тож завдання психіатра полягає не лише в розпізнаванні коморбідного психічного розладу, а й у тому, щоб не пропустити саму міастенію.

Депресія

Найбільш очевидною «пасткою» є великий депресивний розлад. Згідно з оновленою редакцією Діагностичного і статистичного посібника із психічних розладів 5-го перегляду (DSM-5-TR), для його підтвердження потрібна наявність щонайменше п'яти симптомів із наведеного нижче переліку впродовж двох тижнів, при цьому одним із них обов'язково має бути пригнічений настрій або втрата інтересу/задоволення. До інших симптомів належать: зміни маси тіла чи апетиту; безсоння або гіперсонія; психомоторне збудження чи загальмованість; втомлюваність або втрата енергії; почуття нікчемності чи надмірної провини; труднощі з концентрацією уваги; повторювані думки про смерть або суїцидальні думки. Симптоми мають спричинити клінічно значущий дистрес або порушення соціального, професійного чи іншого важливого функціонування. Водночас вони не повинні бути зумовлені впливом психоактивних речовин (зокрема алкоголю, наркотичних засобів чи ліків) або іншим медичним станом. Також в анамнезі пацієнта не має бути маніакальних або гіпоманіакальних епізодів, оскільки їх наявність свідчить на користь біполярного розладу (DSM-5-TR; APA, 2022).

Пацієнт із міастенією справді може формально відповідати цим критеріям. У нього може спостерігатися пригнічений настрій через нерозуміння того, що із ним відбувається. Втрата задоволення від звичних занять зумовлена не лише афективним зниженням, а й фізичною неспроможністю їх виконувати. Прогулянка на 1–2 км, тренування у спортзалі, прибирання вдома, догляд за дитиною, керування автомобілем чи зустрічі з друзями — усе це може стати недосяжним або виснажливим. Маса тіла може як збільшуватися внаслідок зниження активності, так і зменшуватися через дисфагію, страх приймання їжі або втрату апетиту. Почуття провини в таких пацієнтів нерідко має болісно реалістичний характер:

близькі можуть говорити, що людина «вигадує», «ледачіє», «симулює», «раніше ж усе було нормально», а це лише підсилює самозвинувачення та відчуття безпорадності.

На етапі до встановлення діагнозу симптоми депресії нерідко маскують міастенію. Пацієнт може скаржитися на втому, безсилля, небажання бачити людей, нездатність виконувати прості побутові дії, страх, що життя зруйноване, і навіть висловлювати думки про смерть. У цей період надзвичайно важливо не обмежитися лише психіатричним «ярликом». Якщо на додачу до пригніченого настрою наявні флуктуації слабкості протягом дня та її посилення до вечора, чітке погіршення після фізичного навантаження, а також птоз, диплопія, епізоди гугнявості або дисфагії, це має спонукати психіатра запідозрити неврологічний процес. Важливим є розмежування об'єктивного соматичного стану та суб'єктивної когнітивної інтерпретації. Хвилеподібний характер слабкості з відносною ранковою компенсацією та вечірнім виснаженням радше свідчить на користь міастенії. Натомість домінування думок на кшталт «я — тягар», «моє життя втратило сенс», «я не хочу більше жити, попри те що фізично міг би щось зробити» більше підтримує наявність коморбідного депресивного процесу.

Після встановлення діагнозу депресія може не зникнути, а змінити свій зміст. Пацієнт стикається із фактом, що життя вже не повернеться до колишнього вигляду. Змінюються тіло, стиль життя, професійна роль, сексуальність, соціальна активність, плани на вагітність, батьківство, подорожі, спорт тощо. Додатковим чинником стають побічні ефекти лікування. Зокрема, кортикостероїди, які часто застосовують при міастенії, можуть бути пов'язані з безсонням, тривогою, депресією, а в частині пацієнтів — і з виразними несприятливими явищами з боку психіки. Так, у дослідженні було встановлено, що терапія преднізолоном асоціювалася із розвитком депресивного стану при міастенії (Suzuki et al., 2011).

