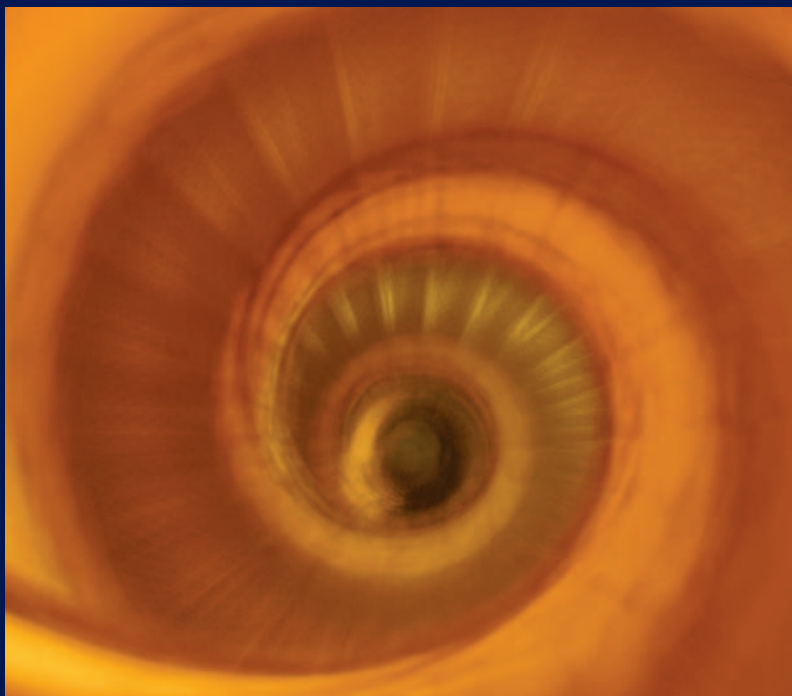


ŽENA

A PORUCHY NÁLADY

Vladimír Pidrman



GALÉN



ŽENA

A PORUCHY NÁLADY

Vladimír Pidrman





ŽENA

A PORUCHY NÁLADY

Vladimír Pidrman



GALÉN

Autor

doc. MUDr. Vladimír Pidrman, Ph.D.
Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta UP
a Fakultní nemocnice Olomouc, Psychiatrická klinika

ŽENA A PORUCHY NÁLADY

Vladimír Pidrman
První vydání

Vydalo nakladatelství Galén, Na Bělidle 34, 150 00 Praha 5
Editor PhDr. Lubomír Houdek
Šéfredaktorka PhDr. Soňa Dernerová
Redakční spolupráce Mgr. Alena Regalová
Dokumentace z archivu autorů a nakladatelství Galén
Titulní ilustrace www.photoCombo.cz
Sazba Kateřina Dvořáková, Galén
Grafický návrh DTP Galén
Tisk Glos, Špidlenova 436, 513 01 Semily
G261069

Názory obsažené v této publikaci nemusí vyjadřovat stanovisko vzdělávacího střediska MEDIFORUM nebo společnosti GlaxoSmithKline, s. r. o.

Připravilo vzdělávací středisko MEDIFORUM.

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této publikace nesmí být reprodukována, uchovávána ve vyhledávacím systému nebo převedena do jiné podoby bez předchozího souhlasu majitele autorských práv.

MEDIFORUM, kancelář GlaxoSmithKline, s. r. o., Na Pankráci 17/1685,
140 21 Praha 4, Tel.: 222 001 111, Fax: 261 220 253

Copyright © GlaxoSmithKline, 2006

<http://www.mediforum.cz>

ISBN 80-7262-462-8

OBSAH

I.	EMOCE	7
	Co jsou emoce.....	7
	Co je nálada.....	8
	Co je deprese.....	8
	Co je úzkost.....	8
	Co je mánie.....	9
	Depresivní nálada.....	9
	Obraz deprese jako nemoci	10
	Porucha nálady u deprese.....	11
	Tělesné příznaky.....	12
II.	PRŮBĚH	13
III.	PŘÍBĚHY	14
IV.	RIZIKOVÉ FAKTORY PRO ROZVOJ DEPRESE	18
V.	DEPRESE ŽEN VE SPECIFICKÝCH OBDOBÍCH	20
	Deprese v průběhu menstruačního cyklu.....	20
	Deprese v těhotenství a době kolem porodu.....	21
	Deprese v období přechodu a menopauzy.....	23

