

VĚRNÁ SPOLEČNICE

MUDr. Iveta Zedková, MUDr. Zdeněk Faldyna

Klinika psychiatrie a lékařské psychologie FN a LF, Olomouc

Kazuistika pojednává o problematice dystymie, jejíž průběh i léčba jsou často komplikované i přes rozsáhlé znalosti biologických i psychodynamických faktorů, které přispívají k jejímu vzniku a udržování. Popisuje moderní přístup k léčbě, ke kterému v současnosti patří jak psychofarmaka, tak i psychoterapie. Znalosti o neurotransmisi, ale i klinická zkušenost prokazují dobrý efekt látek působících na dopaminergní a serotoninergní systém. Psychoterapie se zaměřuje na vztahovou problematiku a psychosociální fungování klientů trpících tímto v mnoha případech chronickým onemocněním. Sdělení zachycuje dynamiku vývoje pacientových potíží, ale také svízečnost a frustraci, které terapie provázejí.

Psychiat. pro Praxi; 2006; 5: 254–256

Úvod

Zařazení dystymie jako samostatné diagnostické jednotky mezi trvalé afektivní poruchy v roce 1980 významně změnilo diagnostický i terapeutický přístup k pacientům trpícím tímto onemocněním. Dřívější terminologie hovořila o chronické neurotické nebo charakterové depresi a jako taková byla považována za psychofarmakologicky málo ovlivnitelnou osobnostní vývojovou poruchu. Poznatky o dysregulaci dopaminergní neurotransmise v mezolimbické dráze v oblasti nucleus accumbens (13) však poukázaly na možnost úspěšného odvrácení příznaků antidepresiv (3). Klinické studie taktéž prokazují antidepresivní účinek atypických antipsychotik, jako je amisulprid, užívaných v nízkých dávkách (3, 12, 16). Enviromentální vlivy, zejména dysharmonický vývoj osobnosti a traumatizující události spojené se ztrátou, sehrávají však při vzniku dystymie taktéž nepopíratelnou roli, čímž se etabloje psychoterapie jako nutná součást její komplexní terapie (5, 8, 9, 10, 14).

Celoživotní prevalence leží dle novějších studií mezi 6 a 10 %, roční prevalence mezi 1 a 2 %. Diskrepance mezi celoživotní a roční prevalencí poukazuje na fakt, že tato choroba nemusí nutně probíhat chronicky. Při začátku choroby v rané dospělosti je však tendence k chronifikaci zřejmá (1). Pro diskretnost příznaků zůstává až v 50 % lékaři první linie nerozpoznána, což zhoršuje její sociální dopad a zvyšuje riziko rozvoje dvojité deprese (1, 4). Dle výsledků prospektivní studie dochází k rozvoji epizody velké deprese do 5 let až u 76,9 % pacientů trpících dystymií (4). Terapií depresivní epizody se často podaří dosáhnout pouze částečné remise. Důsledkem chronického obrazu poruchy je psychosociální postižení pacientů – často zůstávají izolováni, bez partnera, bez adekvátního, jejich intelektu odpovídajícího vzdělání a bez zaměstnání (1, 14).

Současné výzkumy prokazují jako nejúčinnější terapii kombinaci farmakoterapie a psychoterapie (2, 6). Kombinovaná terapie také zvyšuje dlouhodobou compliance (11). Terapie je však často komplikována výskytem komorbidit (7), nejčastěji z oblasti poruch osobnosti (14, 15).

Vlastní kazuistika

Kazuistika pojednává o nyní padesátiletém muži, opakovaně hospitalizovaném pro depresivní epizody. Psychiatrickou kariéru zahájil v roce 1989 ve dvaceti letech, kdy byl přijat k hospitalizaci pro subdepresivní symptomatologii s dominujícími myšlenkami o vlastní nedostatečnosti, doprovázenými úzkostným prožíváním, insomnií a vegetativní dystonií.

Z tehdejšího vstupního vyšetření vypovídá traumatizující ztráta matky, která zemřela ve 45 letech na maligní onemocnění. K matce měl blízký vztah, na dětství vzpomíná rád, měl hodně kamarádů, během dospívání se však stává uzavřený, pravděpodobně v souvislosti se ztrátou této důležité osoby. Z anamnestických dat se dále dovídáme, že pacient je ženatý, má dvě děti, vztahy popisuje jako harmonické. Je vyučený montér, v současném zaměstnání není spokojený pro náročnost práce.