Окремо варто проговорювати із пацієнтом тему провини. Міастенія не виникає тому, що людина «неправильно жила», «занадто нервувала» або «сама себе довела». Сучасне розуміння автоімунних процесів базується на багатofакторній моделі, де чинниками є:

- генетична схильність;
- особливості імунної системи;
- зовнішні та внутрішні тригери;
- інфекції;
- гормональні та стресові чинники.

Психологічний стрес може бути одним із модифікувальних факторів, але не означає, що людина винна в тому, що захворіла (Stojanovich, 2008). Це важлива частина психоедукації, бо вона зменшує самозвинувачення та руйнівні румінації. Терапія депресії при міастенії має починатися із валідизації страждання, соціалізації, навчання дистанціюванню від тяжких думок, адаптованої поведінкової активації та пошуку «маленьких перемог», а не з вимоги негайно «взяти себе в руки».

При проведенні психотерапії за наявності депресії в пацієнта із міастенією доцільні психоедукація, робота з почуттям провини, виявлення й реструктуризація негативних автоматичних думок, поведінкова активізація з урахуванням фізичних меж, підтримка ціннісно

орієнтованої активності, зменшення румінацій, навчання зверненню про допомогу без переживання тотального приниження (Марчук, 2023). Реалістичною є не ідея «повернути старе життя», а прагнення забезпечити нову якість життя в нових умовах. Це може означати придбання адаптованої побутової техніки, інший розподіл навантаження, нові способи реалізуватися як батьки, партнери, друзі, професіонали. Саме таке формулювання дає пацієнтові «світло в кінці тунелю», не обманюючи його фальшивим оптимізмом.

Розлад із соматичними симптомами

Ще одна важлива діагностична пастка — розлад із соматичними симптомами. Згідно із DSM-5-TR, він характеризується наявністю одного або кількох соматичних симптомів, що спричиняють значний дистрес чи порушення повсякденного функціонування. Ключовою ознакою є надмірні думки, почуття або поведінка, пов'язані з цими симптомами чи занепокоєнням щодо здоров'я, зокрема непропорційні та стійкі думки про серйозність стану, високий рівень тривоги щодо здоров'я або надмірні витрати часу та енергії на симптоми чи асоційовані з ними переживання. Такі прояви є стійкими, зазвичай тривають понад шість місяців, хоча окремі симптоми можуть змінюватися з часом (APA, 2022).

Водночас у разі міастенії виникає певний парадокс: пацієнт часто не помиляється, вважаючи себе серйозно хворим. Він може помічати, що повіки то опускаються, то піднімаються; двоїння в очах з'являється і зникає; зранку стан краший, а до вечора погіршується; після фізичного навантаження слабкість посилюється. Під час ранкового огляду симптоми можуть бути майже відсутніми, тоді як увечері пацієнтові вже складно навіть утримувати голову. Як наслідок, людина починає активно шукати пояснення, потрапляє в пастку тривожних роздумів і зрештою може себе переконати, що «вже божеволіє» через таку нестабільність симптомів.

У таких випадках психіатр має не знецінювати переживання словами «це просто іпохондрія», а втримати подвійний фокус: у пацієнта може бути і справжнє соматичне захворювання, і вторинний тривожний розлад. Після встановлення діагнозу допомога полягає вже не в тому, щоб переконувати людину, ніби вона «не хвора», а в тому, щоб зменшити патологічне коло перевірок, пошуку запевнень і румінацій. Корисними можуть бути відтермінування тривожних роздумів на визначений час, обмеження самомоніторингу до погодженої частоти, формування конкретного плану дій на випадок погіршення стану та розвиток нової навички: жити із хворобою, не присвячуючи їй усю психічну енергію. Важливо організувати «часи для переживань» і дозований самомоніторинг, адже при міастенії повна відмова від спостереження за собою часто є нереалістичною.

Панічний розлад

У пацієнтів із міастенією панічний розлад є одним із найпоширеніших. Згідно із DSM-5-TR, його основою є повторювані неочікувані панічні атаки, після яких протягом щонайменше місяця зберігається страх щодо нових нападів та їх наслідків або дезадаптивна зміна поведінки.