VI. LÉČBA	25
Psychoterapie a farmakoterapie	26
Stručný přehled nejčastěji podávaných léků	27
Antidepresiva	27
Stabilizátory nálady	29
VII. POUČENÍ	30



I. EMOCE

Co jsou emoce

Emoce vyjadřují subjektivní (vlastní, osobní) vztah jedince k sobě samému i k jeho okolí. Doprovázejí všechny duševní stavy člověka, téměř vždy mají i své tělesné projevy.

Emoce mají význam v hodnocení situace. Jsou obrazem i důsledkem toho, zda je nám něco příjemné/nepříjemné, zda máme k něčemu kladný/záporný postoj, zda pociťujeme uspokojení, či nikoliv.

Jaké mají emoce znaky?

- Jsou především **subjektivní** (odrážejí náš vlastní vztah k jevům, k situaci, k okolí).
- Jsou **polární** (vyskytují se v protikladných dvojicích: rád/nerad, příjemné/nepříjemné).
- Jsou **aktuální** (vyjadřují vztah k současnému dění).
- Jsou **dynamické** (v čase se mění).

Jaké jsou tělesné projevy emocí?

- **Mimika** (výraz tváře, z níž lze vyčíst kupříkladu radost, smutek, odpor).
- **Pantomimika** (posunky, gesta, ale i celkové držení těla).
- **Hlas** (emoce mění jeho sílu, zabarvení, tón).



- **Vegetativní změny** – (je jich celá řada: například změny krevního tlaku, rychlosti pulsu, dechu, pocení, zarudnutí kůže, blednutí, třes prstů).

Co je nálada

Nálada je dlouhodobější emoční reaktivita, dlouhodobější sklon reagovat podobnými emocemi, emocemi určitého druhu. Jestliže je člověk šťastný a spokojený, pak v tomto období reaguje na většinu okolností kolem sebe pod vlivem tohoto rozpoložení, této nálady. Má pocit, že práce se mu daří, velké problémy nejsou tak zásadní, jak by se mohlo zdát. Naopak tomu bude, jestliže se člověk cítí nešťastný, nespokojený.

Co je deprese

Deprese je chorobná nálada. Znamená snížení emoční reaktivity, snížené sebehodnocení, pokles sebevědomí. Projevuje se smutkem, pocitem ztráty perspektiv, výčitkami, plačtivostí, často je přítomno i celkové zpomalení. Deprese je provázena ztrátou schopnosti prožívat radost, smát se, objevuje se i bezradnost.

Co je úzkost

Úzkost (cizím slovem *anxieta*) je obava, je to strach, který nemá jasný obsah, nebo jde o strach neopodstatněný, z nekonkrétních maličkostí: bojím se, a nevím čeho... nebo: bojím se, ale je to naprostá maličkost, která mi nemůže ublížit.



Úzkost je vždy spojena s pocitem vnitřního napětí, neklidu, tenze. Vyskytují se vegetativní příznaky – třes prstů, pocení, zrychlený srdeční puls a další úzkostné projevy.

Pro úplnost vysvětlíme i termín **fobie**, a to proto, že je to také porucha emocí. Zmíníme se o ní ale jen okrajově, protože v obrazu deprese se téměř nevyskytuje. Fobie je chorobný strach z konkrétní situace, z konkrétního předmětu. Je to strach, který jedinec není schopen potlačit, zahnat. Nemocný chápe, že jde o strach nesmyslný, ale nemůže se ho sám zbavit. Patří sem například strach z uzavřených prostorů, strach z pavouků, myši atd.

