

„DOUBLE“ DEPRESIA – KLINICKÉ CHARAKTERISTIKY A LIEČBA

MUDr. Ľubica Forgáčová

Psychiatrická klinika SZU, Bratislava

Súčasný výskyt dystýmie a veľkej depresie (nasadenie veľkej depresie na preexistujúcu chronickú depresiu) sa v literatúre označuje termínom *double depression* – dvojitá depresia. Identifikovať podskupinu pacientov s „double“ depresiou má význam z hľadiska praktického aj z hľadiska ďalšieho výskumu. Neliečená alebo nedostatočne liečená dystýmia predstavuje zvýšené riziko vzniku veľkej depresívnej epizódy. Výsledky prieskumov poukazujú, že najlepšiu kontrolu veľkých depresívnych epizód pri „double“ depresii predstavuje účinná liečba preexistujúcej dystýmie.

Kľúčové slová: dystýmia, veľká depresia, „double“ depresia.

DOUBLE DEPRESSION – CLINICAL ASPECTS AND TREATMENT

Concurrent presence of both dysthymia and major depressive disorder in which acute major depressive episodes appear to be superimposed on the underlying chronic depression has been defined as a „double depression“. Untreated or undertreated dysthymia represents a high risk for the development of double depression. The results of current research suggest that the most effective control of episodes of major depressive disorder is successful treatment of dysthymia.

Key words: dysthymia, major depression, „double depression“.

Úvod

Americká psychiatrická asociácia uviedla r. 1980 v klasifikácii DSM-III novú diagnostickú kategóriu *Dystýmia* (3). Išlo o reakciu na kontroverznú „neurotickú depresiu“ uvedenú v klasifikácii DSM-II (1968) a „depresívnu neurózu“ v MKCH-9 (1978).

Dystýmia porucha je zatriedená medzi afektívne poruchy s chronickým priebehom. Zahŕňa všetky mierne, chronicky prebiehajúce depresie, trvajúce najmenej dva roky: depresívnu neurózu, neurotickú depresiu, depresívnu poruchu osobnosti a perzistujúcu anxióznou depresiu (12). Medzi kľúčové charakteristiky dystýmie patrí: chronický priebeh, nízka intenzita príznakov, plazivý začiatok, vznik najčastejšie v mladšom veku a častá komorbidita (veľká depresia, úzkostné poruchy, alkoholizmus) (5, 6, 24).

Skutočnosť, že sa dystýmia často kombinuje s ďalšími poruchami sa vysvetľuje rôzne. Niektorí autori zastávajú názor, že dystýmia predstavuje len precipitátor, iní predpokladajú určitý patogenetický podklad, na ktorom sa rozvíjajú ďalšie poruchy, napríklad epizóda veľkej depresie. V tejto súvislosti sa uvažuje o dystýmii ako o prekurzore veľkej depresie. Potvrdzujú to aj dlhodobé štúdie detí a adolescentov s dystýmnou poruchou (4, 16). Napríklad Kovacs so spolupracovníkmi (15, 16) na základe svojich prieskumov zistili, že až u 70 % sledovaných detí a adolescentov sa neskôr rozvinula veľká depresia. Doposiaľ však nie je spoľahlivo objasnené, či dystýmia precipituje vznik epizódy, alebo predisponuje k veľkej depresii (10, 24).

Súčasný výskyt dystýmie a veľkej depresie, t.j. nasadenie (superpozícia, navrstvenie) veľkej depresie na preexistujúcu chronickú depresiu sa v literatúre označuje termínom *double depression* – dvojitá (zdvojená) depresia.

Koncepcia „double depression“ sa spája s menami Keller a Shapiro (7), ktorí túto jednotku prezentovali odbornej psychiatrickej verejnosti na začiatku 80. rokov minulého storočia. Poukázali na relatívne častý výskyt tejto poruchy (26 % prípadov v sledovanej skupine pacientov s dystýmnou poruchou), ktorá dovtedy nebola dostatočne klinicky formulovaná a v odbornej literatúre sa popisovala zriedkavo.

Výskyt a klinické charakteristiky

Mnohí autori vo svojich prácach preukázali, že priebeh dystýmie sa často komplikuje nasadajúcou epizódou veľkej depresie. Napríklad Keller a spolupracovníci (6, 8) zistili 25%, neskôr až 50% výskyt a Wiesmann so svojimi kolegami (24) zistili 22% výskyt „double“ depresie v sledovanej skupine pacientov s dystýmnou poruchou.

