

Anna Nitka-Siemińska¹, Mariusz Siemiński², Hubert Wichowicz¹, Walenty M. Nyka²

¹Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicznych Akademii Medycznej w Gdańsku

²Klinika Neurologii Dorosłych Akademii Medycznej w Gdańsku

Dystymia

Dysthymia

Abstract

Dysthymia is a disease very difficult to exactly define and to diagnose. It can be considered as a mood disorder. It is characterised by moderate mood depression, chronic fatigue and anhedonia which do not fulfill the criteria of depressive episode. Its prevalence is estimated as 3–5% of the general population. Not-treated dysthymia may be a cause of deterioration of the quality of life of the patient. It may have a negative influence on the patients' social functioning. The psychotherapeutic and pharmacological methods can be used in the therapy of dysthymia.

key words: dysthymia, diagnosis, therapy

Wstęp

Termin „dystymia” należy do bardziej wieloznacznych terminów psychiatrycznych. Niektórzy określają w ten sposób „podprogową” postać depresji, inni łączą dystymię z zaburzeniami afektywnymi, zaburzeniami osobowości, jeszcze inni traktują ją jako powikłanie między innymi takich schorzeń, jak zaburzenia lękowe czy nawet uzależnienia. Przyczyną rozbieżności terminologicznych może też być pojęcie tak zwanych napadów dystymicznych, będących jedną z postaci padaczki.

Najprościej dystymię można zdefiniować jako przewlekłe i uporczywe obniżenie nastroju, o niewielkim nasileniu, nieosiągającym stopnia nasilenia „pełnego” epizodu depresji. Pojęcie dystymii obejmuje — według twórców Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases, tenth revision*) — zaburzenia, które wcześniej diagnozowano jako:

- nerwicę depresyjną,
- depresyjne zaburzenia osobowości,
- depresję nerwicową,
- depresję lękową przewlekłą.

Chociaż dystymię można rozpatrywać jako zaburzenia osobowości, ze względu na wyniki badań rodzin-

nych w klasyfikacji chorób ICD-10 zalicza się ją do działu zaburzeń nastroju. Dystymia charakteryzuje się bowiem genetycznym podobieństwem do chorób afektywnych i wymaga takiego samego postępowania leczniczego [1].

Lekarz pierwszego kontaktu oraz lekarze różnych specjalności wielokrotnie napotykają chorych na tę postać zaburzeń nastroju. Berblinger uważa, że lekarze „unikają pacjentów z dystymią”. Po pierwsze: praca z tą grupą chorych jest trudna ze względu na ich cechy osobowości oraz z uwagi na same — uporczywe w przebiegu — objawy choroby. Po drugie: nie można liczyć na szybką i spektakularną poprawę, co zagraża własnym potrzebom lekarza w uzyskaniu satysfakcji zawodowej. Jednak dystymia jest pojęciem, które ze względu na jego rozpowszechnienie powinno być bezwzględnie znane każdemu lekarzowi. Należy pamiętać, że nieleczona dystymia prowadzi do znacznego pogorszenia funkcjonowania pacjenta i stałego poczucia dyskomfortu psychicznego, niezadowolenia i innych dolegliwości. W przebiegu dystymii może nawet dojść do prób samobójczych.

Rozpowszechnienie

Dystymia jest dość częstym zaburzeniem psychicznym i w populacji ogólnej jej częstość może sięgać nawet 3–5%. Jest bardziej rozpowszechniona wśród osób leczonych przewlekłe — występuje z częstością do 15% [2]. Dystymia jest częstsza u kobiet — około 2-krotnie, choć w niektórych pracach wykazano, że ten stosunek jest jeszcze większy, nawet 5-krotny [3]. Dystymia praw-

Adres do korespondencji:
lek. Anna Nitka-Siemińska
Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicznych
Akademii Medycznej w Gdańsku
ul. Dębinki 7, 80–952 Gdańsk
tel. (058) 349 26 50
faks: (058) 349 27 48

dopodobnie wiąże się z wiekiem. Jest dość często rozpoznawana u dzieci (dotyczy ich w 0,6–4,6%), a odsetek ten zwiększa się jeszcze u młodzieży — 1,6–8,0%. [4]. Wraz z wiekiem maleje częstość jej rozpoznania — po 65 rż. dotyczy 1,0–1,5% populacji [5]. Większość zaburzeń pojawia się przed 18 rż. [6].