Co je mánie

Manická nálada je jakýmsi opačným pólem nálady depresivní. Je provázena chorobnou veselostí, nepřiměřenou aktivitou, výraznou nespavostí, někdy až společenskou neúnosností. Chorobnost této nálady si pacientka, obdobně jako u deprese, neuvědomuje.

Depresivní nálada

Depresivní nálada je něco nového, dosud nepoznaného. Je to nová emoční kvalita, která trvá po většinu dne nejméně dva týdny. Změna nálady je provázena ztrátou zájmů a potěšení při aktivitách, které jsou normálně příjemné, poklesem energie, zvýšenou unavitelností a malou pracovní výkonností. Nemocná ztrácí sebedůvěru, objevují se neopodstatněné výčitky, někdy se dokonce vyskytují myšlenky na nežítí, na



smrt, i na sebevraždu. Přítomny jsou poruchy soustředění, přechodné zhoršení schopnosti myslet a správně hodnotit. Objevují se poruchy spánku (nespavost, nebo naopak nadměrná potřeba spánku), změny chuti k jídlu – depresivní nemocný může odmítat jídlo, protože mu nechutná, nebo se také naopak může přejídat. Jak jsme již uvedli, deprese může být provázena řadou tělesných obtíží.

OBRAZ DEPRESE JAKO NEMOCI

Deprese je závažné a život ohrožující onemocnění. První popis tohoto stavu pochází již ze 4. století před našim letopočtem.

Deprese je nemoc. Není to pouze rozlada, smutná nálada, která vznikla v důsledku starostí, hádky či špatného počasí. Je to závažná a život ohrožující nemoc. Je charakterizována přinejmenším těmito čtyřmi skupinami příznaků:



- **poruchou nálady – depresí** (to je hlavní příznak);
- **přechodným narušením schopnosti správně myslet, pamatovat si, soustředit se;**
- **změněnou psychickou a tělesnou aktivitou;**
- **řadou tělesných projevů.**

Z posledních studií vyplývá, že správně diagnostikováno je nanejvýš 20 % depresí a správně léčeno dokonce jen 10 %.

Porucha nálady u deprese

Objevuje se především smutek, který má naprosto odlišnou kvalitu od reaktivního, situačního smutku. Nejde o běžný smutek všedního dne. Tento je zcela novým pocitem, je prožíván jako životní tíseň, jako životní prázdnota. Nemocná není schopna prožívat potěšení, ztrácí zájem o činnosti, které dříve prováděla s radostí a uspokojením. Tíseň je natolik velká, že ve svém smutku není často schopna ani plakat.

Přechodné narušení schopnosti správně myslet, pamatovat si, soustředit se

Pacientka se nedokáže soustředit, rozhodnout se, vyjádřit, je váhavá, ztrácí sebedůvěru, cítí se zbytečná. Objevují se výčitky, které nemají reálný podklad, žena prožívá pocity viny, beznadě, pesimismus. Objevují se myšlenky na sebevraždu. Nemocná selhává po stránce myšlenkové, není schopna se správně orientovat v úkonech, které dříve řešila bez problémů.



Změněná psychická a tělesná aktivita

Tyto příznaky se projevují buď jako celkové zpomalení, chudá mimika, vážne interpersonální a sociální komunikace. Mluvíme o inhibované psychomotorice. Druhou možností je agitovanost: neklid, hyperaktivita, nespavost, neposednost, nutkání bezúčelně chodit či dokonce pobíhat. Tato forma bývá spojena s výraznou úzkostí.

Tělesné příznaky

Žena je unavená a unavitelná, má pocit nedostatku energie, ztrácí chuť k jídlu, nebo se naopak přejídá, trpí nespavostí, nebo naopak zvýšenou potřebou spánku, může trpět zácpou nebo průjmami. Mohou se vyskytnout neurčité bolesti po celém těle, neustálé a obtížné pocení, suchost v ústech. Objevují se povšechné stesky na tělesný stav.

