

TRÁPÍ VÁS DEPRESE V PERIMENOPAUZE...

MUDr. Vladimír Pidrman, Ph.D.



Příručka pro pacientky

MUDr. Vladimír Pidrman, Ph.D. (*1959)

Lékařskou fakultu Univerzity Karlovy absolvoval v roce 1984.

Po získání lékařského titulu byl zaměstnán v letech 1984–1991 na Psychiatrické klinice v Hradci Králové jako lékař.

V letech 1991–2000 pracoval jako odborný asistent na Psychiatrické klinice LF UK v Hradci Králové.

Od ledna roku 2001 působí jako odborný asistent na psychiatrické klinice Univerzity Palackého v Olomouci.

TRÁPÍ VÁS DEPRESE V PERIMENOPAUZE...

MUDr. Vladimír Pidrman, Ph.D.



Příručka pro pacientky

Obsah

ÚVOD	3
DEFINICE A OTÁZKY	4
CO JE TO DEPRESE?	7
DEPRESE U ŽEN	9
TĚLESNÉ A DUŠEVNÍ ZMĚNY V PERIMENOPAUZE	11
LÉČBA V OBDOBÍ PERIMENOPAUZY	15
ZÁVĚREM	21

ÚVOD

»Ta paní mohla mít šedesát, pětadesát let... Odcházela v plavkách podél bazénu. Minula plavčíka, a když byla od něho vzdálena tři, pět kroků, otočila k němu ještě hlavu, usmála se a zamávala mu. Sevřelo se mi srdce. Ten úsměv, to gesto patřily dvacetileté ženě! Její ruka se vznesla s okouzující lehkostí. Bylo to, jako by vyhazovala do vzduchu barevný míč... Určitou část své bytosti žijeme všichni mimo čas.«

Milan Kundera: Nesmrtelnost

Perimenopauza je v životě ženy období, které má různé trvání, nejčastěji 4–8 let. Perimenopauza není sama o sobě nemocí, ale je obdobím, které je spojeno se zvýšeným rizikem vzniku některých tělesných a duševních obtíží i chorob. S tím samozřejmě souvisí požadavek věnovat zvýšenou pozornost ženám v tomto období. Cílem je minimalizovat výskyt zdravotních komplikací, které přímo nebo i zprostředkovaně souvisí s perimenopauzou a následnou menopauzou.

Řešení otázky duševního i tělesného komfortu a zdraví ženy by proto mělo být komplexním úkolem pro širší lékařskou veřejnost. Tedy nejen pro gynekology, ale i pro psychiatry a praktické lékaře. Nedílnou součástí musí být edukace, tedy informovanost žen, poučení a tudíž jejich vzdělání.

Cílem následujících řádek není rozbor celé problematiky perimenopauzy. Jsou věnovány především duševním změnám a zvláště možnému rozvoji depresivních příznaků v této době. Smyslem této publikace není vyvolávat obavy, ale informovat, a tím přispět ke zvládnutí duševních obtíží ženy v průběhu perimenopauzy, pokud se vyskytnou.

DEFINICE A OTÁZKY

»Chce-li člověk jíst každý den chleba a fazole, pak to přijde velmi drahο. Musíte si na ně vydělávat nepřetržitou prací. Naproti tomu, přivyknete-li kaviáru a šampaňskému, nestojí to nic...

Kaviár a šampaňské jsou věci, které vám zdarma nabízejí některé velice distingoované dámy, obdivuhodně navoněné a obklopené nejkrásnějším nábytkem na světě.«

Salvador Dalí: Deník génia

Perimenopauza (klimaktérium, přechod)

Perimenopauza se ve starší literatuře nazývá klimaktérium, českým termínem přechod. Jedná se o období mezi objevením se prvních nepravidelností menstruačního krvácení a jeho úplným vymizením. Toto období může být různě dlouhé, obvykle trvá 4–8 let. V našich podmínkách k tomu dochází většinou ve věku přibližně mezi 40 a 50 lety. Záleží samozřejmě na více faktorech. Jedním z nich je obraz perimenopauzy u matky pacientky. Může nám částečně napovědět, jak dlouho bude trvat toto období u pacientky a jaké bude mít příznaky.

Menopauza

Menopauza následuje po perimenopauze. Jde o období, kdy již nedochází k menstruačnímu krvácení (období tzv. amenorei), Toto období obvykle nastává ve věku mezi 45 a 55 lety. Jde o stav, kdy je již nastavena nová úroveň hormonálních hladin.

Pohlavní hormony

Existuje více ženských pohlavních hormonů. Ty mají vliv na celou řadu funkcí včetně pravidelného menstruačního cyklu. V této práci hovoříme převážně o estrogenech, a to proto, že jsou v dané problematice nejvýznamnější. Především jejich pokles je nejčastější příčinou probíraných obtíží. Jsou tři typy estrogenů, a sice: estradiol, ten je nejsilnější a nejvýznamnější, dále pak estron a estriol.

Jiným ženským pohlavním hormonem je například progesteron.

Proč dochází k perimenopauze?

