



Дистимия

Федин
Илья Александрович,
2017 год

- **Дистимией** называют случаи **хронической** подавленности и выраженных колебаний в самочувствии. Характерны **постоянный пессимизм, неверие в свои силы, замкнутость, отказ от борьбы с обстоятельствами, слезливость**. В большинстве случаев такие особенности поведения характерны на протяжении всей жизни, а не являются вновь приобретенной чертой. Поэтому в российской традиции такое расстройство чаще **относят к психопатиям**, а не к текущим заболеваниям (Ю.Г. Тюльпин).



- Дистимия — длительная депрессия (длительностью не менее 2 лет) непсихотического уровня с минимальной выраженностью аффективного расстройства.

(РУКОВОДСТВО ПО ПСИХИАТРИИ в 2 томах под редакцией академика РАМН А.С.Тиганова)

- Дистимия представляет собой одну из форм хронической монополярной депрессии. Гипотимия при дистимии — перманентно присутствующее расстройство.

(Клиническая психиатрия. Избранные лекции: Учебное пособие / Под ред. Л.М. Барденштейна, Б.Н. Пивня, В.А. Молодецких.)





Распространённость

- Показатель популяционной частоты дистимического расстройства колеблется от 3,1 [Gold-berg D., Bridges A., 1987] до 6 % [Frances A., 1993] и составляет **в среднем 4,5—5 %** [Newman P. et al., 1989; Akiskal H.S., Burton S.W., 1990]. **Риск дистимии в течение жизни равен 3—6 %**