Stručná kritéria pro diagnózu deprese jako nemoci

Hlavní příznaky	<ul style="list-style-type: none"> • Depresivní nálada přítomná po většinu dne a trvající alespoň 2 týdny • Ztráta zájmů a aktivit, které jsou jinak běžné • Pocit ztráty energie, zvýšené únavnosti
Další příznaky	<ul style="list-style-type: none"> • Ztráta sebedůvěry • Neodůvodněné prožívání výčitek či pocitů viny • Opakované myšlenky na smrt, na sebevraždu • Snížená schopnost soustředění • Změny psychomotorické aktivity • Poruchy spánku • Změna chuti k jídlu



II. PRŮBĚH

Deprese probíhá obvykle ve fázích. Depresivní pacientka může prožít buď jednu depresivní fázi v životě, to znamená, že po vyléčení již nikdy depresí ne onemocní.

Jinou možností je periodicky se vyskytující deprese: depresivní fáze se opakují v určitých intervalech. Po prodělané první depresivní fázi až u jedné poloviny nemocných dochází do jednoho roku po vysazení léčby k rozvoji druhé fáze.

Neléčená depresivní fáze trvá 6–9 měsíců, ale může také trvat i déle než rok.

Deprese se může objevit i v rámci tzv. **bipolární poruchy**, kdy se kromě depresivních fází vyskytnou i fáze manické. (Při manické fázi onemocnění je nálada chorobně veselá, nemocná je nepřiměřeně podnikavá, společensky obtížná. Jde o opačný pól, než je deprese.)



III. PŘÍBĚHY

Žena, 66 let

Problém první: Poprvé období nevykonnosti a smutku v 55 letech. V té době asi 4 měsíce nesportovala, stěžovala si na řadu bolestí po celém těle, nechodila ani na pravidelná setkání s přáteli sportovci. Byla vyšetřena praktickým lékařem, internistou, ortopedem, chirurgem, neurologem. Z nálezů významný pouze vyšší krevní tlak. Přibližně po 4–5 měsících (duben/květen) se začíná vracet do běžných kolejí.

Problém druhý: V 61 letech výrazné bolesti v zádech, nechutenství, silné bušení srdce, nespavost, ztráta zájmů. Po sérii tělesných vyšetření, k nimž přibylo ještě urologické, opět jako jediný nález hypertenze, která je kompenzována. Od neurologa dostává dosulepin, a to v počáteční dávce 25 mg na noc, po týdnu 100 mg 2x denně. Objevuje se zácpa, potíže s močením a rozmazané vidění, zvyšuje se únava, závratě. Ustalo bušení srdce. Po 14 dnech sama končí s medikací. Na konci května obtíže spontánně odplývají.

Problém třetí: Po pěti letech se v říjnu objevují obdobné příznaky, z tělesných nálezů kromě změn odpovídajících věku diagnostikována hypertenze, která je dobře korigována. Lékař zjišťuje depresi a pacientka dostává bupropion SR. Nemocná uvádí tři dny pocit tlaku v hlavě, jiné vedlejší účinky nepopisuje, od 14. dne pociťuje úlevu, vrací se jí energie,

obnovuje své sportovní a pracovní aktivity. Od 4. týdne zcela bez obtíží, lék užívá dále.

Žena, 33 let

Problém: V posledních 6 měsících vyšetřována nejprve gynekologicky, poté internistou pro únavu, poruchy menstruace, bušení srdce, návaly horka, záchvatovité bolesti hlavy. Velmi špatně spí. Při hlubším pohovoru objeví praktický lékař neopodstatněné obavy o rodinu, o zdraví dětí, o místo v práci. Zjišťuje, že v okamžicích (které lékař popisuje jako záchvaty), kdy se jí rozbuší srdce a má návaly horka a chladu do hlavy,





prožívá intenzivní strach o vlastní život, obává se, že zemře nebo že »zešílí«. Gynekologické vyšetření neobjasní příčinu menstruačních poruch, internista rovněž nenalézá adekvátní vysvětlení pro uvedené kardiální obtíže. Praktický lékař nakonec podává benzodiazepin, po týdnu této medikace a po šesti měsících trvání obtíží a vyšetřování odesílá pacientku k psychiatrovi (s čímž žena ne zcela ráda souhlasí). Psychiatr konstatuje depresi a podává sertralin. Od třetího dne se lepší spánek. Do tří týdnů mizí uvedené obavy a starosti, do dvou měsíců se výrazně snižuje intenzita a četnost citovaných »záchvatů«, během třetího měsíce se upravuje menstruace. Prováděna je rovněž psychoterapie.