V tomto období dochází ke změnám množství řady hormonů v těle. Nejdůležitější se dnes jeví pokles jedné skupiny ženských pohlavních hormonů, a to estrogenů. Jako reakce na tento proces pak dochází k vzestupu některých jiných hormonů. Tyto změny, na které nebyla žena připravena, pak mohou v některých případech vést až k rozvoji řady obtíží tělesných a duševních. V této publikaci se více věnujeme možnému rozvoji deprese v perimenopauze, která je v tomto období velmi častá.

Je perimenopauza nemocí?

Sama perimenopauza není nemocí. Jde o přirozené období v životě ženy, kdy zákonitě vyhasíná její schopnost otěhotnět. U každé ženy proto nemusí dojít k obtížím, které jsou zde popisovány. Jsou ženy, které tímto obdobím projdou prakticky bez problémů. U ostatních žen dominují tělesné obtíže, jindy se objevují změny nálad včetně příznaků depresivních.

Deprese

Deprese je nemoc, která je charakterizována zvláště:

- skleslou a smutnou náladou
- snížením aktivity a ztrátou životní energie
- zhoršením či úplnou ztrátou schopnosti radovat se
- zvýšenou a neobvyklou unavitelností
- zhoršením soustředění a schopnosti koncentrace
- sníženým sebevědomím sebedůvěrou
- pocity viny a bezcennosti
- černým vnímáním přítomnosti i budoucnosti
- neschopností plánovat věcně či optimisticky budoucnost
- poruchami spánku
- některými tělesnými příznaky (např. bolest, zácpa, svírání na hrudi)
- změnami chuti k jídlu
- myšlenkami na smrt či dokonce na sebevraždu.

Abychom mohli mluvit o depresi v lékařském slova smyslu, měl by tento stav trvat nejméně dva týdny.

Lze depresi v perimenopauze léčit?

Ano, depresi lze léčit. Léčba deprese v perimenopauze se odlišuje tím, že kromě volby správného antidepresiva je někdy nutné podávat i léčbu hormonální. Ta může vést jak ke zlepšení deprese, tak také k úpravě některých tělesných obtíží. Na druhé straně hormonální léčba na rozdíl od antidepresiv má i některá rizika. Vše bude probráno v následujících kapitolách.

CO JE TO DEPRESE?

»Bud' proklet tento stav,« pravila si sedíc nejmenší částí těla na okně a kývajíc nohama, co smutná a chabá její sukně splývala podél zdi, »bud' proklet tento stav, v němž se mi nedostává všeho mimo potupu a ukřivďování. Mohla jsem volit z pěkné smečky chlapů a hle, co jsem si vyvolila. Chlupatce, jehož kníry trčí jako plátenický loket, když jej pes nese v hubě. Ňumu, který miluje rozpálená kamna, nunváře, který shání cizí peroutku, třebaže je doma plno peří!«

Vladislav Vančura: Rozmarné léto

Deprese je onemocnění, které ohrožuje z hlediska celoživotního výskytu 15–20 % populace v civilizovaných zemích, kde jsou tyto údaje sledovány. Deprese probíhá většinou ve fázích. Jedna fáze může trvat šest i devět měsíců. Další fáze se může, ale nemusí objevit. Pokud se nová fáze vyskytne, pak tomu může být po několika měsících, ale i letech. Celosvětový trend ukazuje za posledních přibližně 50 let přesun vzniku depresivních příznaků do nižších věkových skupin, než tomu bylo dříve. Bylo rovněž zjištěno, že ženy trpí depresí nejméně dvakrát častěji než muži. Tento poměr je udržován i transkulturálně. Je obdobný v Severní Americe a např. i v Asii. Vyšší výskyt depresí u žen se týká především fertilního období (období plodnosti), končí perimenopauzou, tedy dobou, kdy žena ztrácí biologickou schopnost oplození.

Je správné zdůraznit, že deprese je nemoc. Není to jen nechuť, únava, rozlada, vztek. Je to nemoc, kterou je potřeba léčit. Neléčená deprese trvá velmi dlouho (šest, ale i devět a více měsíců), někdy se může stát, že neodezní nikdy. Naopak při léčbě deprese je naděje na úplné vyléčení velmi vysoká. Je to nemoc, kdy člověk pod vlivem chorobných myšlenek, za které nemůže, vnímá sebe sama, ale i okolí nesprávně, změněně. To pak vede k subjektivním chybným úsudkům a závěrům, které mohou vést k celé řadě dalších komplikací. Objevují se poruchy spánku, ztráta zájmů, ztráta životní energie, strach o sebe i své známé a přátele, odmítání jídla nebo naopak přejídání, neoprávněné výčitky vůči sobě i blízkým, podezřavost. Jedním z nejzávažnějších projevů a důsledků deprese jsou sebevražedné úvahy nebo pokusy. Na základě nesprávných chorobných úsudků vyplývajících z nemoci pak může člověk spáchat i dokonanou sebevraždu.