Obraz kliniczny

W dystymii na pierwszy plan wysuwają się takie objawy, jak: umiarkowane obniżenie nastroju, gorsze samopoczucie, niska samoocena, uczucie przewlekłego zmęczenia, obojętność, anhedonia, czyli brak zdolności odczuwania pozytywnych emocji, nadmierny samokrytycyzm, oskarżanie się, zamartwianie się. W przeciwieństwie do depresji, zwłaszcza jej ciężkich epizodów, pacjenci z reguły wywiązują się ze swoich zawodowych i rodzinnych zobowiązań. Jednak ani praca, ani obowiązki domowe nie dają im poczucia zadowolenia. U wielu chorych wyraźne są takie objawy, jak: zwiększone napięcie, drażliwość, postawy roszczeniowe, obwinianie innych, poczucie kary i winy. Złe samopoczucie wykazuje dużą zmienność i często jest zależne od aktualnych wydarzeń [7]. U części chorych występują dobowe wahania nastroju (co jest charakterystyczne także i dla epizodów depresji), częste są też zaburzenia snu (np. w postaci nadmiernej senności) oraz uczucie lęku (z reguły wolnopłynącego, a nie napadowego). Pacjenci z dystymią mogą zgłaszać myśli i zamiary samobójcze, co szczególnie powinno wzbudzić czujność lekarza prowadzącego. Samobójstwa są rzadsze niż u osób z epizodami depresji, niemniej jednak z powodu przewlekłości dystymii i braku szybkiej poprawy klinicznej nie można tego ryzyka lekceważyć. Dystymie można podzielić (wg Akiskala) na pierwotne (występują samodzielnie, z reguły dotyczą młodszej populacji) i wtórne (towarzyszą innym chorobom, są częstsze u osób starszych). Dystymie wtórne mogą wystąpić u pacjentów obciążonych przewlekłą chorobą lub kalectwem. Najczęściej dotyczą osób, które zachorowały w młodym wieku, szczególnie wtedy, gdy są to przewlekłe choroby neurologiczne, reumatyczne lub psychiczne [8]. Na przykład wśród pacjentów po urazach ośrodkowego układu nerwowego dystymia występuje u 89% leczonych ambulatoryjnie i 40% hospitalizowanych, dotyczy ponad 10% pacjentów z rozpoznaniem stwardnieniem rozsianym oraz 26% chorych z padaczką skroniową [8]. Przebieg i nasilenie dystymii wtórnej wiążą się z nasileniem choroby pierwotnej. Im wcześniej wystąpiło pierwotne schorzenie somatyczne, tym większe ryzyko, że wtórna dystymia będzie obecna przez prawie całe życie pacjenta i stanie się elementem jego osobowości. Występowanie dystymii u osób prze-

wlekle chorych nie zawsze musi oznaczać, że jest ona następstwem choroby. Może być między innymi konsekwencją stosowanej farmakoterapii, na przykład steroidoterapii w stwardnieniu rozsianym, lub konsekwencją trwałych zaburzeń biochemicznych, na przykład u pacjentów z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego. Zgodnie z obowiązującymi w Polsce kryteriami ICD-10, aby rozpoznać dystymię, konieczne jest spełnienie poniższych kryteriów [9]:

- A. Występowanie stałego lub nawracającego obniżenia nastroju w okresie trwającym co najmniej 2 lata. Ewentualne, okresowe wyrównanie nastroju rzadko utrzymuje się dłużej niż kilka tygodni. Należy także wykluczyć obecność epizodów hipomanii.
- B. Żaden albo prawie żaden z obecnych w tym czasie epizodów depresji nie jest na tyle ciężki, aby spełniać kryteria lekkiego epizodu depresyjnego (F 33.0).
- C. W ciągu przynajmniej niektórych z okresów depresji występują co najmniej 3 spośród niżej wymienionych objawów: zmniejszenie energii lub aktywności, zaburzenia snu, mała wiara w siebie i poczucie niedostosowania, zaburzenia koncentracji, płaczliwość, zmniejszenie zainteresowania seksem lub satysfakcji z aktywności seksualnej oraz innych czynności sprawiających przyjemność, poczucie bezradności lub zmartwienia, wrażenie, że codzienne trudności i odpowiedzialności są niemożliwe do przezwyciężenia, pesymizm dotyczący przyszłości lub nadmierne rozpamiętywanie przeszłości, wycofanie społeczne, zmniejszenie rozmowności.

Początek zaburzeń można określić jako wczesny (późny okres dorastania lub 3. dekada życia) albo późny (między 30 a 50 rż.).

W opisach klinicznych i wskazówkach diagnostycznych do klasyfikacji ICD-10 [1] dodaje się, że w przeszłości, zwłaszcza na początku choroby, mogą występować zaburzenia spełniające kryteria epizodu depresyjnego o łagodnym nasileniu. Osoby dotknięte dystymią miewają okresy (dni, tygodnie) zupełnie dobrego samopoczucia, jednak przez większość czasu (miesiące) utrzymują się u nich objawy choroby.

