

DYSTHYMIE – DIAGNOSTIKA A LÉČBA

MUDr. Eva Libigerová

Psychiatrická klinika LF a FN, Hradec Králové

Psychiat. pro Praxi; 2006; 2: 90–93

Úvod

Dysthymie byla dříve považována za poruchu vývoje osobnosti, chronickou neurotickou nebo charakterovou depresi. Od roku 1980 je řazena mezi trvalé afektivní poruchy, ale souvislost s poruchami osobnosti se opět dostává do popředí pro vzájemnou vysokou komorbiditu.

Dysthymie není často diagnostikována a její chronický průběh působí jako trvalý stresor, zvyšující riziko vzniku tzv. dvojité deprese, komorbidních úzkostných a somatoformních poruch, závislosti na alkoholu a drogách. Neléčená dysthymie má závažný vliv na kvalitu života nemocného a zároveň výrazně zvyšuje cenu zdravotní péče. Největší dopad na kvalitu života a prognózu onemocnění má dysthymie vzniklá v době do 21 r., tzv. časná dysthymie.

Dysthymie je charakterizována chronickým průběhem a mírnější intenzitou depresivních symptomů, než jsou ty, které nalézáme u depresivní epizody.

Základním projevem dysthymie je chronická depresivní nálada, která se projevuje denně po většinu dní během nejméně dvouletého období. Dysthymie může také probíhat pod obrazem chronické podrážděnosti a rezonantní nálady – zejména forma s raným začátkem.

Diagnostická kritéria pro dysthymii F 34

Nejméně 2 roky musí být trvalá nebo stále se vracející depresivní nálada.

Během alespoň některých období deprese by měly být přítomny minimálně 3 z následujících příznaků:

- Snížená energie nebo aktivita
- Nespavost
- Ztráta sebevědomí nebo pocitu nedostačivosti
- Potíže se soustředěním
- Ztráta zájmu o sex a jiné příjemné aktivity nebo potěšení z nich
- Pocit beznaděje a zoufalství
- Pocit neschopnosti vyrovnat se s běžnými úkoly každodenního života
- Pesimistický výhled do budoucnosti nebo hloubání o minulosti
- Sociální stažení
- Snížená výkonnost
- Častá plačtivost

Etiologie

Vznik dysthymie je závislý jak na faktorech genetických – vrozených dispozicích, tak na vnějších faktorech. V RA se často vyskytují afektivní poruchy a poruchy osobnosti. Z vnějších vlivů je na předním místě negativní působení rodinného prostředí v dětství, problematické vztahy s rodiči, fyzické i psychické zneužívání a vliv dlouhodobého působení nemoci na vlastní vývoj osobnosti.

Výskyt

Dysthymii trpí 3–6 % světové populace. Riziko výskytu dysthymie (podobně jako u jiných afektivních poruch) je u žen 2–3× častější než u mužů.

Téměř polovina (42 %) pacientů s dysthymii udává v minulosti nejméně jednu epizodu závažné deprese během života. Tato skutečnost znamená 1,4 % celoživotní prevalence tzv. **dvojité deprese**.

V psychiatrické ambulantní praxi se dysthymie vyskytuje v 10–20 %. V primární péči je výskyt ještě vyšší: 22%–36 % a kolem 50 % pacientů s dysthymii zůstává nerozpoznáno. Pacienti si obvykle stěžují na somatické potíže a necharakteristické projevy, jako je únava, poruchy spánku apod. Vzhledem k tomu, že se dysthymie často objevuje v průběhu chronických somatických chorob, má negativní vliv na průběh onemocnění i kvalitu života. Tím jak populace celkově stárne, je zvýšený výskyt dysthymie ještě pravděpodobnější.

Komorbidita

Komorbidita dysthymie s dalšími duševními poruchami je velmi vysoká.

Nejčastější komorbidní poruchy jsou: poruchy osobnosti v 70–80 % případů, dále deprese, úzkostné a somatoformní poruchy (mezi 40–75 %), závislosti na návykových látkách (11–30 %) a poruchy příjmu potravy (12–23 %).

• Poruchy osobnosti

Chování lidí s chronickým průběhem mírné deprese bylo vždy popisováno jako zvláštní směs poruch nálady a maladaptivních povahových rysů.

Mnoho studií potvrdilo významnou komorbiditu mezi dysthymii a hraniční, histrionskou, narcistickou a antisociální poruchou osobnosti. Častý je i výskyt se závislou a vyhýbavou poruchou osobnosti. Tyto poruchy jsou zvláště časté u dysthymie vzniklé před 21. rokem věku. Společný výskyt dysthymie i poruchy osobnosti lze chápat jako důsledek sdílených rodinných etiologických faktorů, které jsou u vzniku obou poruch. Jak u hraniční osobnosti, tak u dysthymie zjišťujeme v anamnéze významně častěji sexuální zneužívání v dětství, týrání, odmítání a problematické vztahy s oběma rodiči ve srovnání se zdravými kontrolami i s pacienty s depresí.

• Depresivní porucha

Dysthymie při svém chronickém průběhu zvyšuje zranitelnost nemocného a tím riziko vzniku komorbidních poruch, především deprese.

Pro depresivní fázi, která nasedá na již probíhající dysthymii, je používán termín **dvojitá deprese**. Dysthymie by měla předcházet alespoň dva roky před nástupem deprese. Depresivní fáze se často opakují, dlouhodobě probíhající dysthymie působí jako chronický stresor, zvyšující riziko periodického průběhu deprese.

• Úzkostné poruchy a somatoformní poruchy

Nejčastější komorbidita je se sociální fobií a panickou poruchou, společně s dysthymií se mohou vyskytovat všechny úzkostné poruchy. Při sledování faktorů ovlivňujících celkovou cenu zdravotní péče u neurotických poruch byla jako nejdůležitější faktor zjištěna přítomnost primární neléčené dysthymie.