Od r. 1982 (kedy autori koncepcie poukazovali na nedostatok záujmu o tento fenomén) pribudlo značné množstvo prác, ktoré sa zameriavali na skúmanie podskupiny týchto pacientov a na stanovenie charakteristík, ktoré ich odlišujú od tých, ktorí majú len samotnú veľkú depresiu alebo dystýmiu. Nezistili sa významné rozdiely v demografických ukazovateľoch ani v biologických parametroch. Významné rozdiely sa však zistili v niektorých klinických charakteristikách. Pacienti s „double“ depresiou majú horší priebeh ochorenia v porovnaní s pacientami so samotnou veľkou depresiou - vyšší počet epizód, vyššie riziko relapsov, vyššie globálne skóre príznakov a väčšie deficit vo všetkých oblastiach sociálneho fungovania (1, 6, 9, 10, 19). U pacientov s „double“ depresiou sa zistil častejší výskyt poruchy osobnosti, suicidálneho správania a častejší výskyt unipolárnej depresie v príbuzenstve (6, 9, 21, 24).

Zistené odlišnosti nie sú kvalitatívneho charakteru a nepotvrdzujú predpoklad, že „double“ depresia predstavuje špecifickú interakciu medzi veľkou depresiou a dystýmiou. Identifikovať podskupinu pacientov s „double“ depresiou má však význam nie len akademický. Je to dôležité z hľadiska praktického aj z hľadiska ďalšieho výskumu. Prevláda názor, že pokiaľ sa spoľahlivo nepreukážu dôkazy o vzájomnej interakcii dystýmie a veľkej depresie, je užitočnejšie (najmä v klinických štúdiách) v rámci spektra depresívnych porúch považovať „double“ depresiu za samostatnú diagnostickú jednotku (2, 23).

Liečba

V nedávnej minulosti ťažisko liečby tzv. malých depresii (pred zavedením diagnostickej kategórie dystýmie a jej včlenením medzi afektívne poruchy) spočívalo v psychoterapii a benzodiazepínoch (9). Postupne sa objavovali výsledky kontrolovaných farmakologických štúdií, ktoré poukazovali na po-

žitivný terapeutický účinok tricyklických antidepresív (13, 17, 21), neskôr aj SSRI (11, 23) a IMAO aj RIMA (11, 22) v liečbe dystýmnej poruchy v dávkach, ktoré sa približujú dávkam používaným v liečbe veľkej depresie. Farmakoterapia dystýmie sa teda riadi rovnakými pravidlami ako farmakoterapia veľkej depresie. Napriek tomu, rozsiahlejší prieskum dystýmnej poruchy priniesol prekvapivý výsledok, že len 28 % pacientov s touto poruchou malo adekvátnu antidepresívnu liečbu (6). Ďalším dôležitým zistením v tejto súvislosti bola skutočnosť, že neliečená alebo nedostatočne liečená dystýmia predstavuje zvýšené riziko pre vznik veľkej depresívnej epizódy (double depression) (14).

Problematickou liečby „double“ depresie sa zaoberali viaceré skupiny odborníkov. Výsledky ich prieskumov poukazujú, že najlepšiu kontrolu veľkých depresívnych epizód pri „double“ depresii predstavuje účinná liečba preexistujúcej dystýmie (11, 13, 23). V súčasnosti sa za najefektívnejšiu liečbu dystýmie aj „double“ depresie považujú SSRI (2, 11, 14). U pacientov s „double“ depresiou pri adekvátnej antidepresívnej liečbe dochádza u väčšiny z nich k rýchlemu ústupu nasadajúcej veľkej depresie. Úplná úzdrava je však menej pravdepodobná, po doznení veľkej depresie u časti pacientov pretrvávajú chronická depresia – dystýmia (6, 10).

Pacienti s double depresiou sú ohrození vyšším rizikom relapsu veľkej depresívnej epizódy, preto sa po doznení epizódy doporučuje pokračovať v antidepresívnej liečbe dlhodobo. O pozitívnych výsledkoch dlhodobej liečby antidepresívami u týchto pacientov referovali napríklad Kocsis (10), Thase a spolupracovníci (23) a ďalší. Úžitok z dlhodobej liečby sa týkal najmä nápadného zlepšenia funkčnosti v sociálnej oblasti. Toto významné zistenie poukazuje na skutočnosť, že u týchto pacientov nešlo o povahové charakteristiky, ale o príznaky

chronickej depresie (dystýmie) a zároveň opodstatňuje včlenenie dystýmie medzi afektívne poruchy. Niekoľko otvorených štúdií dokumentuje dobrý terapeutický efekt psychoterapeutických prístupov v kombinácii s farmakoterapiou. Význam kognitívne-behaviorálnej a interpersonálnej psychoterapie vo svojich prehľadoch zdôrazňujú napríklad Markowitz (18) a Rusch (20). Sotsky so spolupracovníkmi (21) zistili, že pacienti s „double“ depresiou s výraznými prejavmi dysfunkcie v sociálnej oblasti sú vhodnými kandidátmi na kombinovanú liečbu – farmakoterapiu a psychoterapiu.