Žena, 30 let

Problém první: V 25 letech léčena po dobu 5 měsíců malými dávkami antidepresiva, (jehož jméno si nepamatuje) pro smutek a strachy.

Problém druhý: Po rozvodu před rokem (ve 26 letech) přibližně půlroční období smutku, apatie, uzavření se do sebe. S nástupem podzimu se stav upravil. Kromě porad s přáteli svůj stav s nikým nekonzultovala.

Problém třetí: Nyní je čtvrtý týden nesoustředěná, úzkostná, stranící se společnosti a selhávající v práci (na to upozorněna i kolegy). Praktický lékař usuzuje na depresi (v průběhu vyšetření konstatuje, že může jít již o třetí fázi). Indikuje pracovní neschopnost a podává antidepresivum amitriptylin spolu s benzodiazepinem. Po 14 dnech dosahuje maximální dávky, po třech týdnech je stav beze změny. Po celou dobu trvá mírné nechutenství, výrazná únava a ranní bolesti hlavy. V pátém týdnu odeslána k psychiatrovi. Provedena změna antidepresiva na milnacipran, zároveň podán stabilizátor



nálady lamotrigin, který je jednoznačně indikován, neboť šlo již o třetí fázi onemocnění (během tří let). Nechutenství i bolest hlavy pominuly, stále je jen mírně narušen spánek. Třetí týden po změně nastává ústup depresivních příznaků, do 8 týdnů se pacientka cítí zdráva. Dnes po 2 a půl roce od poslední depresivní fáze užívá pouze lamotrigin, je bez potíží a bez výkyvů v náladě.





IV. RIZIKOVÉ FAKTORY PRO ROZVOJ DEPRESE

Existují určité obecné faktory, jejichž přítomnost znamená zvýšené riziko rozvoje deprese. Ty základní a všeobecné nám ukazuje následující přehled.

Rizikové faktory pro rozvoj deprese

Pohlaví	2× častěji u žen
Věk	nejčastěji mezi 20 a 40 lety
Rodinná anamnéza	1,5–3× vyšší při výskytu deprese u pokrevních příbuzných
Rodinný stav	ženatí muži – nižší výskyt než u svobodných vdané ženy – vyšší výskyt než u svobodných
Období poporodní	zvýšené riziko do šesti měsíců po porodu
Období přechodu (perimenopauzy)	zvýšené riziko jak první fáze deprese, tak jejího opakování

Žena sama o sobě je však vystavena vyššímu riziku onemocnění depresí než muž, což vyplývá jednak z jejího společenského postavení a očekávaných úkolů a povinností, jednak se uplatňují i pravidelné hormonální změny v průběhu života – menstruační cyklus, porod a přechod.



Rizikové faktory rozvoje deprese u žen

Hormonální

- jsou spojeny s menstruačním cyklem, porodem, přechodem

Společenské

- nepřítomnost blízké osoby (dospělého rovnocenného partnera)
- výchova malých dětí ve společné domácnosti
- nestabilní manželství
- nižší než středoškolské vzdělání
- nedostatek aktivit/zálib mimo domov
- pocity bezmocnosti
- přítomnost úzkosti
- nadměrné užívání alkoholu či nepředepsaných léků





V. DEPRESE ŽEN VE SPECIFICKÝCH OBDOBÍCH

Seznámili jsme se s obecným obrazem deprese a popsali jsme si pojmy a termíny. Deprese žen má svá specifika. V následujících řádcích budeme hovořit o třech obdobích, v nichž se mohou depresivní příznaky vyskytnout ve vyšší míře nebo být nějakým způsobem modifikované.