Z psychologického vyšetření vyplývá, že osobnost pacienta je hypersenzitivní, inklinující k introverzi, submisivní, frustrační tolerance je nízká, stejně tak je snižena spontaneita. Dále je patrné nízké sebehodnocení, sebevědomí, těžko se prosazuje.

Po terapii inzulinem, dosulepinem, nitrazepamem a thioridazinem v kombinaci s interpersonálně orientovanými psychotherapeutickými skupinami došlo poměrně brzy k úpravě depresivní a anxiózní symptomatologie a pacient byl propuštěn s diagnostickým závěrem neurastenický syndrom depresivní u hypersenzitivní osobnosti, což dle současné terminologie odpovídá dystymii.

Poté je pacient bez větších potíží léčen ambulantně 8 let, avšak od září 1996 se opět rozvíjí depresivní symptomatologie, což ústí v kratší hospitalizaci ve Vojenské nemocnici Olomouc v listopadu 1996, kde po nasazení citalopramu bylo dosaženo parciální remise. Následně v dvouměsíční hospitalizaci na naší klinice v dubnu až červnu 1997. Charakter potíží byl obdobný jako při první hospitalizaci, opět dominují pocity insuficience a únavy na pozadí depresivního ladění s anxiózním koloritem, objevují se i somatizující prvky, zejména bolesti svalů, bo-

lesti zad, ke kterým se pacient značně upíná. Navíc během psychoterapie zřetelněji vystoupily pasivně agresivní, histrionské, ale i narcistické osobnostní rysy s egocentrickým zaměřením projevujícím se mimo jiné těžko odklonitelnou autoobservací. Inklinuje k mírně manipulativnímu jednání. Byl zařazen do kognitivně-behaviorální psychoterapie a po nastavení medikace v kombinaci citalopram, dosulepin, bromazepam a nitrazepam došlo k odeznění depresivní symptomatologie. Pacient byl propuštěn s diagnózou depresivní epizody středně těžké.

Další dvě středně těžké depresivní epizody v rámci zřetelně periodického charakteru onemocnění se objevují v roce 2002. Psychopatologický obraz je obdobný jako při předchozích dekompenzacích, v anamnéze pacient nově popisuje neshody s manželkou, odcizení v posledním roce. Jeho motivace k řešení matematických neshod je ale poměrně nízká; pacient se přechodně uchyluje k alkoholu. Během hospitalizací je vystřídána řada moderních antidepresiv, avšak s dosažením pouze částečné remise, stav se nakonec daří zvládnout kombinací mirtazapinu a amisulpridu.

Mezi hospitalizacemi pacient často čerpá pracovní neschopnost, zejména z důvodu vertebrogeních potíží. Při návštěvách psychiatrické ambulance ventiluje nespokojenost se svou psychickou kondicí, neuspokojivý účinek medikamentózní léčby, zodpovědnost za svůj stav přikládá vnějším okolnostem, jako je zátěž matematickými neshodami. Ty nakonec v roce 2003 vyústily rozvodem. Ani po rozvodu však potíže zcela nemizí, přetrvává nespokojenost, dysforické rozlady, hypobulie, somatické stesky, v myšlení stereotypně ruminuje nihilistické obsahy a pocity insuficience, symptomy jsou však vyjádřeny v diskretní míře. Ambulantní změna mirtazapinu na trazodon v tomto období byla provedena netoliko pro objektivní zhoršení stavu, jako spíše pro pokles spokojenosti pacienta s předchozím antidepresivem. Byla tedy motivována především udržení compliance.