W kryteriach DSM-IV — TR określono jako diagnostyczny, roczny czas trwania choroby u dzieci i młodzieży z okresem wolnym od zaburzeń dystymicznych, nieprzekraczającym 2 miesięcy. Poza tym kryteria te są zbliżone do ICD-10 [10].

Różnicowanie

Przed postawieniem rozpoznania dystymii należy wykluczyć depresję w przebiegu psychoz lub zaburzeń

afektywnych dwubiegunowych oraz depresję związaną ze stanem somatycznym lub uzależnieniami, a także różnicować dystymię z epizodem depresji, zaburzeniami przystosowania oraz z nawracającą krótkotrwałą depresją. Podstawowe różnice przedstawia tabela 1 [8]. Należy także pamiętać o możliwości tak zwanej „depresji podwójnej”. Jest to rozpoznanie, jakie stawia się u osób, u których stwierdza się zarówno występowanie dystymii (poza punktem B klasyfikacji ICD-10), jak i przebyte epizody depresji. Według niektórych badań „podwójna depresja” występuje u nawet 70% pacjentów, którzy przeżyli epizod depresji [11].

Przebieg i rokowanie

Dystymia to przewlekłe zaburzenie, które utrzymuje się wiele lat, a nawet przez całe życie. Początek choroby jest trudny do określenia, często rozwija się ona powoli i podstępnie. Choroba ma charakter zmienny, przebiega z okresami względnej poprawy (nieokreślonej jednak przez samych pacjentów jako stan zdrowia) i nasilenia objawów. Przede wszystkim ze względu na długotrwały charakter zaburzeń dystymia ma duży i niekorzystny wpływ na funkcjonowanie pacjenta w środowisku rodzinnym, w pracy i na innych polach aktywności społecznej. Często pacjenci są osobami samotnymi, które nigdy nie zawarły małżeństwa. Wszystko to łącznie składa się na niepewne rokowanie, a w fazie zaostrzeń istotnie zwiększa się ryzyko podjęcia przez chorego próby samobójczej.

Leczenie

W terapii zaburzeń dystymicznych zastosowanie ma zarówno psycho-, jak i farmakoterapia.

Za najbardziej skuteczną metodę psychoterapii uważa się terapię poznawczą oraz interpersonalną [2]. Celem terapii jest obniżenie nasilenia objawów oraz zapobieganie nawrotom i poprawa jakości życia pacjentów. Niestety nie ma dużych, poprawnych metodologicznie badań w pełni potwierdzających skuteczność psychoterapii. Nie udało się także ocenić, czy lepsze efekty przynosi długo- czy krótkotrwała terapia [8].

W farmakoterapii używane są te leki, które stosuje się przy leczeniu depresji. Są to między innymi trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne, selektywne i nieselektywne inhibitory monoaminooksydazy, inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny. Nie ma powodów, by preferować którąś z tych grup. W doborze leku należy się kierować ewentualnymi przeciwwskazaniami oraz profilem działania danego preparatu. Zakres stosowanych dawek jest podobny jak przy terapii zespołów depresyjnych, ale konieczne jest zdecydowanie dłuższe przyjmowanie leku. Tabela 2 przedstawia wybrane preparaty wraz z zakresem stosowanych dawek [12]. Opublikowano także badania, w których udowodniono skuteczność neuroleptyków — atypowych: amisulprydu i sulpirydu — w leczeniu dystymii [13].

Tabela 1. Różnicowanie dystymii

Table 1. Differentiation of dystymia from other mental disorders

Nazwa choroby/zaburzenia	Różnicowanie z dystymią
Epizod depresji	Większe nasilenie i liczba objawów, znaczne pogorszenie funkcjonowania we wszystkich sferach życia. Spełnienie przynajmniej 5 spośród 9 wymienionych kryteriów: znaczne zaburzenia apetytu, zaburzenia snu, spowolnienie lub pobudzenie psychomotoryczne, obniżenie energii, poczucie małej wartości lub nadmierne poczucie winy, trudności w koncentracji, myślenie o śmierci lub myśli/próby samobójcze
Krótkotrwała depresja	Różnicowanie opiera się przede wszystkim na kryterium czasu
Depresja w przebiegu psychoz	Przede wszystkim wywiad dotyczący występowania psychoz
Zaburzenia afektywne dwubiegunowe	Stwierdzenie występowania zespołu hipomaniakalnego lub maniakalnego spełniającego kryteria ICD-10
Depresje związane ze stanem somatycznym lub uzależnieniami	Wywiad, badanie somatyczne, badania laboratoryjne, badania obrazowe

