

Л. М. Бардеништейн*

ХРОНИЧЕСКИЕ ДЕПРЕССИИ: ДИСТИМИЯ

Кафедра психиатрии и наркологии Московского государственного медико-стоматологического университета

*Бардеништейн Леонид Михайлович, д-р мед. наук, проф., зав. каф. E-mail: barden@mail.ru

Аффективная патология — наиболее часто диагностируемое расстройство психической деятельности. В широком спектре аффективных нарушений доминируют субдепрессивные и депрессивные расстройства различного генеза (эндогенные, психогенные, органические, соматогенные).

Исследования последних лет подтверждают сведения об увеличении числа больных депрессией, наличии тенденции к хроническому течению монополярных депрессий, а также об инвалидизирующем характере этих аффективных расстройств.

Исследование, проведенное под эгидой ВОЗ в период с 1990 по 1996 г. и охватившее более 90 стран, выявило относительно неожиданную и, можно утверждать, шокирующую тенденцию: к 2020 г. психические заболевания станут одной из ведущих причин инвалидизации населения планеты. При этом униполярная (монополярная) депрессия будет занимать 2-е место после ишемической болезни сердца среди первых десяти заболеваний неинфекционного генеза, приводящих к инвалидизации или преждевременной смерти. В этом исследовании использовался международный стандартизированный показатель DALY (Disability Adjusted Life Years). Один из вариантов перевода с английского языка на русский — “годы жизни, адаптированные к инвалидизации”. Показатель DALY применялся в данном исследовании не только для оценки уровня смертности, но и для учета воздействия инвалидизирующих заболеваний. Он является средней величиной измерения потери лет здоровой жизни с учетом количества лет, утраченных в результате преждевременной смерти, а также с годами, прожитыми в состоянии инвалид-

Депрессия снижает уровень социального и профессионального функционирования; снижает самооценку человека; нарушает семейные отношения; снижает мотивацию, успешность и продуктивность профессиональной деятельности; способствует совершению суицидальных попыток; предрасполагает к употреблению психоактивных веществ.

В настоящее время накапливается все больше данных о том, что депрессия является серьезной меди-

К 2020 г. психические заболевания станут одной из ведущих причин инвалидизации населения планеты. При этом униполярная (монополярная) депрессия будет занимать 2-е место после ишемической болезни сердца среди первых десяти заболеваний неинфекционного генеза, приводящих к инвалидизации или преждевременной смерти.

цинской проблемой, не уступающей по своим инвалидизирующим последствиям таким заболеваниям, как сахарный диабет 2-го типа (СД 2-го типа) или гипертоническая болезнь. Исследования К. В. Wells и соавт. (1989) охватило 20 000 больных, страдавших различными хроническими соматическими заболеваниями. Выявлено, что наличие депрессивных симптомов существенно ухудшает соматическое и психосоциальное состояние этих больных.

Депрессивное расстройство нередко характеризуется тенденцией к затяжному, хроническому течению с периодами рецидивов и ремиссий.

Данные о распространенности депрессивных расстройств различаются в зависимости от того, к какому периоду времени они относятся. Показатели распространенности на протяжении шести месяцев, одного года весьма информативны, так как отражают

Депрессия снижает уровень социального и профессионального функционирования; снижает самооценку человека; нарушает семейные отношения; снижает мотивацию, успешность и продуктивность профессиональной деятельности; способствует совершению суицидальных попыток; предрасполагает к употреблению психоактивных веществ.

сведения о количестве людей, которым может потребоваться специализированная помощь в эти временные периоды. В США у каждого десятого жителя диагностируется минимум один эпизод большой депрессии в течение однолетнего периода. Исследование, проведенное в шести странах Европы, показало, что около 17% населения этих стран перенесут большое или малое депрессивное расстройство в течение шести месяцев.

Вышеизложенное диктует необходимость углубления знаний хронической депрессии не только для

врачей-психиатров, психотерапевтов, но и для врачей общей практики.

Выделяют следующие основные клинические формы хронической депрессии: дистимия; двойная депрессия; хронически текущий большой депрессивный эпизод (длительность более двух лет). Данное сообщение посвящено дистимии.

История и нозологическое положение дистимии

Последние два десятилетия характеризуются все более пристальным вниманием клиницистов к проблеме дистимии (МКБ-10; F-34.1), дистимического расстройства (DSM-IV-TR; 300.4), относящегося к устойчивым (хроническим) расстройствам настроения. Сравнительно неглубокий уровень собственно депрессивных расстройств в сочетании с отсутствием психотических симптомов и эпизодов гипомании и мании позволяют отнести дистимию к пограничным психическим расстройствам. Вместе с тем характерное хроническое, флюктуирующее течение низкоуровневых депрессивных расстройств, постепенно нарастающее снижение уровня социального функционирования (в учебной деятельности, на работе, в семье) в сочетании со сравнительно высокими показателями заболеваемости дистимией в общей популяции — 3,1%, выдвинули проблему изучения нозологического положения дистимии, ее клинической динамики, прогноза и терапии на одно из ведущих мест в отечественной и зарубежной психиатрии.