Панічна атака — це раптовий сплеск інтенсивного почуття страху чи дискомфорту, що сягає піку протягом хвилин, із чотирма або більше симптомами, як-от: серцебиття, пітливість, тремтіння, відчуття задишки або задухи, біль у грудях, нудота, запаморочення, жар чи озноб, парестезії, дереалізація або деперсоналізація, страх втратити контроль, побоювання смерті (APA, 2022).

У пацієнта із міастенією такі напади можуть виникати на цілком реальному соматичному тлі:

1. Змінюється патерн дихання через слабкість дихальної мускулатури, з'являються серцебиття, задишка, тремор.
2. Виникає слабкість у ногах і страх падіння.
3. Додається побоювання не встигнути до туалету на тлі побічних ефектів піридостигміну.
4. З'являється занепокоєння, що заборонений препарат, антибіотик або перегрівання вже «запустили нову катастрофу».

Далі формується катастрофічна інтерпретація: «мені не вистачить повітря — я помру», «я впаду і вже не встану», «це початок кризи», — і панічне коло замикається.

На етапі до встановлення діагнозу такий пацієнт може виглядати як людина із класичним панічним розладом. Після діагностування міастенії панічна симптоматика нерідко посилюється травматичним досвідом попередніх погіршень, перебування в реанімації, штучної вентиляції легень, епізодів неможливості дихати, говорити чи ковтати. Внаслідок цього будь-яка зміна дихання або навіть незначне зниження сили може миттєво активувати мигдалеподібне тіло, спричиняючи серцебиття, пітливість, тремор і страх смерті. У цьому сенсі частина панічних симптомів після міастенічного кризи набуває посттравматичного компонента.

Психотерапія в таких випадках має бути особливо делікатною. Насамперед необхідне чітке медичне розмежування: які симптоми є допустимою варіацією перебігу міастенії, які — проявами тривоги, а які — «червоними прапорцями». Далі йдуть психоедукація, робота із катастрофічними інтерпретаціями, виявлення захисної поведінки та її поступове скорочення, поведінкові експерименти для перевірки реальних можливостей і градуйоване повернення до активності (Марчук, 2023).

Водночас важливо наголосити: у пацієнтів із міастенією не можна беззастережно застосовувати стандартні інтерцептивні експозиції, особливо ті, що штучно провокують відчуття дихальної недостатності. Такі втручання можливі лише після неврологічного оцінювання безпеки та в індивідуально підбраному обсязі. Натомість доцільнішими є експерименти із ходьбою, контрольованим фізичним навантаженням, перебуванням поза домом, а також скороченням надлишкових захисних ритуалів — без невиправданих із медичного погляду провокацій. Цей баланс між психотерапевтичною сміливістю та соматичною безпекою є ключовим.

На окрему увагу заслуговує захисна поведінка. У межах класичної когнітивно-поведінкової терапії панічного розладу зазвичай прагнуть максимальної відмови від неї. Водночас при міастенії повна відмова від усіх «рятівних» дій є нереалістичною й потенційно небезпечною. Завдання психотерапії — чітко розмежувати необхідне із медичного погляду й те, що виконує суто «психологічно підтримувальну» функцію. Наявність погодженого із неврологом

плану дій, переліку небажаних препаратів, обов'язкової терапії та критеріїв звернення по невідкладну допомогу є раціональною турботою про безпеку. Натомість багаторазове ритуалізоване пиття води, нескінченні дихальні вправи «про всяк випадок», компульсивне носіння додаткових «чарівних» засобів, постійне перевіряння сили кожні кілька хвилин, відмова від виходів із дому без супроводу (за відсутності соматичних підстав) — це вже мішені психотерапії. Особливо важливим є збереження лише терапевтично обґрунтованої захисної активності з поступовою відмовою від надлишкової.