Jde o:

- a) depresi v průběhu menstruačního cyklu;
- b) depresi v těhotenství a době kolem porodu;
- c) depresi v období přechodu a menopauzy.

DEPRESE V PRŮBĚHU MENSTRUAČNÍHO CYKLU

Více než 75% žen má zkušenosti s psychickou nepohodou v průběhu menstruačního cyklu. U 3–8% z nich se rozvíjí **premenstruální dysforická porucha**. Ta je chápána jako soubor nepříjemných tělesných a psychických prožitků, které ženu výrazně omezují v plnění jejích běžných rolí.

Uvedeme si charakteristiku těchto potíží:

1. nejméně rok trpí žena po většinu cyklů alespoň pěti z následujících příznaků:



- depresivní emotivita, beznaděj
 - anxieta, tenze
 - emoční labilita
 - apatie
 - vznětlivost, vztek
 - snížení zájmu o obvyklé aktivity
 - poruchy pozornosti
 - změny chuti k jídlu
 - změny kvality a potřeby spánku
 - pocit zkrroušenosti
 - tělesné pocity – únava, bolest, nadmutí
2. příznaky ovlivňují interpersonální vztahy;
 3. příznaky nemají souvislost s jiným onemocněním.

Léčba premenstruálních obtíží bývá někdy jednoduchá, jindy zdlouhavá a málo úspěšná. Sestává ze tří možných kroků. Jako první přichází poučení, režimová a dietní opatření. K prvnímu kroku léčby náleží také psychoterapie. Teprve poté jsou na řadě další intervence. Je třeba říci, že právě dietní a režimová opatření jsou ženami často podceňována a málo dodržována:

1. psychoterapie, dietní a režimová opatření;
2. obecná farmakogenní – podání magnézia, vitaminů, popř. analgetik;
3. antidepresiva a další farmaka.

DEPRESE V TĚHOTENSTVÍ A DOBĚ KOLEM PORODU

Až u 80 % žen dochází v období těhotenství, porodu a době poporodní ke změnám nálady. Z nich však nanejvýš 10 %



těchto stavů je natolik závažných, že vyžadují přímý zásah lékaře. Setkáme se s těmito možnostmi:

- **depresivní příznaky v období těhotenství postihují 25 až 35 % žen;**
- **poporodní emoční rozlady se týkají 50–80 % žen;**
- **poporodní deprese se vyskytne přibližně u 10 % žen.**

Všechna psychofarmaka – stejně jako ostatní léky – procházejí placentou, a tudíž mají vliv na plod. Podobně je to i s mateřským mlékem. Musíme si proto uvědomit, jaká případná rizika léčba přináší, a naopak, co se může stát, nebudeme-li depresi v této době léčit.

Farmakoterapie deprese v těhotenství může přinést některá poškození plodu, například některé vývojové vady. Lékař by měl znát, které léky (nejen psychiatrické léky!!!) jsou bezpečné, a u kterých hrozí riziko.

Neléčená deprese v těhotenství však může vést k těmto rizikům:

- nechutenství;
- zvýšené požívání alkoholu, po němž žena sáhne pro potřebu uklidnění (proto také nižší porodní hmotnost);
- předčasný porod;
- neschopnost matky správně se připravovat na porod;
- negativní vztah k těhotenství;
- chování matky pod vlivem deprese a úzkosti má stresující vliv na plod.

Z uvedeného vyplývá, že deprese v období těhotenství a porodu by neměla být podceňována a přehlížena. Pokud se objeví její příznaky, pak prvním krokem je rozsáhlá a podrobná diskuse budoucí maminky s lékařem, kterému důvěřuje.



Tématem rozhovoru bude nejen její stav, ale i vyhodnocení rizik a přínosu dalších plánovaných postupů.

DEPRESE V OBDOBÍ PŘECHODU A MENOPAUZY

Přechod (perimenopauza) je posledním obdobím v životě ženy, kdy je vystavena vyššímu riziku rozvoje deprese, než je tomu u mužů.