Ke zhoršení stavu dochází až v listopadu 2004, kdy stav graduje v souvislosti s hrozícím propuštěním

ze zaměstnání do obrazu středně těžké depresivní epizody, která se psychopatologicky významně neliší od předchozích depresivních epizod. Při přijetí dosahuje v HAM-D 23 bodů. Během pobytu na psychoterapeutickém oddělení je zařazen do skupinové kognitivně behaviorální terapie. Na oddělení je pasivní, stereotypně se upíná k somatizačním steskům, vůči individuální terapii je v pasivně agresivním odporu. Při snahách o změnu medikace dochází k úzkostné dekompenzaci a striktně vyžaduje návrat k původní léčbě amisulpridem a mirtazapinem. Po krátkém přerušení hospitalizace během vánočních svátků se však v dalším průběhu stav postupně upravuje, daří se pacienta aktivovat, jeho nálada se projasňuje, nastává i zlepšení postojů a ujasnění představ o budoucnosti. Propuštěn je ve stabilizovaném stavu, bez úzkostí či deprese, emočně stabilní. Po dobrání balení mirtazapinu, vydaného při propuštění, si opět sám nasazuje trazodon. Po přechodu do každodenního života se postupně opět objevuje nespokojenost, spojená s životními nároky, ať už v oblasti pracovní či vztahové. Pacient externalizuje pocity vlastní insuficience, s narcistickým zaujetím pěstuje image „nejzoufalejšího člověka na světě“, očekává zásadní terapii své „vážné poruchy v mozku“ nějakou opravdu účinnou cestou, jako jsou elektrošoky či rTMR. Vyhledává exkluzivní formy terapie, jako je léčitelství či „holandský lék, o kterém slyšel, že nedávno vynalezli“. Zcela se vyhýbá vlastní zodpovědnost za svůj stav. Objektivně se pohybuje pouze na úrovni subdeprese, subjektivně však líčí těžkou depresi. V tomto subkompenzovaném stavu se pacienta zatím daří udržet, aniž by se od poslední hospitalizace na přelomu let 2004/2005 objevila nová epizoda dvojité deprese.

Diskuze

Kazuistika demonstruje dlouhodobý vývoj psychopatologického obrazu u pacienta trpícího dystymií, začínající v časně dospělosti, s periodickými dekompenzacemi do obrazu dvojité deprese. Teprve první depresivní propad vedl u pacienta k zahájení psychiatrické terapie, přestože trvalé podladění se snížením sociálního fungování je z anamnestických dat patrné již o několik let dříve. Choroba je u našeho pacienta velmi těžko ovlivnitelná, i přes adekvátní komplexní terapii pomocí kombinace psychofarmak a psychoterapie přetrvává subdepresivní ladění. Na tom se bezesporu podílí zejména osobnostní akcentace, přestože pacient nenaplní kritéria pro některou z poruch osobnosti. Nemoc jako forma regrese je u pacienta maladaptivním řešením životních po-

tlíží a vzhledem k narcistickým prvkům v osobnostní struktuře slouží jako integrující prvek ohroženého sebeobrazu. Pacient zjišťuje, že není tak schopný, jak by si přál, což vyvolává závist vůči okolí. Myšlení je vzhledem k hypersenzitivitě a astenickým postojům katathymně zkrácené. Traumatizující ztráta matky podporuje křehkost a zranitelnost osobnosti. Pacient jako by čekal na zázrak, zároveň však neustále dokazuje, že mu není pomoci. Osobnostní podíl je také u pacienta limitujícím faktorem pro účinnou psychoterapeutickou intervenci, jak dokládají opakované marné pokusy v rámci hospitalizace a nízká motivace k dlouhodobé psychoterapii ambulantní formou. Nemoc se tak stává nepostradatelnou společnicí, která dodává pacientovi pocit výlučnosti a útěchu pro nenaplněné životní ambice. Na protipřenosové úrovni pacientův narcismus oslovuje i narcismus terapeuta – selhání všech intervencí nás irituje a vede až do iracionální snahy uchopit pacienta jako chrobku a dát mu konečně medikamenty, které on odmění zlepšením stavu. Tuto odměnu nám pacient ale neposkytne, nechce být obvyklým a fádním nemocným, který se vyléčí. Na své straně má i nespornou výhodu sekundárního zisku účasti a soucitu okolí. Nikdy se nesmíří s vlastními nedostatky, nepřijme je za své a bude je označovat za poruchu a nemoc.

Současná medikamentózní terapie tedy udržuje pacienta na úrovni remise, která je přijatelná pro obě strany. Pro nás jako terapeuty na jedné straně, jelikož je pacient do jisté míry stabilizován, udržuje úzký okruh sociálních kontaktů, zvládá zaměstnání a pro

pacienta samého na straně druhé – neboť nemusí být nejlepší, stačí, že má největší potíže.