Соціальний тривожний розлад

Соціальна тривога в пацієнтів із міастенією також є закономірною. Згідно із DSM-5-TR, соціальний тривожний розлад передбачає виразний страх соціальних ситуацій, в яких людина може бути оцінена іншими, побоювання негативного оцінювання, уникання або переживання таких ситуацій з інтенсивною тривогою, непропорційність страху, тривалість симптомів щонайменше шість місяців і наявність функціональних порушень (APA, 2022). Пацієнт із міастенією боїться не абстрактного осуду, а цілком конкретних речей: що птоз, диплопію, гугнявість, слабкість, втомлений вигляд, неможливість утримувати голову або потребу в кріслі колісному сприймуть як прояв психічного захворювання, алкогольного сп'яніння, симуляції чи «дивакуватості». Він може уникати зустрічей із друзями, не бажаючи пояснювати, чому не здатен довго ходити пішки, пробігти кілька кілометрів, провести цілий день поза домом або навіть тривалий час сидіти із піднятою головою. Сам факт необхідності розповідати про міастенію інколи переживається як наближення до жорсткої правди: «я невиліковно хворий, і тепер усі це побачать».

Психотерапія в таких випадках має включати:

- корекцію уявлень про оцінювання іншими;
- рольові репетиції повідомлення про свій стан;
- поступове повернення до значущих соціальних контактів;
- залучення близьких до психоедукації.

Родичів і друзів доцільно запрошувати на консультації, щоб навчити їх коректно говорити про хворобу та адекватно реагувати.

Обсесивно-компульсивний розлад

Прояви ОКР у пацієнтів цієї когорти також є зрозумілими із погляду психологічної логіки. Відповідно до DSM-5-TR, ОКР передбачає наявність obsesій, компульсій або їх поєднання. Obsesії — це нав'язливі, повторювані думки, імпульси або образи, які сприймаються як небажані та викликають тривогу чи дистрес; при цьому особа намагається їх ігнорувати, придушити або нейтралізувати за допомогою інших думок чи дій. Компульсії — це повторювані поведінкові акти або ментальні дії, що виконуються у відповідь на obsesії або згідно із жорсткими правилами з метою зменшення тривоги чи запобігання уявній події, однак вони не мають реального причинно-наслідкового зв'язку з очікуваними наслідками або є явно надмірними. Симптоми займають понад одну годину на день або спричиняють клінічно значущий дистрес чи порушення функціонування (APA, 2022).

У пацієнтів із міастенією ці прояви часто пов'язані з відчуттям тотальної неконтрольованості хвороби. Коли людина не може контролювати силу м'язів, ритм дихання, планувати завтрашній день чи передбачати ризик загрошення, психіка починає шукати хоча б ілюзію впливу. Так формуються ритуали: потреба постукати паличкою, перехреститися певну кількість разів, вимовити фразу, поставити чашку «правильно», повторити дію «для безпеки». Якщо після цього хоча б раз настає кращий день, закріплюється хибний причинно-наслідковий зв'язок.

У терапії важливо не знецінювати і не висміювати ці ритуали, а спокійно й послідовно демонструвати відсутність їхнього зв'язку із хвилеподібним перебігом міастенії. Доцільними є поведінкові експерименти з об'єктивізацією стану, зокрема за допомогою погоджених функціональних проб або валідованих інструментів, як-от шкала кількісного оцінювання міастенії гравіс (QMGS). Паралельно застосовується поступова експозиція із відмовою від ритуалів (Марчук, 2023).

Страх смерті

Окремого розгляду потребує страх смерті. Важливо зберігати діагностичну точність: у DSM-5-TR немає окремої нозології «танатофобія». Страх смерті може входити до структури панічного розладу, розладу із соматичними симптомами, посттравматичної симптоматики або специфічної фобії, залежно від клінічного контексту (APA, 2022). Водночас відсутність окремого коду не робить цей страх менш реальним.

Пацієнт із міастенією, як мало хто інший, усвідомлює, що різке погіршення стану може виникнути після інфекції, перегрівання, перевтоми, під впливом медикаментозних тригерів або на тлі неадекватного лікування. Він знає, що може прокинутися із відчуттям, ніби кам'яна плита лежить на грудях, що не зможе вдихнути, підняти руку чи покликати на допомогу. Часто в анамнезі є досвід реанімації, штучної вентиляції легень, зондового харчування через неможливість ковтати. Тому страх смерті в цих пацієнтів не можна просто оголосити «ірраціональним».