Депрессии

Циклотимически

Дистимические

Атипичные

Витальная
депрессия

соматизированная

Апатическая
депрессия

Характерологическая

по типу

"самоистязающей"
«
депрессии

Циклотимическая
депрессия
с картиной
психической анестезии

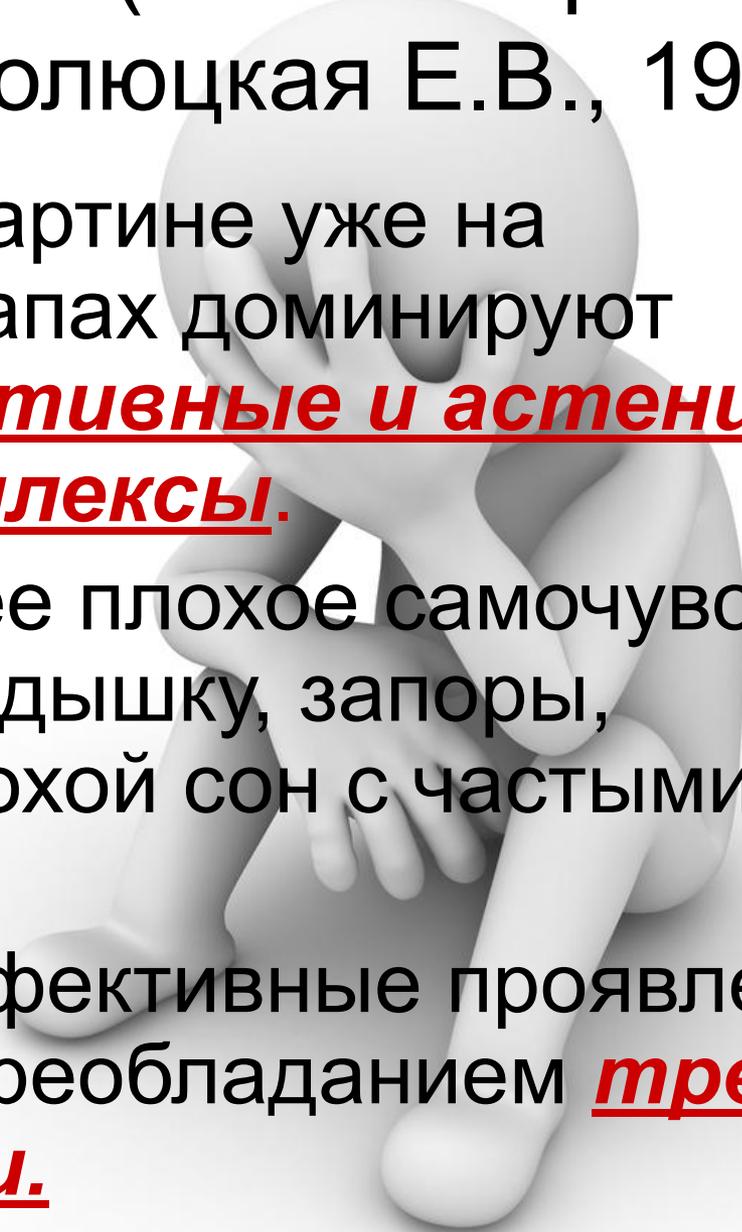
Экзальтированная

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

- Клиническую картину циклотимии и дистимии определяют проявления депрессий и гипоманий, которые включают собственно аффективные расстройства (гипо- и гипертимию) и нарушения в аутопсихической и соматопсихической сферах. Как при циклотимии, так и при дистимии преобладают депрессии, интрапсихические и **телесные симптомы** которых характеризуются большим клиническим полиморфизмом и **субъективной тягостностью.**

Катестетическая (соматизированная) дистимия [Колюцкая Е.В., 1993].

- В клинической картине уже на инициальных этапах доминируют **соматовегетативные и астенические симптомокомплексы.**
- жалобы на общее плохое самочувствие, сердцебиение, одышку, запоры, слезливость, плохой сон с частыми пробуждениями.
- Собственно аффективные проявления развиваются с преобладанием **тревоги и подавленности.**



Катестетическая (соматизированная) дистимия [Колюцкая Е.В., 1993].

- **Аффективные симптомокомплексы** (угнетенное настроение, пониженная самооценка, пессимизм и др.) **тесно связаны с соматоформными расстройствами**, интегрированными в структуру депрессивного синдрома, и **субъективно оцениваются как следствие постоянного физического недомогания**. В ряде случаев "перекрывание" аффективных и соматоформных расстройств приводит к формированию общих симптомов. При этом **подавленность, тоскливость приобретают физикальный оттенок** (**жжение в области гортани или кишечника, "ледящий холод" под ложечкой, "щемящий овал" в эпигастрии**).

Pessimism

- **На первых этапах интенсивность дистимического аффекта, а также тревожные опасения** за свое здоровье, сопряженные с внутренним напряжением, бессилием, массивными вегетативными расстройствами (тахикардия, дисгидроз, головокружения, тремор, потливость, абдоминальный дискомфорт), **колеблются в связи с меняющимися условиями жизни, возникновением либо разрешением конфликтов.** **В дальнейшем** (по мере хронификации состояния) **снижается острота тревожных и аффективных расстройств**, внешние события все меньше сказываются на динамике клинических проявлений.

При этом определяется два основных направления развития болезненных проявлений.

- на первый план выступают признаки **астении**: тревога и беспокойство замещаются снижением активности с чувством физического бессилия, напряженность — вялостью).
- Усиливается склонность к самоощажению, экономии сил, избеганию обязанностей, выходящих за пределы необходимого минимума
- доминирующими становятся явления **невротической ипохондрии**. Расширяется круг аномальных телесных ощущений (**сенестезии, дизэстетические кризы**). Персистирующие телесные сенсации поддерживают готовность к обостренному самонаблюдению и сопровождаются усилением фобий ипохондрического содержания (кардио-, канцеро-, нозофобии)