Tabela 2. Leki wykorzystywane w terapii dystymii
Table 2. Pharmacotherapy in the treatment of dysthymia

Grupa leków	Wybrane preparaty	Zakres dawek	Uwagi
Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne	Amitriptylina	100–300 mg	Silne działanie cholinolityczne
	Dezypramina	100–300 mg	Może nasilać lęk i niepokój
	Dibenzepina	240–720 mg	Ustrojowy metabolit amitriptyliny
	Doksepina	100–300 mg	Wyraźne działanie przeciwłkowe
	Imipramina	100–300 mg	Wpływ kardiotoxyczny
	Klomipramina	100–250 mg	Stosowana też w natręctwach
	Maprotylina	150–225 mg	Stosowana w leczeniu depresji z zahamowaniem psychoruchowym
Selektywne inhibitory wychwytu serotoniny	Opipramol	100–300 mg	Działa sedatywnie
	Citalopram	20–60 mg	Zrównoważony profil działania
	Fluoksetyna	20–60 mg	Może nasilać lęk i niepokój
	Fluwoksamina	100–300 mg	Zrównoważony profil działania
	Paroksetyna	20–50 mg	Zrównoważony profil działania
Inne leki	Sertralina	50–200 mg	Zrównoważony profil działania
	Mianseryna	60–120 mg	Wyraźny efekt sedatywny
	Milnacipran	100–200 mg	Zakres wskazań zbliżony do imipraminy
	Mirtazapina	15–45 mg	Wpływ sedatywny, przeciwłkowy, nasenny
	Moklobemid	150–600 mg	Selektywny inhibitor monoamido-oksydazy
	Tianeptyna	12,5–37,5 mg	Niejasny mechanizm działania
	Trazodon	200–600 mg	Słabe działanie cholinolityczne
	Wenlafaksyna	75–225 mg	Stosowana także w zaburzeniach lękowych

Streszczenie

Dystymia jest jednostką chorobową, którą trudno jest precyzyjnie określić i rozpoznać. Zalicza się ją do zaburzeń nastroju. Charakteryzuje się głównie umiarkowanym obniżeniem nastroju, uczuciem przewlekłego zmęczenia i anhedonią, niespełniającymi kryteriów rozpoznania incydentu depresyjnego. Choroba ta może dotyczyć około 3–5% populacji ogólnej. Nieleczona dystymia prowadzi do obniżenia jakości życia pacjenta i negatywnie wpływa na jego funkcjonowanie społeczne. W terapii znajdują zastosowanie metody psychoterapeutyczne i farmakologiczne.

słowa kluczowe: dystymia, diagnostyka, leczenie

PIŚMIENNICTWO

- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. 10 Rewizja. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków, Warszawa 2000.
- Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red.). Psychiatria. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2002.
- Stefansson J.G., Lindal E., Bjornsson J.K., Guomundsdottir A. Lifetime prevalence of specific mental disorders among people born in Iceland in 1931. Acta Psychiatr. Scand. 1991; 84: 142–149.
- Nobile M., Cataldo G.M., Marino C., Molteni M. Diagnosis and treatment of dysthymia in children and adolescents. CNS Drugs 2003; 17: 927–946.
- Waintraub L., Guelfi J. D. Nosological validity of dysthymia. Cz. I: Historical, epidemiological and clinical data. Cz. II: Familial, comorbidity, biological and psychological data. Eur. Psychiatry 1998; 13: 173–187.
- McCullough J.P., McCune K.J., Kaye A.L. i wsp. One year prospective replication study of an untreated sample of community dysthymia subject. J. Nerv. Ment. Dis. 1994; 182: 396–401.
- Bilikiewicz A. (red.). Psychiatria. PZWL, Warszawa 1998.
- Rebe-Jabłońska J., Rzewuska M. Dystymia. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 1999.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. 10 Rewizja. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Badawcze kryteria diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków, Warszawa 1998.
- Diagnostic criteria from DSM-IV-TR™. American Psychiatric Association. Washington D.C. 2000.
- Markowitz J.C., Moran M.E., Kocsis J.H., Frances A.J. Prevalence and comorbidity of dysthymic disorder among psychiatric outpatients. J. Affect. Dis. 1992; 24: 63–71.
- Pużyński S. Leki psychotropowe w terapii zaburzeń psychicznych (kompilacja). Ośrodek Informacji Naukowej „Polfa”, Warszawa 2002.
- Ravizza L. Amisulpride in medium-term treatment of dysthymia: a six-month, double-blind safety study versus amitriptyline. AMI-LONG investigators. J. Psychopharmacol. 1999; 13 (3): 248–254.