Pokles výkonnosti vede k selhávání v zaměstnání, což z počátku může mít za následek zvýšení nasazení k udržení výkonu. To však není bez hranic, vesměs brzy dochází k vyčerpání a výraznému poklesu přesčasnosti. Tím začíná být ohroženo i jeho pracovní zařazení. Pracovní nejistota vede okamžitě i k ohrožení sociálního, a to i v té situaci, kdy blízcí nemocného člověka si tuto

možnost ještě nepřipouští. Nemocný sám svou nedostatečnost velmi intenzivně vnímá, pocit pracovní a sociální neschopnosti se stále zvyšuje. Je zcela pochopitelné, že se depresivní symptomatika projeví i v osobním životě, ať již jde o péči o domácnost, o děti, o sebe, tak i ztrátu zájmů a koníčků, včetně ztráty zájmů o intimní život.

Vše, co jsme zde uvedli, je léčitelné, a tedy zvladatelné. Záleží hlavně na včasné návštěvě lékaře. Pokud bude deprese podceněna a neléčena, musíme počítat se závažnými důsledky:

- zdravotními
- sociálními
- pracovními
- osobními

S pochopením deprese v celé její šířce souvisí její včasné poznání (diagnostika) a správná léčba. A to není věc zdaleka jednoduchá. Obecná snaha zlehčovat prožitek deprese vyplývá z řady tradičních a laických představ, kde často dochází k záměně příčin a následků. Laické pojetí zahrnuje spíše obraz slabosti, únavy, vyčerpání, nedostatky sociální a rodinné. Pokud připouští termín nemoc v souvislosti s depresí, tak hlavně ve smyslu neléčitelnosti. To vše vede k podcenění utrpení pacientů.

Nejčastější chyby v laickém vnímání deprese

Duševní únava a slabost
Důsledek špatných osobních rodinných vztahů
Chyba v člověku, kterou může sám zvrátit
Neléčitelná a záhadná nemoc
Výsledek špatného chování, něco jako trest

DEPRESE U ŽEN

Já jsem paní přednostovou měl rád, ráda si chodívala navečer sednout do kanceláře, háčkovala velikou dečku na stůl, takové ticho šlo z toho jejího háčkování, pořád se objevovaly pod jejími prsty další květiny a další ptáčci, měla před sebou na telegrafním stole takovou knížku, do které se nakláněla pro další pokyny, jak nabírat ty nitě, jako by hrála na citeru a četla si v notách. Ale každý pátek popravovala králíky, to vzala z králíkárný králíčka...

Bohumil Hrabal, Ostře sledované vlaky

Menopauza je stav, kdy je již víceméně nastavena nová a trvalá úroveň hormonálních vztahů. Na druhé straně perimenopauza, která jí předchází, je více či méně bouřlivý proces změn v hladinách ženských pohlavních hormonů. To samozřejmě představuje výraznou zátěž pro organismus ženy včetně zásahu do centrálního nervového systému, a tudíž i psychiky ženy.

Z hlediska možného vzniku deprese je perimenopauza rizikovějším obdobím než následující menopauza. Je to poslední období v životě ženy, kdy je ohrožena vyšším výskytem deprese než je tomu u mužů. Dokonce se v perimenopauze mohou objevit příznaky deprese vůbec poprvé v životě.

Rizika rozvoje deprese u žen

Existují zřetelné zátěžové momenty, které ovlivňují změny nálady u ženy. Jde nejen o tradiční sociální a společenské vlivy (například předpokládaná péče o potomstvo), současné ekonomické vlivy, které souvisí s novým (a snad rovnoprávnějším) postavením ženy ve společnosti, ale i vlivy biologické. Máme na mysli jak otázku pravidelných hormonálních výkyvů, tedy pravidelného ovulačního cyklu, který se m.j. projevuje menstruačním krvácením, tak i další zátěž z pohledu biologického, a to těhotenství, porod a kojení.

Obecná rizika rozvoje depresivní poruchy

pohlaví	nejméně 2x častější u žen než u mužů
věk	maximum mezi 20 a 40 lety
rodinná anamnéza	1,5 až 3krát vyšší při výskytu deprese u příbuzných
rodinný stav	- ženatí muži mají nižší výskyt než svobodní - vdané ženy mají vyšší výskyt než svobodné
období poporodní	zvýšené riziko do 6 měsíců po porodu
perimenopauza	zvýšené riziko opakování i nových fází

To se odráží i obecných rizicích rozvoje deprese, které jsou uvedeny v následujícím přehledu.

Podívejme se nyní podrobněji na faktory, které zvyšují riziko vzniku deprese u ženy. Zjistíme, že zde hrají roli i takové faktory, jako je jako je harmonická a smysluplná náplň života. To je vidět např. na požadavku rovnocenného partnera ve smyslu blízké osoby. Tento nemusí být nezbytně sexuálním partnerem, požadavkem je především naplnění potřeby rovnocenné komunikace se ženou. S tím souvisí i potřeba dostatku aktivit ženy, které nejsou v přímé souvislosti s rolí ženy jako vychovatelky a pečovatelky o rodinu v tradičním smyslu slova. Proto jsou významné aktivity a záliby i v prostředí mimo vlastní rodinu. Naopak velkým rizikem je nadužívání či zneužívání léků a alkoholu.

