

Ю. Н. Завалко

КУ «Днепропетровская областная психиатрическая больница»
(г. Днепропетровск)

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИСТИМИИ

В структуре психической патологии в последнее десятилетие отмечается стойкая тенденция к росту депрессивных расстройств [1, 5].

Эпидемиологические данные указывают на то, что численность больных депрессивными расстройствами в мире составляет приблизительно 100 млн человек. По данным ВОЗ, депрессивный эпизод хотя бы раз в жизни переносят 20—25 % женщин и 7—12 % мужчин. Ежегодная заболеваемость депрессиями составляет 8—10 %, а их распространенность находится в пределах от 9 до 20 % [38, 193]. Третья часть этих нуждается в лечении в условиях стационара, а у 65 %, как правило, возникают рецидивы [7].

В современных исследованиях подчеркивается тот факт, что большинство больных депрессиями остаются без своевременной квалифицированной медицинской помощи [6, 8, 9].

Медико-социальное значение проблемы депрессий определяется не только их распространенностью, но и высокой степенью временной и стойкой утраты трудоспособности, сопровождающей данную патологию [2, 3]. Важной составляющей медико-социального значения депрессий является суицидальный риск, обуславливающий высокий уровень летальности среди больных депрессиями [4, 7, 10, 11].

Будучи неоднородной, группа депрессий включает в себя огромный диапазон проявлений от кратковременных реакций в рамках расстройств адаптации до тяжелых меланхолических депрессий [2, 4].

В настоящее время установлено, что депрессивные расстройства являются полиморфной группой, что связано с различным генезом этих состояний (эндогенным, психогенным). При этом наибольшую клиническую проблему представляют состояния смешанные по генезу, имеющие в своих психопатологических характеристиках черты патологии различных регистров (эндогенного и экзогенного) [22, 25].

К таким состояниям относится, прежде всего, дистимия. Являясь, по определению, патологией аффективного регистра и характеризуясь хронической депрессивной симптоматикой, дистимия в то же время, по мнению ряда авторов, включает в себя депрессивный невроз, депрессивные расстройства личности и тревожные состояния. Такая психопатологическая неоднородность существенно затрудняет понимание клинической сущности данной патологии.

В связи с вышеизложенным целью нашего исследования явился клинико-психопатологический анализ дистимии.

В исследовании приняли участие 182 человека, у которых, согласно МКБ-10, была диагностирована дистимия (F 34.1).

Распределение больных дистимией по полу, возрасту и характеру труда представлено в таблице.

Как свидетельствуют данные таблицы, среди обследованных преобладали женщины (60,5 %). Доминирующая возрастная группа включала период от 30 до 39 лет (37,9 %). Основная часть обследованных занималась умственным трудом (79,1 %).

Распределение больных дистимией по полу, возрасту, характеру труда

Исследуемый показатель:	Количество больных	
	абсолютное число	(M ± m) %
Пол:		
— мужской	72	39,5 %
— женский	110	60,5 %
Возраст:		
— 20—29 лет	48	26,4 %
— 30—39 лет	69	37,9 %
— 40—49 лет	65	35,7 %
Характер труда:		
— умственный	144	79,1 %
— физический	38	20,9 %

Анализируя клинико-психологические проявления у больных дистимией, мы выявили их неоднородность, в связи с чем все обследованные были разделены нами на три группы:

I группа (42 чел., 23,1 %) включала больных с доминированием дисфорических проявлений (дисфорический вариант дистимии);

II группа (61 чел., 33,5 %) характеризовалась наличием ведущих соматовегетативных проявлений (соматовегетативный вариант дистимии);

III группа (79 чел., 43,4 %) включала больных, у которых в структуре клинической картины преобладали сенесто-ипохондрические проявления (сенесто-ипохондрический вариант дистимии).

В связи с вышеизложенным дальнейшее описание клинико-психопатологических особенностей дистимии проводилось нами в соответствии с выделенными вариантами дистимии.

При исследовании больных с дисфорическим вариантом дистимии следует отметить, что в генезе данной патологии значительная роль принадлежит акцентуациям характера (астено-невротический тип — 47,6 %; лабильный — 38,1 %; циклоидный — 14,3 %). Психогенные факторы регистрировались у 40,4 % обследованных данной группы и не являлись этиопатогенетическими.

Дисфорический вариант дистимии характеризовался затяжным дебютом (62,1 %) и выраженной длительностью заболевания (4—6 лет — у 29,1 % больных, свыше 6 лет — у 50,0 % больных).

Клиническая картина заболевания у больных с дисфорическим вариантом дистимии включала наличие соматовегетативных, двигательных, сенсорных и собственно психопатологических проявлений. Среди соматовегетативных расстройств наиболее частыми были вегетовисцеральные кризы (38,1 %), гипергидроз (35,7 %), нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта (35,7 %), сексуальные нарушения (33,3 %), расстройства сна (30,9 %).

Двигательные расстройства у больных этой группы встречались нечасто (38,1 %) и проявлялись преимущественно в виде двигательного беспокойства.

Сенсорные нарушения выявлены в виде нарушений чувствительности (гипестезия, гиперестезия) у 33,3 % больных и в виде психосенсорных нарушений — у 30,9 % обследованных.