Perimenopauza je provázána psychickými a biologickými změnami, které nejsou ještě chorobné. Znamenají jenom novou kvalitu. Uvádíme je v přehledu:

Psychické změny v perimenopauze

- zkušenosti s novými vegetativními příznaky
- registrace tělesných změn, které souvisejí s pocitem možné ztráty atraktivity
- definitivní změna v reprodukčních schopnostech ženy
- změna v sexuální apetenci i funkcích

Biologické změny v perimenopauze

- snížení hladin pohlavních hormonů a jejich dysbalance
- změny v cyklickém průběhu vylučování pohlavních hormonů
- změny v sexuálních funkcích

Obtíže, které dosahují takové intenzity, že již vyžadují zásah odborníka, jsou rozděleny tří skupin:

Vegetativní příznaky

- návaly horka, chladu, rudnutí, pocení

Tyto příznaky se objevují zvláště v noci, proto dochází k narušení spánku se všemi nežádoucími důsledky (únava, nevykonnost...)



Tělesné příznaky

- především atrofické změny orgánové, svalové a kosterní
- atrofické změny kůže, prsou, narůstající riziko kardiovaskulárních a dalších nemocí

Psychické příznaky

- fluktuace nálady, zvýšení frekvence dysforických a depresivních stavů, nárůst tenze a vznětlivosti
- ztráta životní energie, pokles libida
- nárůst intenzity příznaků z minulosti (např. bolesti hlavy)

Poučení z uvedeného přehledu těchto příznaků je jasné: žena by takové potíže, pokud se objeví, neměla podcenit. Neměla by se obávat poradit se na dalším postupu s lékařem.





VI. LÉČBA

Léčba depresivních příznaků je nezbytná. Zopakujme si ještě jednou důvody, které k tomu vedou.

Deprese je nemocí relativně častou a nemocí probíhající ve fázích. Ženy trpí depresí více než muži. Depresivní fáze jsou dlouhodobé (neléčená fáze trvá obvykle 6 až 9 měsíců, ale může trvat i déle než rok). Do dvou let po první proběhlé fázi se nejméně u poloviny nemocných žen objeví fáze druhá.

Depresivní nemocní strádají vlastními příznaky deprese, dále jsou ohroženi řadou průvodních komplikací. Tou nejzávažnější jsou myšlenky na sebevraždu a dokonce sebevražedné činy.

Další rizika jsou na první pohled méně nápadná a zřetelná, ale neméně závažná.

Depresivní nemocní umírají také díky úrazům, které jsou způsobeny ztrátou koncentrace pozornosti a narušením schopnosti správně myslet a rozhodovat se, k čemuž dochází rovněž v rámci depresivních prožitků.

Depresivní lidé jsou také ohroženi nadužíváním alkoholu a drog, které vyhledávají vzhledem k jejich částečnému protiúzkostnému efektu.

Závažnou komplikací je výskyt celé řady tělesných onemocnění, která se rozvíjejí v přímé souvislosti s depresí (kardiovaskulární onemocnění, gastrointestinální onemocnění,



náhlé cévní mozkové příhody). Někdy mohou tělesná onemocnění u depresivních pacientek probíhat skrytě nebo jsou pozdě diagnostikovány. Depresivní nemocná díky své nízké aktivitě a spontaneitě o obtížích nemluví, nesprávně plní léčebný režim. Lékař naopak může některé pacientčiny kusé stesky na tělesný stav mylně připisovat jejímu duševnímu onemocnění a podcenit tělesné vyšetření.

Nelze zapomenout na sociální a pracovní následky deprese. Depresivní nemocná selhává v zaměstnání, nezvládá domácí povinnosti, ztrácí zájem o rodinu, o dřívější aktivity, o sex. Pokud není pacientka včas léčena, může nerozpoznaná a neléčená nemoc vést ke ztrátě pracovního místa i rozbití rodiny.