Závěr

Ve sdělení jsou patrné dvě základní linie. Jednou je vývoj v medikamentózní léčbě, který dokládá posun ve farmakoterapii, zejména odklon od podávání anxiolytik a cílenou volbu kombinované terapie novějšími generacemi antidepresiv a amisulpridem. Druhou nitkou je psychodynamický vývoj, obsahující klíč k nezdarům, které terapii provázejí.

Předložená kazuistika tak poskytuje komplexní pohled na onemocnění, které i přes rozsáhlé znalosti, které dnešní věda poskytuje, nejenže často zůstává dlouho nerozpoznáno, a tudíž neléčeno, ale i když adekvátně léčeno je, přechází často do chronicity a vyžaduje mnoho trpělivosti ze strany pacienta i terapeuta. A tak jistě není od věci zakončit náš příspěvek citátem, který může dodat nadhled v situacích, kdy naše trpělivost a empatie dosahují své hranice: „Hlavním zdrojem nemocí na světě je nemoc lékaře – jeho nutková potřeba léčit a jeho mylná představa, že to dokáže“ (17).

MUDr. Iveta Zedková

Klinika psychiatrie a lékařské psychologie
FN a LF Olomouc
I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
e-mail: zedkova_iveta@yahoo.com

Literatura

- Berger M. et al. Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie; Urban & Fischer Bei Elsevier; 2. Aufl., Sept. 2003.
- Browne G. Steiner M. et al. Sertraline and/or interpersonal psychotherapy for patients with dysthymic disorder in primary care: 6-month comparison with longitudinal 2-year follow-up of effectiveness and costs. J Affect Disord, 2002 Apr; 68 (2–3): 317–30.
- De Lima MS, Hotopf M. Benefits and risks of pharmacotherapy for dysthymia: a systematic appraisal of the evidence. Drug Saf. 2003; 26(1): 55–64.
- Klein DN, Schwartz JE Five-year course and outcome of dysthymic disorder: A prospective, naturalistic follow-up study. Am J Psychiatry, 2000 Jun; 157 (6): 931–9.
- Markowitz JC Psychotherapy for dysthymic disorder. Psychiatr Clin North Am. 1996 Mar; 19 (1): 133–49.
- Markowitz J, Kocsis J. et al. A comparative trial of psychotherapy and pharmacotherapy for “pure” dysthymic patients. J Affect Disord. 2005 Dec; 89 (1–3): 167–75.
- Markowitz JC, Moran ME et al. Prevalence and comorbidity of dysthymic disorder among psychiatric outpatients. J Affect Disord., 1992 feb; 24 (2): 63–71.
- McCullough JP Cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy: An interactional treatment approach for dysthymic disorder. Psychiatry, 1984, 47: 234–50.
- McCullough, JP Psychotherapy for dysthymia: Naturalistic study of ten cases. J Nerv Mental Disease, 1991, 179: 734–40.
- McCullough JP Cognitive Behavioral System of Psychotherapy: Treatment for Chronic Depression. In JC. Norcross & MR. Goldfried (Eds.), Handbook of Psychotherapy Integration (2nd ed.). London: Oxford Univ Press, Chapter 13, pp. 281–98.
- McFarland BR, Klein, DN Mental health service use by patients with dysthymic disorder: treatment use and dropout in a 7-year naturalistic follow-up study. Cmp Psychiatri 2005 Jul–Aug; 46 (4): 246–53.
- Montgomery SA Dopaminergic deficit and the role of amisulpride in the treatment of mood disorders. Int Clin Psychopharmacol, 2002 Dec; 17 Suppl 4: S9–15.
- Pani L. Gessa GL et al. The role of dopamine in the biological basis of dysthymia. Italian J Psychiatry Behav Sci 1998; 8: 5–9.
- Praško J, Herman E. et al. Dysthymie – Příručka pro klinickou praxi, Maxdorf, 2003.
- Riso L, Klein D. et al. Understanding the comorbidity between early-onset dysthymia and cluster B personality disorders: a family study. Am J Psychiatry, 1997 Jul; 154 (7): 1039–40.
- Švestka J. Amisulpirid – atypický preparát ve skupině antipsychotik 2. generace. Psychiatrie 2000; 4: 191–200.
- Shem S. Dům páně, Argo 1999.