Водночас, коли цей страх заповнює весь психічний простір, він починає «забирати» життя ще до настання смерті. Психотерапія в таких випадках не має зводитися до поверхневого заспокоєння. Її завдання — допомогти людині витримати правду про власну смертність, осмислити досвід втрат, обговорити найстрашніші сценарії: реанімацію, листи близьким, заповіт, а також те, як вона хоче прожити своє життя, навіть не маючи повного контролю над його тривалістю (Марчук, 2023). Після проходження цього рубежу прямої розмови про смерть психіка часто переходить від уникання до більш адаптивного прийняття.

Комплексний підхід до лікування

Терапія пацієнта із міастенією має бути комплексною. Якщо сформувався психіатричний розлад, його не слід ігнорувати під приводом, що «все це від міастенії». Необхідно паралельно лікувати як саме захворювання, так і порушення психічної сфери.

Із погляду психотерапії ключове значення мають психоедукація, валідація реальності страждання, робота

із почуттям провини, навчання родини, адаптована поведінкова активація, зменшення румінацій, когнітивна реструктуризація, поведінкові експерименти, градуйоване повернення до активності, підтримка соціальних зв'язків, опрацювання травматичного досвіду кризів і госпіталізацій, а також ціннісно орієнтоване відновлення життя. Для частини пацієнтів корисною є участь у спільнотах рівних: це зменшує відчуття самотності та допомагає краще усвідомлювати й описувати власний досвід. Ідею про те, що життя «змінене назавжди», не варто заперечувати; натомість її доцільно доповнювати: так, життя змінилося, але це не означає, що в ньому більше не може бути сенсу, близькості, радості, діяльності й розвитку. Згідно з сучасними оглядами, помірна фізична активність у клінічно стабільних пацієнтів загалом є безпечною та потенційно корисною, однак вона має бути індивідуалізованою і погодженою із неврологом (Peng et al., 2024).

Що ж до психофармакотерапії, то пацієнтам із міастенією доцільно пропонувати лікування антидепресантами за наявності відповідних клінічних показань. Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) не належать до класів препаратів, яких слід рутинно уникати при міастенії. Навпаки, клінічні повідомлення та огляди описують успішне застосування СІЗЗС в осіб із міастенією та коморбідною депресією без погіршення перебігу основного захворювання (Arce et al., 2024; Law et al., 2020). Водночас призначення СІЗЗС має бути виваженим: з урахуванням загального соматичного стану, поліпрагмазії, можливих побічних ефектів і в координації з неврологом. Особливої обережності потребують препарати із виразним антихолінергічним навантаженням, а також медикаменти, відомі як потенційні тригери погіршення перебігу міастенії.

Отже, якщо пацієнт відповідає критеріям депресивного, тривожного чи панічного розладу, обговорення призначення СІЗЗС є не лише допустимим, але й часто клінічно виправданим.

Висновки

Таким чином, міастенія є хворобою, яка часто створює для психіатра діагностичні пастки. До встановлення діагнозу вона може маскуватися під депресію, розлад із соматичними симптомами, панічний розлад, соціальну фобію або ОКР. Після цього міастенія нерідко стає підґрунтям для розвитку тих самих психічних розладів — уже як реакції на хронічне захворювання, втрату попереднього рівня функціонування, побічні ефекти лікування, травматичний досвід кризів і постійний страх нової декомпенсації.

Завдання психіатра — уникнути крайнощів: не зводити все до «нервів», коли йдеться про неврологічне захворювання, і водночас не знецінювати справжній психічний розлад, коли він уже сформувався. Саме міждисциплінарний підхід, уважність до динаміки симптомів і готовність лікувати пацієнта цілісно — як людину із тілом, емоціями, біографією та майбутнім — дають змогу правильно встановити діагноз і надати по-справжньому ефективну допомогу.

Список літератури знаходиться в редакції