Rizika rozvoje deprese u žen

- Nepřítomnost rovnocenného partnera
- Výchova malých dětí ve společné domácnosti
- Nestabilní manželství
- Nedostatek oddechových aktivit a zálib
- Pocity bezmocnosti, stavy úzkosti
- Nadužívání a zneužívání alkoholu a léků

TĚLESNÉ A DUŠEVNÍ ZMĚNY V PERIMENOPAUZE

Nevypadala šťastně, ale nevypadala ani nešťastně. Nevypadala vůbec nijak. Ale já si myslím, že žádný člověk není nijaký. Uvnitř určitě něco je, i když je proto, aby se nepropadla kůže... Při jedné příležitosti jsem se zeptal:

»Kdy pojedete na Floridu?«

»Příští týden, řekla unaveně.

Pak se v tom bolavém vakuu něco pohnulo. Poslyšte, jak víte, že tam chci jet?«

»Asi vám dovedu číst myšlenky.«

Podívala se na mé vousy.

»Vy jste od komediantů?«

John Steinbeck: Toulky s Charleyem

V perimenopauze se objevují tři typické skupiny příznaků (symptomů). Bude-li se vyjadřovat více odborně, jde o následující příznaky:

- vegetativní (především cévní a kožní) příznaky
- tělesné příznaky
- změny duševní a změny v chování

Podívejme se nyní na jednotlivé skupiny podrobněji:

- **vegetativní symptomy** představují
 - návaly horka, rudnutí, pocení
 - tyto příznaky se objevují obzvláště v noci, což vede například i k narušení spánku
- **tělesné příznaky**
 - týkající se především změn tělesných orgánů, změn svaloviny
 - zahrnují atrofické změny kůže, prsou, močových a pohlavních orgánů a osteoporózu (odvápění kostí)
- **změny v psychice a chování**
 - náhlé a nečekané změny nálady, zvýšení množství dysforických a depresivních stavů, nárůst tenze a vznětlivosti, zároveň ztráta životní energie, pokles zájmu o sex, nárůst intenzity řady dalších symptomů, jako je například bolest hlavy.

Jak je to s osobními (subjektivními) prožitky ženy?

I tyto lze rozdělit do tří skupin. To pak pomůže jak při výběru léčby, tak při následném hodnocení a sebehodnocení.

- Všeobecné stížnosti bez vyšší intenzity a bez jasné hierarchie, které ženu obtěžují, ale nevyřazují ji z jejího běžného života.
- Obtěžující jsou zvláště tělesné symptomy, poruchy nálady jsou až druhotné: žena si stěžuje především na návaly pocení a horka, ztrátu energie, bolesti, následují poruchy spánku, sexuální nezáměr.
- Třetí možností je, že nejvíce obtěžující jsou primárně poruchy nálady, tělesné problémy jsou až na druhém místě: žena udává vznětlivost, smutnou a nestabilní náladu, úzkost, poruchy koncentrace, poruchy paměti, teprve pak následují stížnosti na nedobry tělesný stav.

Je velmi dobré, pokud se ženě podaří charakterizovat své obtíže tak, aby se daly zařadit do jedné ze tří uvedených skupin. Pomůže to pak orientaci ženě samotné ve vlastních problémech, ale i jako vodítko léčby. Snáze se pak domluví se svým lékařem na úspěšších i nedostatečných léčbách.

Perimenopauza a rizikové faktory pro rozvoj deprese

Lze najít rizikové faktory, které upozorňují na možný rozvoj deprese v perimenopauze? Zdá se, že ano.

Z osobního života (osobní anamnézy) je to především výskyt jedné nebo více depresivních fází v minulosti. Další rizika představuje deprese v období poporodním nebo selhávání v péči o sebe a dítě v prvních týdnech po porodu. Vyšším rizikem je i výskyt intenzivních změn nálad ve dnech před menstruací, což se nazývá premenstruální dysforická porucha. Neuspokojivý tělesný stav ženy, a to včetně nadváhy je rovněž přitěžujícím faktorem. Pochopitelně jakékoliv stresové podněty přispívají k rozvoji depresivních symptomů v perimenopauze. V rodině ženy (rodinné anamnéze) je rizikem zvláště přítomnost depresí i ostatních duševních poruch v ženské linii.

Rizikové faktory pro rozvoj deprese období perimenopauzy

- Osobní historie: – deprese v minulosti
– obtíže v poporodním období
– v období před menstruací
- Rodina pacientky: v ženské linii výskyt deprese i dalších duševních poruch
- Špatný tělesný stav včetně nadváhy
- Stres, neuspokojivé podmínky sociální, pracovní, rodinné

Kdy myslet na depresi v perimenopauze

Popsali jsme si perimenopauzu, popsali jsme i příznaky deprese. Uvedli jsme také, že deprese v perimenopauze vyžaduje někdy rozdílný přístup a léčbu, než deprese mimo toto období. A ještě jednu ošidnost skrývá. Jde o to, že vlastní depresivní příznaky a prožitky mohou být překryty příznaky, které charakterizují samotnou perimenopauzu. Například silné tělesné obtíže spojené s nespavostí mohou natolik dominovat, že vlastní pocit bezmoci, beznaděje a deprese nebude bez cíleného vyšetření odhalen. Pro správné rozhodnutí o léčbě je proto nezbytné, abychom nepřehlédli, že depresivní symptomatika, kterou trpí pacientka, může být v přímé souvislosti s perimenopauzou. To platí obzvláště v tom případě, když jde o první objevení se deprese životě, tedy o první fázi.