Záver

- priebeh dystýmie sa často komplikuje „navrstvením“ epizódy veľkej depresie (tzv. double depression)
- pacienti s „double“ depresiou majú horší priebeh ochorenia v porovnaní s pacientami so samotnou veľkou depresiou alebo dystýmiou
- účinná liečba preexistujúcej dystýmie predstavuje najlepšiu kontrolu veľkých depresívnych epizód pri „double“ depresii.
- v súčasnosti sa za najefektívnejšiu liečbu dystýmie aj „double“ depresie považujú SSRI
- u väčšiny pacientov s „double“ depresiou dochádza pri adekvátnej antidepresívnej liečbe k rýchlemu ústupu nasadajúcej veľkej depresie
- pacienti s „double“ depresiou sú ohrození vyšším rizikom relapsu veľkej depresívnej epizódy, preto sa po doznení epizódy doporučuje pokračovať v antidepresívnej liečbe dlhodobo
- doposiaľ nie sú k dispozícii výsledky kontrolovaných štúdií, ktoré by hodnotili účinok tymoprofylaktickej liečby v tejto indikácii.

Literatúra

1. Akiskal HS. Dysthymic Disorder: Psychopathology of Proposed Chronic Depressive Subtypes. *Am. J. Psychiatry*, 1983; 140: 11–20.
2. Akiskal HS. Heterogeneity of mood disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis of psychiatry*, Williams and Wilkins, Philadelphia, seventh edition, 2000.
3. DSM-III. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual*, 3rd edition, Washington, D.C. APA, 1980.
4. Ferro T, Carlson GA, Grayson P, Klein DN. Depressive Disorders: Distinction in Children. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 1994; 33: 664–670.
5. Freeman HL. Historical and Nosological aspects of dysthymia. *Acta Psych. Scand.*, 1994; 89 (suppl. 38): 7–11.
6. Keller MB. Depression: A long – term illness. *Br. J. Psychiatry*, 1994; 165 (suppl. 26): 9–15.
7. Keller MB, Shapiro RW. „Double depression“: superimposition of acute depressive episodes on chronic depressive disorders. *Am. J. Psychiatry*, 1982; 139: 438–442.
8. Keller MB, Lavori PW, Endicott J, et al. „Double Depression“: Two year Follow-Up. *Am. J. Psychiatry*, 1983; 140: 689–694.
9. Klein DN, Taylor EB, Harding K, Dickstein S. Double Depression and Episodic Major Depression: Demographic, Clinical, Familial, Personality, and Socioenvironmental Characteristic and Short-Term Outcome. *Am. J. Psychiatry*, 1988; 145: 1226–1231.
10. Kocsis JH. Dysthymic disorder: Clinical characteristics, Course, end response to treatment. 6-th World Congress of Biological Psychiatry, 1997, Nice, France.
11. Kocsis JH. Combining Psychotherapy and Pharmacotherapy for Treatment of Chronic Depression. *The international J. Neuropsychopharmacol.* 2000; 3 (suppl. 1): 9.
12. Kocsis JH, Frances AJ. A critical Discussion of DSM-III Dysthymic Disorder. *Am. J. Psychiatry*, 1987; 144: 1534–1542.
13. Kocsis JH, Friedman RA, Markowitz JC, et al. Maintenance therapy for chronic depression: a controlled clinical trial of desipramine. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1996; 53: 769–774.
14. Kocsis JH, Zisook S, Davidson J, et al. Double-blind comparison of sertraline, imipramine and placebo in the treatment of dysthymia: psychosocial outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 1997; 54: 224–233.
15. Kovacs M, Gatsonis C, Paulauskas SL, Richards C. Depressive disorders in childhood: IV. A longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1989; 46: 776–782.
16. Kovacs M, Goldston D, Gatsonis C. Suicidal behaviour and childhood –onset depressive disorders: a longitudinal investigation. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 1993; 32: 8–20.
17. Marin DB, Kocsis JH, Frances AJ, Parides M. Desipramine for treatment of „Pure“ versus „Double“ Depression. *Am. J. Psychiatry*, 1991; 151: 1079–1080.
18. Markowitz JC. Psychotherapy of Dysthymia. *Am. J. psychiatry*, 1994; 151, 1994: 1114–1121.
19. Miller IW, Norman WH, Dow MG. Psychosocial characteristics of „Double depression“. *Am. J. Psychiatry*, 1986; 143: 1042–1044.
20. Rush AJ, Beck AT. Cognitive therapy In: Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis of psychiatry*, Williams and Wilkins, Philadelphia, seventh edition, 2000.
21. Sotsky SM, Glass DR, Shea MT, et al. Patient Predictors of Response to Pharmacotherapy and Psychotherapy: Findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Am. J. psychiatry*, 1991; 148: 997–1008.
22. Stewart JW, McGrath PJ, Quitkin FM. Can mildly depressed outpatients with atypical depression benefit from antidepressants? *Am. J. Psychiatry*, 1992; 149: 615–619.
23. Thase ME, Fava M, Halbreich U, et al. A Placebo controlled randomized clinical trial comparing sertraline and imipramine for the treatment of dysthymia. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1996; 53: 777–784.
24. Weissman MM, Leaf PJ, Bruce ML, Florio L. The epidemiology of dysthymia in five communities: rates, risks, comorbidity, and treatment. *Am. J. Psychiatry*, 1988; 145: 815–819.