Психопатологические проявления включали доминирование у всех больных депрессивной симптоматики (мрачно-раздражительное настроение) с переживаниями недовольства собой и окружающими (88,1 %), ощущениями безнадежности, скуки и уныния (80,9 %), выраженной раздражительностью (90,5 %), злобным аффектом (85,7 %) и эмоциональной лабильностью (85,7 %).

Вышеизложенное свидетельствует о том, что в основе данной формы дистимии лежит симптомокомплекс дисфорической депрессии.

При исследовании больных с соматовегетативным вариантом дистимии отмечено, что в генезе данной патологии преморбидные личностные акцентуации, выявленные у 19,7 % больных, не имеют существенного значения.

Более значительную роль в развитии данного варианта дистимии играют психогении и отягощенность органическими заболеваниями головного мозга. Психогенные факторы у больных с соматовегетативным вариантом дистимии были сочетанными, регистрировались у 91,8 % больных (наиболее часто в качестве психогенных регистрировались факторы напряженного характера трудовой деятельности и неудовлетворенность работой).

Преморбидная патология в данной группе больных дистимией у 68,8 % обследованных была представлена органической патологией головного мозга, которая проявлялась в виде перенесенных нейроинфекций (71,4 %) и последствий черепно-мозговых травм (28,5 %).

Изучение динамики формирования соматовегетативного варианта дистимии показало, что в данной группе наблюдается преимущественно затяжной дебют (50,8 %) при преобладании длительного течения заболевания (от 4 до 6 лет у 54,1 % больных).

Клиническая картина у больных с соматовегетативным вариантом дистимии включала сочетание соматовегетативных, двигательных, сенсорных и психопатологических нарушений.

Соматовегетативные проявления в структуре данной патологии были ведущими и определяли выраженность остальных проявлений, в частности депрессивных.

Среди соматовегетативных проявлений в данной группе больных преобладали расстройства желудочно-кишечного тракта (91,8 %), вегетовисцеральные кризы (88,5 %), сердечно-сосудистые нарушения (72,1 %), цефалгии (57,4 %).

У 42,6 % больных отмечались рудиментарные двигательные расстройства в виде гипомимии, заторможенности, мышечной адинамии. Двигательное беспокойство регистрировалось у 37,7 % больных проявлялось преимущественно во время вегетовисцеральных кризов.

Среди собственно психопатологических проявлений у больных этой группы преобладало сниженное настроение (100 %), сужение круга интересов (63,9 %), тревога (39,3 %) и ухудшение коммуникативных функций (63,9 %).

Эмоциональный компонент депрессии характеризовался наличием постоянного ощущения усталости (77,0 %), ангедонии (67,2 %) и неудовлетворенности собой (62,3 %).

Следовательно, соматовегетативный вариант дистимии характеризуется психогенным генезом, преобладанием соматовегетативных расстройств, которые существенно влияют на выраженность других клинических проявлений в структуре данной патологии (двигательных, чувствительных, депрессивных).

При изучении больных с сенесто-ипохондрическим вариантом дистимии установлено, что значительная роль в формировании этого варианта дистимии принадлежит преморбидной отягощенности. соматической патологией, которая регистрировалась у 91,1 % обследованных больных в виде острого бронхита (38,8 %), гастродуоденита (30,5 %), кардиопатий (23,6 %), нейроинфекций (12,7 %), черепно-мозговых травм (5,1 %), и других форм патологии.

Психогенные факторы регистрировались у 49,4 % больных. Наиболее часто встречались такие психогенные факторы как одиночество (43,0 %), семейные конфликты (44,3 %), ухудшение материально-бытового состояния (36,7 %), потеря (угроза потери) социального статуса (39,2 %), неудовлетворенность работой (40,5 %).

Преморбидные личностные акцентуации выявлены у 34,2 % обследованных этой группы (у 13,9 % — сенситивный тип; у 11,4 % — лабильный; у 8,4 % — астено-невротический).

Данный вариант дистимии характеризовался преимущественно затяжным дебютом заболевания (60,7 %) и длительным течением (от 4 до 6 лет у 65,9 % больных).

Клиническая картина заболевания у больных с сенесто-ипохондрическим вариантом дистимии так же, как и в остальных группах обследованных, включала наличие соматовегетативных, двигательных, сенсорных и собственно психопатологических проявлений.

Соматовегетативные проявления отмечались у 56,9 % обследованных, наиболее часто регистрировались вегетовисцеральные кризы (56,9 %), нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта (54,4 %), расстройства со стороны сердечно-сосудистой системы (49,4 %).

Данная группа обследованных характеризовалась распространенностью двигательных нарушений (72,2 %), которые проявлялись преимущественно в виде гипомимии (36,7 %), легкой заторможенности (54,4 %) и мышечной адинамии (30,4 %).

У большинства (89,9 %) больных с сенесто-ипохондрическим вариантом дистимии регистрировались сенсорные расстройства, проявляющиеся в виде нарушений чувствительности (67,1 %) и психосенсорных расстройств (74,6 %). У 69,6 % больных отмечались сенестопатии.