Na co je třeba dát pozor a kdy navštívit lékaře

Je potřeba abyste si uvědomila rizikový věk, průběh a pravidelnost menstruačního cyklu. Nelze opomenout ani hodnocení vegetativních a tělesných příznaků. Důležitý je charakter spánku spolu s přítomností nočních návalů pocení a horka. Tyto jsou často přítomny i za dne. Jestliže navíc prožíváte pocity smutku, beznaděje, zbytečnosti, objevují-li se výčitky, neměla byste váhat a navštívit lékaře. V tento okamžik není bezprostředně podstatné, o jakou lékařskou odbornost půjde. Rozhodující je, abyste danému člověku důvěřovala. Vzdělaný lékař buď pomůže sám, nebo pozná, k jakému odborníkovi vás doporučit. Zopakujme, co jsme si nyní řekli.

Kdy neváhat a okamžitě navštívit lékaře?

Jestliže jde o:

- rizikový věk (nejčastěji 45–55 let)
- změněnou charakteristiku a průběh menstruačních cyklů
- přítomnost návalů a dalších změn
- změny spánku
- obtíže v období před a při menstruaci v minulosti
- obtížný průběh perimenopauzy u matky
- psychiatrické problémy ve vlastní minulosti

A navíc:

- pocity deprese, spolu se
- vznětlivostí
- plačtivostí
- úzkostí a tenzí
- labilní náladou
- ztrátou energie a motivace
- špatnou koncentrací
- narušením spánku
- myšlenkami na nežití (sebevražedné tendence)

I když jsme si objasnili, že perimenopauza sama o sobě není nemocí, pokud vás ale nové prožitky obtěžují tak, že selháváte v plnění běžných rolí a úkolů, pak už o nemoc jde a je zcela na místě léčba. Pokud se vyskytnou příznaky deprese, pak je včasná léčba zcela nezbytná, neboť rizika komplikací v jejím průběhu jsou v období perimenopauzy vysoká.

LÉČBA V OBDOBÍ PERIMENOPAUY

Za obrovského sročení davů byla odvečena na hranici na tržišti města Rouenu. Vysoko na pyramidě otepí se k ní vzepjaly plameny a vše zastřel valící se dým osudu. Pozvedla kříž zhotovený z dříví hranice a její poslední slovo bylo »Ježíši!« Historie nám zachovala komentář anglického vojáka, který byl svědkem této scény. »Jsme ztraceni. Upálili jsme světici.« A na jeho slova došlo.

Winston S. Churchill: Zrození Británie

Obecnými předpoklady úspěchu léčby perimenopauzálních obtíží a deprese je harmonizace vztahů, uplatňování zásad duševní hygieny, přiměřená fyzická aktivita, šetrná dietní opatření. To by mělo být první, co podnikneme.

U jakékoliv formy obtíží je také velmi vhodná psychoterapeutická pomoc.

Životní styl

Předkládáme zde některé z možností úpravy životosprávy, kterými bychom měli začít.

• režim dne

- nastavte si pravidelný režim
- stresy omezte rozumným plánováním
- myslte na odpočinek a pravidelný spánek

• pohyb

- pravidelný sport, který vás baví a je přiměřený vaší kondici
- naučte se relaxovat, uvolnit

• strava

- jezte lehce stravitelné pokrmy, ne příliš kořeněné
- stravujete se pravidelně
- omezte sůl a sladkosti
- dbejte na dostatečný příjem tekutin (2 litry na den)
- jezte dostatek zeleniny, ovoce a mléčných výrobků

• návyky

- omezte alkohol, kávu
- neordinujte si léky bez vědomí lékaře
- nekuřte

Dalším krokem je podání léků. Při léčbě perimenopauzálních obtíží připadá v úvahu úprava množství hormonů v těle. Toho dosáhneme tak, že je podáváme (substituujeme). Druhou možností, a to především (ale nejenom) v případě deprese je podání antidepresiv.

Samozřejmě při podávání léků je žena informována o smyslu a účelu, na druhé straně, pokud nemá lékařské vzdělání, nemůže plně posoudit všechna pro a proti. Uvádíme zde proto obecné vodítko. Vidíme nyní, jaký má význam výše uvedené rozdělení obtíží do jednotlivých skupin.

Obecně můžeme říci, že jestliže jsou obtíže povšechné, stížnosti jsou bez vyšší intenzity a bez zjevné hierarchie, ženu nějakým způsobem obtěžují, ale prakticky nevyřazují z běžného života, pak by měla být prvním krokem právě úprava životosprávy a životního stylu. V případě malého úspěchu bychom pak mohli uvažovat o podání antidepresiv.