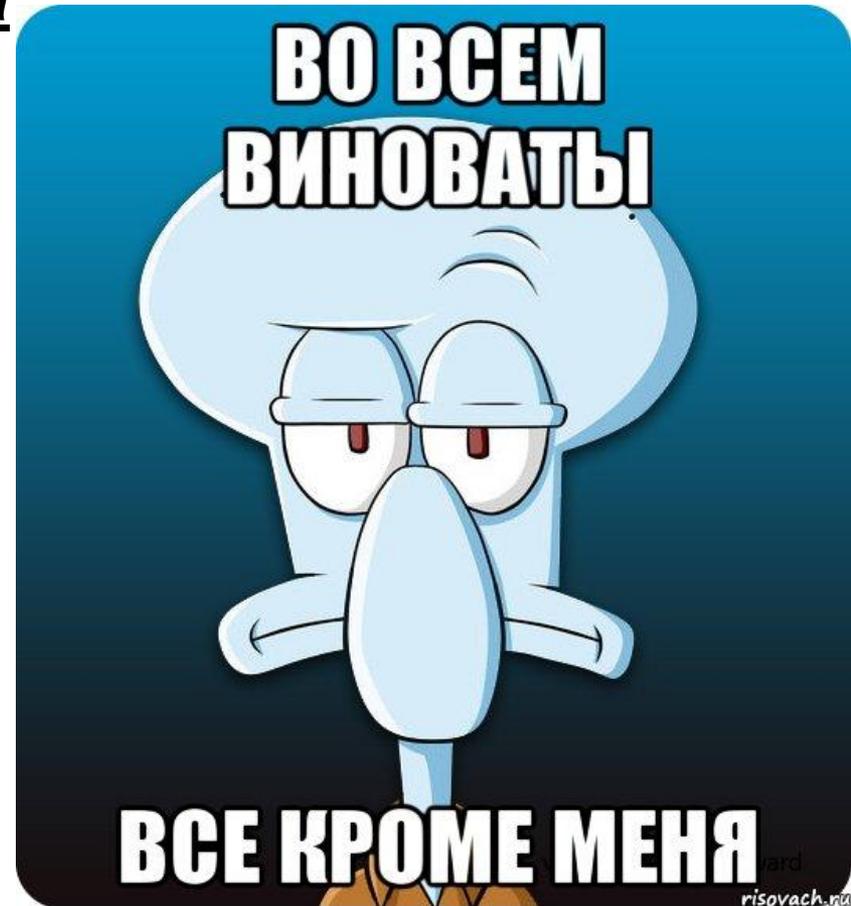
Характерологическая дистимия [Akiskal H.S., 1983]

- психопатические проявления драматического кластера (в его пределах классифицируются личностные девиации гистрионного, нарциссического, "пограничного" типов — демонстративность, манипулятивное поведение, вспышки эксплозивности).



Характерологическая дистимия [Akiskal H.S., 1983]

Вся ответственность за
неблагоприятные
жизненные события,
предшествовавшие
возникновению депрессии и
первоначально
составляющие содержание
психогенного комплекса,
возлагается на
окружающих



Характерологическая дистимия [Akiskal H.S., 1983]

- В структуре дистимического аффекта преобладают **явления дисфории**: "угрюмое брюзжание", сварливость с недовольством и придирчивостью.



Характерологическая дистимия [Akiskal H.S., 1983]

Депрессивные
симптомокомплексы
становятся
"привычными" и
субъективно
воспринимаются как
приобретенные
черты характера,
которые, по существу
формируют основную
составляющую
дистимического
расстройства
[Hirschfeld R., 1990].



Характерологическая дистимия [Akiskal H.S., 1983]

Наблюдается и постепенное изменение содержательного комплекса депрессии,

распространяющегося теперь на более широкие области (пессимистическая трактовка индифферентных жизненных событий, недовольство сложившейся судьбой, негативное отношение к окружающему).

Характерологическая дистимия

[Akiskal H.S., 1983]

Формируется особое — мрачно-дисфорическое мировоззрение. В отличие от депрессивных идей несостоятельности, самоуничужения

содержанием

идеаторных расстройств

становится

"комплекс неудачника",

образование которого

приписывается

"сверхчувствительности",

неспособности противостоять

угнетающим обстоятельствам.

"Вектор вины" [Scheid W., 1954] смещается на окружение.



Okay

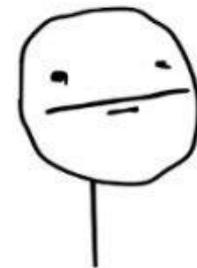
Я неудачник



Я ничего не умею



Никто не любит меня



Пойду поем

Дистимия по типу "самоистязающей депрессии" [Leonhard K., 1957]

- характеризуется преобладанием полярных по отношению к патохарактерологическим расстройствам "драматического" кластера проявлений сенситивного типа с актуализацией латентных комплексов малоценности, несоответствия собственной личности требованиям общепринятой морали. Патологически измененный аффект приобретает форму кататимического, сфокусированного (в отличие от беспредметной витальной тоски) на ключевых для депрессивной личности представлениях и приобретает в наиболее выраженных случаях черты "паранойи совести". На первом плане идеи собственной порочности, несправедности всего пройденного жизненного пути, виновности даже в том, что еще не совершено.