В данном сообщении будут рассмотрены история дистимии, ее нозологическое положение, место в современных классификациях психических расстройств, эпидемиологические данные, коморбидность дистимии. Клинические особенности и динамика дистимии, а также вопросы современного лечения больных, страдающих этим аффективным расстройством, будут представлены во 2-й части лекции.

Выделение клинического понятия “дистимия” в его современном понимании имеет свою историю. В первой половине XX века для объяснения и обозначения нерезко выраженных меланхолических состояний, имевших тенденцию к затяжному течению, Е. Kretschmer предложил концепцию депрессивной конституции. В соответствии с данной концепцией, непсихотические, субдепрессивные состояния с хроническим вариантом динамики рассматривались как своеобразное продолжение личностной аномалии, кон-

бенности, характеризовались определенным отходом от попыток биологической, конституционально-генетической детерминации патогенеза психических расстройств и переносом “центра тяжести” исследований в сторону изучения социально-психологических, социально-стрессовых механизмов возникновения и течения пограничных психических расстройств. В 1959 г. Н. Volkel предложил термин “невротическая депрессия” для обозначения сравнительно легких депрессивных нарушений, обнаруживавших тенденцию к длительному, затяжному течению, в основе возникновения которых лежат психологический конфликт, психогенно-травмирующие обстоятельства. Концепция Н. Volkel находилась, таким образом, в определенном противоречии с концепцией депрессивной конституции и на протяжении 1960—70-х годов обрела немало сторонников.

Среди отечественных исследователей наиболее последовательным сторонником концепции депрессивного невроза (невротической депрессии) является Н. Д. Лакошина. Она рассматривает депрессивный невроз как “психогенно обусловленную легкую форму депрессии с преобладанием грустного настроения, адинамии, нередко навязчивыми идеями и ипохондрически-сенестопатическими явлениями” (1995). При длительной существующей, субъективно-значимой и неразрешимой психотравмирующей ситуации депрессивный невроз, по мнению автора, может трансформироваться в невротическое развитие личности.

Такое понимание депрессивного невроза (невротической депрессии) вполне соответствовало разделу МКБ-9 (1977) “невротические расстройства”, рубрике “депрессивный невроз” (300.4).

Однако результаты целого ряда исследований, приведенных в течение последних 30 лет, позволяют прийти к заключению, что концепция и само понятие “невротической депрессии” Н. Volkel и современное понятие “дистимии”, “дистимического расстройства” не являются синонимами, несмотря на схожесть ряда симптомов.

Термин “дистимия”, традиционно соответствовавший понятию “невротической депрессии” или “депрессивного невроза” начала 1980-х годов, приобрел относительно новое содержание, когда диагностическая категория “дистимическое расстройство” была включена в 1980 г. в классификацию психических расстройств Американской психиатрической ассоциации (APA) DSM-III в раздел “Аффективные расстройства (подраздел “Другие специфические аффективные расстройства”, код 300.4). В дальнейшем “дистимическое расстройство” вошло в пересмотренный вариант DSM-III-R (Revised) (1987) в раздел “Расстройства настроения”, подраздел “Депрессивные расстройства”. В последующей классификации психических расстройств APA DSM-IV (1994 г.), а также

DSM-IV-TR (Text Revised) (2000) дистимическое расстройство (300.4) было вновь включено в раздел “Расстройства настроения”.

С учетом данных целого ряда клинических, эпидемиологических, генеалогических, психофармакологических исследований, проведенных в разных странах мира и обнаруживших определенную генетическую

С учетом данных целого ряда клинических, эпидемиологических, генеалогических, психофармакологических исследований, проведенных в разных странах мира и обнаруживших определенную генетическую близость дистимии с широким спектром аффективных расстройств, “дистимия” в качестве самостоятельной диагностической категории впервые была включена в классификацию психических и поведенческих расстройств Международной классификации болезней 10-го пересмотра (ICD-10, WHO, 1992; МКБ-10, 1993) в раздел F34 — “Устойчивые (хронические) расстройства настроения (аффективные расстройства)”.

кретнее — циклоидной психопатии по Е. Kretschmer. В подобном контексте эти аффективные расстройства рассматривали К. Schneider — “депрессивные психопатические личности”, П. Б. Ганнушкин — “конституционально-депрессивные психопаты”.