Jestliže obtěžují zvláště tělesné příznaky, žena si stěžuje především na návaly pocení a horka, bolesti, poruchy spánku, pak by mělo být prvním krokem zahájení hormonální léčby. Pokud je špatně snášena, což se také může stát, je vhodná kombinace s antidepresivem, nebo je možné se pokusit hormony zcela zaměnit za antidepresivum.

Jsou-li nejvíce obtěžující poruchy nálady, rozvoj deprese, přitom tělesné problémy jsou až na druhém místě, žena udává především vznětlivost, smutnou a nestabilní náladu, úzkost, poruchy koncentrace, poruchy paměti, teprve pak následují stížnosti na nedobry tělesný stav, pak by tím prvním lékem mělo být antidepresivum. Teprve při nedostatečném zlepšení je vhodná kombinace s hormony.

Dosavadní poznatky potvrzují, že hormonální terapie je účinná v redukci tělesných obtíží. Do jisté míry sama o sobě může alespoň u některých žen zlepšit i depresivní symptomy. Zlepšení nálady po hormonech může být i druhotné: vede-li hormonální substituce k úpravě návalů, pocení, nočních vazomotorických příznaků, může korigovat z části příznaky předrážděnosti a vznětlivosti, může tím nepřímo zmírnit depresivní symptomy.

Na druhé straně je třeba si říci, že i když hormonální terapie je na místě a je podána, nemusí ji žena vždy snášet. Může se vyskytnout celá řada obtíží tělesných a paradoxně může dojít i ke zhoršení nálady. Netýká se to všech žen, ale jen určitého procenta pacientek. Které to ale budou, to nejsme schopni předem určit. Je dobré to však vědět, a pokud tomu tak je, pak je nezbytné se poradit s lékařem o nutnosti a vhodnosti hormonální terapie.

Antidepressiva

Pro léčbu deprese u perimenopauzálních žen neexistují nějaké odlišné skupiny antidepresiv, než které se běžně užívají. Zvláštností terapie je, že jde o speci-

fické období, jak jsme vysvětlovali výše a že relativně často jde o léčbu kombinovanou, a sice podání antidepresiva a hormonů.

V současné době je na trhu řada antidepresiv. Liší se mechanismem účinku, a také výskytem (množstvím i intenzitou) vedlejších příznaků. Při léčbě deprese v perimenopauze je obzvláště důležité, aby úroveň vedlejších příznaků byla minimální. Právě vedlejší účinky některých antidepresiv mohou vést ke zhoršení či provokaci celé řady tělesných obtíží spojených s perimenopauzou. Protože v této době jde o ženy již poněkud vyššího věku, jsou pak tato antidepresiva nevhodná i pro jejich vliv na srdeční a cévní aparát. Jedná se především o starší antidepresiva, jako je například amitriptylin.

Jaká antidepresiva jsou vhodná v perimenopauze

Taková, která jsou účinná a bezpečná. Taková, která mají minimální vedlejší účinky. Podle našich zkušeností i odborné literatury jde zvláště o antidepresiva typu SSRI.

SSRI – tato zkratka označuje antidepresiva, která pracují na principu blokády zpětného vychytávání serotoninu, látky tělu vlastní. Tím dochází ke zvýšení množství serotoninu v mozku, což je jeden z předpokladů účinné antidepresivní léčby. Uvádíme přehled výrobních názvů antidepresiv SSRI, v závorce je název originálního léku (léku mateřského výrobce), jak se jmenuje v lékárně:

- **citalopram (Seropram)**
- **fluoxetin (Deprex, Prozac)**
- **fluvoxamin (Fevarin)**
- **paroxetin (Seroxat)**
- **sertralin (Zoloft)**

Výhodou všech uvedených léků je kromě výše popsaných vlastností jednoduché dávkování. Vesměs stačí jedna tableta jednou denně. Jestliže vyhledáme odborné studie u depresí v perimenopauze, nejvíce jich bylo provedeno právě u antidepresiv SSRI.

Pokud se vyskytnou nějaké vedlejší účinky SSRI, pak ty nejčastější jsou pocit nechutenství, pocit na zvracení, bolest hlavy, přechodný neklid. Tyto příznaky trvají vesměs jen několik dní a netýkají se zdaleka všech žen. Pravdou také je, že jestliže se vyskytnou u jednoho z SSRI, neznamená to, že tomu tak bude i po případné záměně za jiné.

Pokud SSRI nepomáhají, nebo nejsou snášena, máme další alternativy. Jde rovněž o nová antidepresiva, která mají rovněž mizivé vedlejší účinky. Zkušenosti s nimi v této indikaci jsou však zatím menší. Tato antidepresiva uvedená níže netvoří jednotnou skupinu. Jde zvláště o tyto možnosti:

- **bupropion SR (Wellbutrin SR)**
- **milnacipran (Ixel)**
- **mirtazapin (Remeron)**
- **venlafaxin (Efectin ER)**

Pohlavní hormony

Podávání pohlavních hormonů se odborně nazývá substituční terapie. Jde o podávání těch pohlavních hormonů, jejichž množství je nejvíce změněno, a u nichž se předpokládá, že jsou příčinou tělesných i některých duševních obtíží žen v perimenopauze. Tyto hormony se podávají jak v perimenopauze, tak často i v období následujícím – v menopauze. Nejčastěji jde o podávání různého množství estrogenů.