Дистимия по типу "самоистязающей депрессии" [Leonhard K., 1957]

- В отличие от бредовых депрессий и шизоаффективных психозов истинный аффективный (голотимный) бред (самообвинения, переоценки биографии, неминуемого наказания) и фантастический бред (включая мистический, эсхатологический) **не формируются**: нарушения самосознания (поражение "Я сознающего" — по Н.Еу, 1954) **ограничиваются сознанием иллюзорности реально достигнутых успехов, обманчивости высокой репутации.**



Экзальтированная дистимия

- сопоставима с "улыбающейся депрессией"
K.Schneider
- Сознание душевного неблагополучия присутствует **постоянно**. Субъективно пациенты **ощущают, что в отличие от окружающих они глубоко несчастны**, им недоступны радости и удовольствия, не приносят удовлетворения высокие достижения в профессиональной деятельности, **будущее не сулит перспектив**



Экзальтированная дистимия

- Этот пессимистический комплекс чувств не выражается вовне!
- Будучи на людях, пациенты неизменно оживлены, не по возрасту восторженны, достаточно остроумны, временами суетливы, излишне говорливы, вовлечены во множество дел одновременно. Они обычно энергичны, эффективны в своих начинаниях, выдерживают большие нагрузки. При этом сохраняют серьезность, не склонны к шуткам, на праздниках и шумных вечеринках не способны разделить веселье, чувствуют, что "не в своей тарелке".

Единственная сфера активности, в которой они испытывают комфорт, — профессиональная деятельность; только работа отвлекает их от гнетущих размышлений. Когда нечем заняться, они чувствуют себя хуже — углубляются подавленность, мрачная настроенность.



- Экзальтированная дистимия обычно формируется по типу вторичной дистимии после одного или нескольких депрессивных приступов

Течение

- Дистимия, протекающая с преобладанием жалоб на общее недомогание, чрезмерную сонливость, вялость, усталость, часто встречается в общемедицинской практике. В поле зрения психиатра такие больные попадают обычно на этапе развернутых клинических проявлений.

Различают дистимию первичную и вторичную, а также дистимию с ранним и поздним началом.

- Первичная, или "чистая", дистимия **не связана с каким бы то ни было предшествующим психическим расстройством** и обычно начинается в относительно раннем возрасте (до 21 года).
- К числу "вторичных", формирующихся при воздействии психотравмирующих факторов, принадлежит выделенная Н. Weitbrecht (1952) эндореактивная дистимия, при которой наблюдается витализация картины депрессивной реакции.

Течение

- У 96 % больных дистимическое расстройство продолжается не менее 3 лет, у 73 % — 5 лет и более; почти у 50 % пациентов длительность заболевания превышает 10 лет.
- Длительное течение дистимии может сопровождаться снижением адаптации и качества жизни. По данным S.Levin (1986), такие больные 10 % своей жизни проводят в стационаре.

Лечение

- Психофармакотерапия дистимии включает использование *традиционных трициклических антидепрессантов (ТЦА): имипрамина (мелипрамин), амитриптилин, кломипрамина (анафранил)*. В последнее время при терапии дистимических состояний всё чаще применяют *селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)*. Показана эффективность нового обратимого ингибитора МАО типа А (*ОИМАО-А*) — моклобемида (Аурорикса), обнаруживающего лечебный эффект, эквивалентный действию ТЦА. Кроме психофармакотерапии, большое значение уделяется психотерапии (в частности когнитивной терапии, показавшей наибольшую эффективность в лечении аффективных расстройств). Как добавление к индивидуальной психотерапии, полезна групповая терапия или группы поддержки, которые позволяют больному развить навыки межличностного общения и ассертивность, а также повысить уверенность в себе.

Список литературы

- (РУКОВОДСТВО ПО ПСИХИАТРИИ в 2 томах под редакцией академика РАМН А.С.Тиганова
- Клиническая психиатрия. Избранные лекции: Учебное пособие / Под ред. Л.М. Барденштейна, Б.Н. Пивня, В.А. Молодецких.)
- Психиатри и наркология (Иванец, Тюльпин, Чирко, Кинкулькина), 2006