40—60-е годы прошлого столетия в психиатрии вообще и в области пограничной психиатрии, в осо-

близость дистимии с широким спектром аффективных расстройств, “дистимия” в качестве самостоятельной диагностической категории впервые была включена в классификацию психических и поведенческих расстройств Международной классификации болезней 10-го пересмотра (ICD-10, WHO, 1992; МКБ-10, 1993) в раздел F34 — “Устойчивые (хронические) расстройства настроения (аффективные расстройства)”.

Эпидемиологические данные

Ряд специальных эпидемиологических исследований распространенности дистимии, проведенных в нескольких психиатрических центрах в разных странах мира, позволили получить достаточно репрезентативные усредненные данные, соответствующие 3,1% от общей популяции.

Вместе с тем в некоторых работах приводятся более высокие показатели. Так, распространенность дистимии в Мюнхене составила 8,6% от общей популяции. В США распространенность дистимии соответствует 6% (DSM-IV-TR, 2000). Определенное превышение среднего значения распространенности дистимии — 3,1% — может отчасти объясняться включением в соответствующие исследования пожилых пациентов.

Касаясь вопроса гендерных различий в заболеваемости дистимией, можно констатировать, что результаты всех эпидемиологических исследований указывают, что дистимия чаще встречается у женщин. Величина коэффициента, отражающего соотношение распространенности дистимии среди женщин и мужчин в общей популяции, колеблется от 2 до 2,7 по данным международного исследования с участием центров в Германии, Новой Зеландии, Канаде и США. Следует отметить, что для максимальной объективизации это исследование проводилось с использованием идентичных методов постановки диагноза, одинаковых по половому и возрастному распределению выборок, идентичных статистических методов обработки результатов.

Коморбидность

К настоящему времени накопились данные о том, что нарушения серотонинергической нейротрансмиссии играют важную роль в возникновении как депрессивных, так и тревожных нарушений. Клиническим выражением этого является высокая степень коморбидности хронически протекающих депрессий (дистимии, двойной депрессии) и расстройств тревожного ряда: панического расстройства, генерализованного тревожного расстройства, социальных фобий, посттравматического стрессового расстройства (F40-F41-МКБ-10). Частота их сочетания достигает 75—80%.

Заслуживают внимания данные S. Pini и соавт., выявивших наличие генерализованного тревожного расстройства у 65,2% больных дистимией.

Эффективно купировать симптомы тревожных расстройств и депрессий позволяют новейшие антидепрессанты с двойным механизмом действия — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норэпинефрина (СИОЗСН) — дулоксетин, милнаципран, венлафаксин. Эти факты скорее указывают на патогенетическую роль дисбаланса во взаимоотношениях нейротрансмиттерных систем, чем на абсолютное значение уровней серотонина или норэпинефрина при развитии коморбидных тревожно-депрессивных расстройств. Вероятно, инициация каскада изменений в одной из этих нейротрансмиттерных систем может модулировать активность другой. Этим, в частности,

Коморбидность дистимии и тревожных расстройств усугубляет как степень тяжести клинических проявлений дистимии, так и уровень социальной дезадаптации больных. Наряду с этим подобная коморбидность сопряжена с повышением резистентности к проводимой терапии.

может объясняться тот факт, что тревожные расстройства обычно предшествуют манифестации депрессивных нарушений.

Коморбидность дистимии и тревожных расстройств усугубляет как степень тяжести клинических проявлений дистимии, так и уровень социальной дезадаптации больных. Наряду с этим подобная коморбидность сопряжена с повышением резистентности к проводимой терапии.

В стадии накопления конкретных клинических данных находится изучение коморбидности дистимии и алкогольной зависимости. Однако реальность подобной взаимосвязи уже не вызывает сомнений.

Касаясь коморбидности хронической депрессии (прежде всего дистимии) с соматическими заболеваниями, необходимо отметить высокий уровень заболеваемости депрессивных расстройств и СД 2-го типа. У людей, страдающих депрессивными расстройствами, риск развития СД 2-го типа выше на 65% по сравнению с теми, у кого не диагностированы эти аффективные нарушения. Прогноз хронической депрессии и СД 2-го типа (в аспекте резистентности к терапии, осложнений и смертности) в случае коморбидности двух заболеваний хуже, чем при их отдельном течении. Депрессия выявляется при ряде связанных со стрессом расстройств, которые приводят к активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, нарушению регуляции вегетативной нервной системы и высвобождению провоспалительных цитокинов, что, в конечном итоге, приводит к инсулинорезистентности.

Поступила 17.05.12