Význam uvedené substituce ženských pohlavních hormonů je velmi široký. Mohou odstranit nebo omezit bezprostřední nepříjemné tělesné příznaky, jako jsou návaly, noční pocení, úzkostné stavy, tím mohou upravit i často narušený spánek. Mají celou řadu dalších prospěšných vlastností z hlediska dlouhodobého. Jejich dodání brání předčasnému odvápnění kostí (osteoporóze), představují i jistou ochranu proti rozvoji srdečních a cévních poruch, zpomalují některé známky stárnutí, mají dokonce i jistý význam v ochraně proti rozvoji demence (poruchy paměti, intelektu, výskyt zmatenosti ve stáří). U některých žen mohou odstranit právě v perimenopauze i drobné poruchy nálady včetně lehčích forem depresí.

Přínos podávání ženských pohlavních hormonů v perimenopauze

- Omezují výskyt návalů, pocení
- Omezují výskyt emočních rozlad (úzkosti, lehkých depresí)
- Omezují rozvoj známek tělesného stárnutí
- Snižují riziko rozvoje odvápnění kostí
- Snižují riziko vzniku rozvoje onemocnění srdečních a cévních
- Snižují riziko rozvoje některých nádorových onemocnění, jako jsou například nádory tlustého střeva
- Pomáhají zpomalovat projevy některých psychických poruch (poruchy paměti, intelektu)

Jako vše v medicíně i podání estrogenů má svou druhou stránku, určité nevýhody a rizika.

Jejich užívání může zvýšit riziko vzniku některých nádorových onemocnění prsu a dělohy, může vést k návratu menstruačního krvácení, někdy může vyprovokovat bolesti hlavy. Faktem také je, že u určitého množství žen podávání estrogenů není možné z toho důvodu, že naopak vedou k rozvoji depresivních příznaků, pocitům tělesné nepohody, pocitům nervozity, neklidu.

Možné problémy spojené s podáváním ženských pohlavních hormonů v perimenopauze

- Mohou přispívat spolu s nesprávnými dietními návyky k přírůstku na váze
- Mohou vést k přechodnému návratu menstruačního krvácení
- Mohou zvýšit riziko rozvoje některých nádorů dělohy a prsu
- Někdy (zvláště u kuřáček) mohou přispívat k ucpávání cév na končetinách i jinde (tromboflebitis)
- Mohou navodit nebo zvýšit výskyt bolestí hlavy, objevit se může nervozita, neklid, pocity napětí, někdy i známky deprese

O všech těchto věcech je potřeba vědět. Již jsme řekli: není třeba ženu strašit, ale informovat. Konečné rozhodnutí o volbě léčby v případě rozvoje deprese v perimenopauze je pak na diskusí, jejímiž účastníky by měli být: lékař prvního kontaktu, pokud se na něj pacientka obrátí, pak rozhodně psychiatr a gynekolog. Důležitá je hlavně sama pacientka. Pacientka by neměla být jen pasivním účastníkem rozhodování, ale aktivním partnerem, kterému je předestřen a vysvětlen léčebný plán. Koneckonců ona je tím cílovým orgánem léčby. Obtíže, které léčíme jsou jejími obtížemi, a nikoliv strastmi kohokoliv jiného. Jen žena sama spolu s lékařem, kterým důvěřuje, se může správně léčit.

Rozhodování o léčbě deprese v perimenopauze

- Pacientka
- Lékař, kterému žena důvěřuje
- Psychiatr; Gynekolog

Cílem tohoto týmu je zhodnotit, která z obtíží je hlavní. Na tu je třeba zaměřit pozornost. Je třeba ji léčit jako první, soustředit se na její léčbu. Bude-li úspěšní mohou i ostatní (druhotné, nebo méně vyjádřené) obtíže ustoupit. Pokud přetrvávají, pak budeme mít dost prostoru na jejich řešení.

Nastavení správné substituční terapie je věcí gynekologa. Jak jsme zdůraznili již dříve, pokud pacientka trpí ještě psychickými obtížemi, měl by být konzultován i psychiatr. V každém případě by měl být psychiatr konzultován,

jestliže se objeví známky deprese. K dispozici je celá řada přípravků obsahujících estrogeny, nebo kombinaci estrogeneru s progesteronem, což je další ze ženských pohlavních hormonů.