• Závislost na alkoholu a drogách

Závislosti na alkoholu a psychoaktivních látkách (stimulancia, benzodiazepiny) jsou u dysthymie časté. Je velmi pravděpodobné, že závislost vznikla v důsledku „sebemedikace“ u nemocných, kteří nebyli správně diagnostikováni a léčeni.

• Somatická onemocnění

Rozpoznání komorbidní dysthymie u somatických onemocnění bývá problematické, protože příznaky se často zaměňují za „normální“ reakci na somatický stav. Přitom zlepšení nálady, motivace, zájmu i aktivizace pacienta může zlepšit jeho spolupráci při léčení základního onemocnění.

Dysthymie často provází nebo navazuje na somatická onemocnění či postižení např.:

- mozkové léze – mozkovou příhodu, epilezii, Parkinsonovu chorobu, Huntingtonovu choreu, roztroušenou sklerózu, bolesti hlavy
- nádorová onemocnění
- chronickou bolest, revmatismus
- endokrinní poruchy – sníženou činnost štítné žlázy, diabetes mellitus, poporodní stavy, klimakterium
- ICHS, hypertenzi
- zánětlivá onemocnění – tbc, hepatitida, mononukleóza, AIDS
- systémové choroby, těžká smyslová postižení

Farmakologická léčba dysthymie

Při léčbě dysthymie se používají všechna dostupná antidepresiva ve stejných dávkách jako u deprese (tabulka).

Antidepresiva

- SSRI – fluoxetin (20–60 mg, Ø 32 mg), sertralin (50–100 mg)
- RIMA – moclobemid (600 mg)
- TCA – imipramin (100–200 mg), amitriptylin (75 mg)
- SNRI – venlafaxin (75–225 mg), mirtazapin (15–45 mg)
- NDRI – bupropion SR (300–400 mg)

Antipsychotika 2. generace

amisulprid (25–50 mg)

Základní projevy dysthymie – chronická únava, anhedonie a ztráta motivace – odpovídají hypofunkci dopaminergních drah. Proto se v léčbě dysthymie mimo antidepresiv uplatňují i některá antipsychotika 2. generace. Amisulprid (ve vyšších dávkách užívaný v léčbě schizofrenie) se v nízkých dávkách 25–50 mg/den choval jako dopaminový agonista. Zvyšuje uvolňování dopaminu, čímž u lidí dochází ke zvýšení motivace a prožívání pocitu odměny.

Psychoterapie dysthymie

Důležitou pomocí je psychoterapie, která při složitých etiologických faktorech, jaké se vyskytují u dysthymie, je nezbytná i v kombinaci s farmakoterapií. Účinnost byla prokázána u kognitivně behaviorální a interpersonální terapie. Obě terapie jsou relativně krátkodobé a zaměřují se na změnu negativních myšlenek a přesvědčení vedoucích k poráženeckým postojům a chování. Učí rozpoznávat souvislost mezi náladou nemocných, událostmi, které je „potkávají“, či jejich sociálními vztahy.

Udržovací léčba

Je stejně jako u ostatních afektivních poruch vhodná po dobu 6–12 měsíců. Pokud se pacientovi podaří změnit díky zvýšené motivaci a znovunabytí zájmu jeho životní styl, je možné léky vysadit. Při léčení dvojitě deprese je vždy nutná dlouhodobá farmakologická léčba.

MUDr. Eva Libigerová,
Psychiatrická klinika LF a FN
Sokolská 408, 500 05 Hradec Králové
e-mail: evalibig@lfhk.cuni.cz

Literatura:

1. Akiskal HS. Dysthymia and cyclothymia in psychiatric practice a century after Kraepelin, *Journal of affective disorders* 62 (2001) 17–26.
2. Klein DN, Schatzberg AF, McCullough JP, Keller MB, Dowling F, Goodman D, Howland RH, Markowitz JC, Smith C, Miceli R, Harrison WM. Early- versus late-onset dysthymic disorder: comparison in out-patients with superimposed major depressive episodes. *J Affect Disord.* 1999 Jan-Mar; 52(1–3): 187–96.
3. Knerer G, Byford S, Johnson T, Seivewright H, Tyrer P. The Nottingham study of neurotic disorder: predictors of 12 year costs. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 200; 112 (3): 224.
4. Lizardi, H, Klein, D. et al. Reports of the childhood home environment in early-onset dysthymia and episodic major depression. *Journal of Abnormal Psychology.* 1995; 104(1): 132–139.
5. Markowitz JC, Moran ME, Kocsis JH, Frances AJ: Prevalence and comorbidity of dysthymic disorder among psychiatric outpatients. *J Affect Disord.* 1992 Feb; 24(2): 63–71.
6. Keller, MB, & Shapiro, RW. (1982). „Double depression“: Superimposition of acute depressive episodes on chronic depressive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 139, 438–442.
7. Nezu, AM, Nezu, CM, Trunzo, JJ. & McClure, KS (1998) Treatment Maintenance for Unipolar Depression: Relevant Issues, Literature Review, and Recommendations for Research and Clinical Practice. *Clinical Psychology: Science and Practice* 5 (4), 496–512.
8. Pani L, Gessa GL. The role of dopamine in the biological bases of dysthymia. *Italian J Psychiatry Behav Sci* 1998; 8: 5–9.
9. Riso, L. Klein, D. et al. Understanding the comorbidity between early-onset dysthymia and cluster B personality disorders: a family study. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 900–906.
10. Švestka J. Amisulprid – typický preparát ve skupině antipsychotik 2. generace. *Psychiatrie* 2000; 4: 191–200.