В структуре психопатологических проявлений у больных данной группы имели место депрессивные (100 %) и ипохондрические (100 %) расстройства, сопровождающиеся ухудшением коммуникативных функций (67,1 %). При этом необходимо подчеркнуть, что депрессивные расстройства у больных данной группы были нестойкими и проявлялись в зависимости от выраженности сенесто-ипохондрических проявлений.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о том, что дистимии являются неоднородной формой патологии. У исследованных больных в соответствии с ведущей клинико-психопатологической симптоматикой нами выделено три варианта: дисфорический, соматовегетативный и сенесто-ипохондрический.

Изучение динамики дистимии свидетельствует о том, что для всех вариантов дистимии характерным является медленное, постепенное начало и затяжной тип течения.

Среди причинных факторов развития дистимии основными являются конституциональные (преморбидные акцентуации), психогенные и преморбидная отягощенность соматической и неврологической патологией.

Роль этих факторов в генезе каждого из вариантов дистимии различна (при дисфорическом варианте ведущим является конституциональный, при соматовегетативном — психогенный, при сенесто-ипохондрическом — преморбидной отягощенности).

Клиническая картина дистимии характеризуется сочетанием соматовегетативных, двигательных, сенсорных и собственно психопатологических (преимущественно депрессивных) проявлений. Степень выраженности каждого вида расстройств различна при разных вариантах дистимии.

Вышеописанные особенности дистимии являются диагностическими критериями данной патологии.

Ю. М. Завалко

Клініко-психопатологічні особливості дистимії

*КУ «Дніпропетровська обласна психіатрична лікарня»
(м. Дніпропетровськ)*

Подані в статті дані свідчать про те, що дистимії є неоднорідною групою патології. В обстежених хворих відповідно до провідної клініко-психопатологічної симптоматики нами виділено три варіанти: дисфоричний, соматовегетативний і сенесто-іпохондричний.

Серед причинних чинників розвитку дистимії основними є конституціональні (преморбідна акцентуація), психогенні і преморбідна обтяженість соматичною і неврологічною патологією.

Клінічна картина дистимії характеризується поєднанням соматовегетативних, рухових, сенсорних і власне психопатологічних (переважно депресивних) проявів. Ступінь вираженості кожного виду розладів різний за різних варіантів дистимії.

Вищеописані особливості дистимії є діагностичними критеріями даної патології.

Список литературы

1. Дмитриева Т. Б., Положий Б. С. Этнокультуральные аспекты депрессивных расстройств // Архив психиатрии. — 2003. — № 1(32). — С. 11—14.
2. Лакосина Н. Д., Трунова М. М. Неврозы, невротические развития личности и психопатии: Клиника и лечение. — М.: Медицина, 1994. — 192 с.
3. Марута Н. А. и др. Концепция формирования невротических депрессий в современном социуме / Н. А. Марута, И. О. Явдак, Г. Ю. Каленская, С. М. Алехина // Архив психіатрії. — 2003. — № 1(32). — С. 17—19.
4. Марута Н. А., Мороз В. В. Невротические депрессии (клиника, патогенез, диагностика и лечение). — Харьков: Арсис, 2002. — 144 с.
5. Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади. — Львів: Вид-во Мс, 2004. — 208 с.
6. Напреенко А. К., Латчман Н. Диагностика и лечение терапевтических больных с депрессивными расстройствами в первичном звене общемедицинской сети // Український вісник психоневрології. — 2002. — Т. 10, вип. 4(33). — С. 57—58.
7. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей — М.: Мед. информ. агентство, 2001. — 256 с.
8. Табачников С. І., Літвінов В. Б., Влох І. Й. Сучасні підходи до застосування психофармакотерапії у психіатричній практиці // Архив психіатрії. — 2001. — № 3(36). — С. 5—8.
9. Greden J. F. The burden of recurrent depression: causes, consequences and future prospects // J. Clin. Psychiatry. — 2001. — № 22. — P. 5—9.
10. (McCullough J. P.) Мак-Каллоу Дж. Лечение хронической депрессии — СПб.: Речь, 2003. — 368 с.
11. Suze S. R., Robins E. Suicide and primary affective disorders // Br. J. Psychiatry. — 1999. — № 117. — P. 437—480.

Надійшла до редакції 20.08.2007 р.

Yu. N. Zavalko

Clinical-psychopathological peculiarities of dysthymia

*"Dnipropetrovsk Regional mental Hospital" CI
(Dnipropetrovsk)*

The data presented in the article indicate that dysthymias are a heterogeneous group of pathology. Among them we defined three variants according with a leading clinical-psychopathological symptoms: dysphoric, somato-vegetative and senesto-hypochondrical variants.

The main causal factors of development of dysthymia are constitutional ones (premorbid accentuation), psychogenic ones and a premorbid aggravation with somatic and neurological pathology.

A clinical picture of dysthymia is characterized with a combination of somato-vegetative, movement, sensory and strictly psychopathological (predominantly depressive) manifestations. Level of expression for each kind of the disorders is different variants of dysthymia.

The peculiarities of dysthymia described above are diagnostic criteria for this pathology.