Za zmínku stojí léková forma substituční terapie, jinými slovy způsob podávání hormonů. Kromě klasického podání tablety ústy (perorální aplikace) lze použít náplast s obsahem hormonů (transdermální podání), gel s obsahem hormonů (perkutánní gely). Je rovněž možné hormony podat ve speciálních tělíscích do pochvy nebo pod kůži. Z těchto tělísek se potom uvolňují hormony dlouhodobě a postupně (vaginální nebo subkutánní implantáty). Poslední novinkou jsou nosní spreje. Výhodou gelů a sprejů je možnost samostatného a bezprostředního dávkování podle potřeb a pocitů ženy. Právě rozvoj gelových a sprejových forem podávání je důkazem toho, jaký je kladen důraz na aktuální tělesný a duševní stav pacientky.

V České republice přibližně 2/3 žen užívají perorální přípravky (tablety), v budoucnu lze očekávat další rozvoj parenterálních forem (spreje, gely, náplasti), jak je tomu v Evropě. Tam dávají přednost některé z těchto forem 3/4 žen.

ZÁVĚREM

Kdysi jsem byl na Mussoliniho stadiónu a vedle těch všech soch jsem si připadal přesně jako mravenec. Dnes odpoledne jsem maloval krasavici a do barvy mi spadla muška. Snažil jsem se z ní dostat barvu a potýkal jsem se s tím, dokud jsem jí nezabil na rtech té krasavice. Tak to máte s malou muškou, která byla možná také krasavicí, opuštěnou na něčích rtech. Takhle jsem si připadal na Mussoliniho stadiónu. Jako muška.

Andy Warhol: Od A k B a zase zpět

Perimenopauza (klimaktérium, přechod) je posledním životním obdobím ženy, kdy dochází k významnému nárůstu počtu depresí u žen v porovnání s muži.

Prvním krokem v léčbě obtíží v perimenopauze je úprava životosprávy.

Deprese v perimenopauze jsou relativně časté. Na straně druhé jsou do jisté míry výjimečné svým obrazem i poněkud odlišným přístupem k léčbě.

Moderní antidepressiva SSRI, jejichž představiteli jsou citalopram (Seropram), fluoxetin (Deprex, Prozac), fluvoxamin (Fevarin), paroxetin (Seroxat), sertralin (Zoloft) jsou antidepressivy, která by měla být podána jako první, neboť jsou s nimi největší zkušenosti v léčbě perimenopauzální deprese. Možnou vhodnou alternativu představují další moderní antidepressiva: bupropion SR (Wellbutrin SR), milnacipran (Ixel), mirtazapin (Remeron), venlafaxin (Efectin ER). Zkušenosti s nimi jsou zatím menší.

Změny v množství hormonů u žen v perimenopauze jsou významné, proto lze s úspěchem při léčbě deprese v perimenopauze u některých žen podat pohlavní hormony. V těžších případech deprese je kombinovaná léčba hormony a antidepressivem účinná, může urychlit nástup antidepressivního účinku či zlepšit antidepressivní efekt.

Na straně druhé, pokud léčba hormony přináší ženě nové obtíže a nikoliv úlevu, neměla by se obávat tento fakt konzultovat se svým lékařem. Smyslem léčby je úleva, nikoliv utrpení. Stejně tak, pokud není ideální první podané antidepressivum, je potřeba o tom mluvit a hledat další řešení.

Jestliže se žena v perimenopauze necítí dobře, měla by okamžitě navštívit lékaře. V prvním rozhodnutí nezáleží na odbornosti, ale na důvěře. Rozhodnutí o postupu léčby pak musí být výsledkem vzájemného rozhovoru, není možné, aby pacientka jen pasivně přijímala. Musí být přiměřeně poučena a musí mít vyjasněna svá očekávání a cíle léčby, nesmí jen pasivně očekávat, je třeba, aby aktivně spolupracovala.

Cíle a plány léčby musí být přitom reálné a uskutečnitelné, abychom předešli případnému zklamání.

Při vzniku obtíží je vhodné zaznamenávat je den po dni například do přiložené tabulky („Co může trápit ženy po čtyřicítce?“). Ta nám poslouží jako zrcadlo. To pomůže k hodnocení vývoje léčby jak ženě, tak lékaři.

Zamávala jsem jim a nastoupila do auta s Denisem vedle sebe tak, jako vždycy. Auto nás vezlo kolem novinářů, policistů, vysokými černými vraty Downing Street, pryč od červených desek se spisy parlamentních otázek, summitů a stranických konferencí, rozpočtů a komuniké, zasedacích místností a utajovaných telefonů, směrem k budoucnosti, ať už přinese cokoli.

Margaret Thatcher: Roky na Downing Street

Autor

MUDr. Vladimír Pidrman, Ph.D.

Univerzita Palackého v Olomouci, LF UP a FN, Psychiatrická klinika

Vladimír Pidrman

TRÁPÍ VÁS DEPRESE V PERIMENOPAUZE...

Publikace je určena pacientkám

Jako neprodejnou účelovou publikaci

pro LUNDBECK Česká republika s. r. o.

Vydal PhDr. Lubomír Houdek, Praha

a nakladatelství Galén, Na Bělidle 34, 150 00 Praha 5, www.galen.cz

Praha, 2001

Na obálce je použita fotografie z archívu H. LUNDBECK A/S

Výroba Glos, Špidlenova 436, 513 01 Semily

ISBN 80-86257-30-4