PSYCHOTERAPIE A FARMAKOTERAPIE

Léčba sestává z psychoterapie a farmakoterapie. **Psychoterapie** ale není pouhé povídání si o nemoci. Psychoterapie je metoda, která má svůj řád, svoji strategii a je prováděna odborníkem – psychoterapeutem. Uplatňují se následující psychoterapeutické postupy:

- kognitivně-behaviorální terapie;
- podpurná psychoterapie;
- interpersonální/rodinná psychoterapie.

Farmakoterapie deprese má tři etapy: **akutní**, která trvá nejčastěji 6 týdnů i více. V ní zvládáme základní symptomy. **Pokračovací** fáze léčby (do 9 měsíců) je obdobím, kdy dochází k úpravě příznaků. Následná, **udržovací** fáze léčby probíhá rok a více. Jejím cílem je zabránění vzniku další fáze deprese.



V léčbě deprese budeme nejčastěji podávat antidepresiva, u periodických forem ještě stabilizátory nálady. Moderní antidepresiva jsou bezpečná, nemají závažné vedlejší účinky a jsou účinná. V žádném případě není možné, aby se nemocný stal na antidepresivech závislým. Totéž platí i o moderních stabilizátorech nálady.

Stručný přehled nejčastěji podávaných léků

Antidepresiva

Tricyklická a tetracyklická antidepresiva jsou nejstarší skupinou antidepresiv, pocházejí nejčastěji z konce padesátých a ze šedesátých let. Mají řadu nežádoucích účinků, pro které by neměla být dnes již v léčbě deprese podávána. Patří sem amitriptylin, dosulepin, klomipramin, maprotilin, imipramin.

Selektivní blokátory zpětného vychytávání serotoninu (běžná zkratka skupiny je SSRI) jsou moderními léky. K dispozici je šest antidepresiv skupiny SSRI: citalopram, escitalopram, fluoxetin, fluvoxamin, paroxetin, sertralin. Tato antidepresiva jsou dnes nejpoužívanějšími léky určenými pro léčbu deprese. V řadě případů jsou podávána jako první léky při zjištění deprese. Na počátku podávání (v prvních několika málo dnech) se mohou objevit bolesti hlavy a břicha. Při dlouhodobém podávání se někdy vyskytnou potíže v sexuální životě (ztráta touhy), méně často i přírůstek hmotnosti.

Blokátory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu (zkratka SNRI), kam patří venlafaxin a milnacipran, jsou další skupinou moderních antidepresiv. Na rozdíl od SSRI je lze považovat za lehce aktivující. Sexuální potíže u nich nejsou tak časté, rovněž tak žaludeční obtíže bývají mírnější.



Dopaminergní a noradrenergní antidepresiva (zkratka NDRI). Tato skupina je zastoupena jediným lékem – bupropionem SR. Jde rovněž o aktivující antidepresivum (více než je tomu u skupiny SNRI), které nezpůsobuje sexuální poruchy, naopak může zvýšit sexuální touhu. Bupropion SR je vhodný u těch forem deprese, kde je jedním z hlavních příznaků ztráta energie, pasivita, letargie. Je vhodným lékem i u pacientek, které se obávají přírůstku na váze: při jeho užívání se netloustne, někdy vede lék dokonce k úbytku hmotnosti.

Noradrenergní a specifická serotoninergní antidepresiva (NaSSA). I tato skupina je zastoupena jediným lékem, a to mirtazapinem. Kromě antidepresivního účinku poskytuje mirtazapin jistý tlumivý efekt (prakticky jako jediný z moderních antidepresiv). Toho lze s úspěchem využít při léčbě těžké nespavosti v průběhu deprese. Možnou nevýhodou je relativně častý přírůstek na váze v průběhu léčby.



Stabilizátory nálady

Smyslem podání stabilizátorů nálady je zabránění opakování dalších epizod nemoci při periodické formě onemocnění i bipolárním průběhu.

Patří sem klasické **lithium**, účinný lék, který je používán už více než 40 let. Nemocné však zatěžuje možnými nežádoucími účinky a hlavně nutností pravidelných krevních odběrů za účelem sledování hladin léku v organismu.

Druhou skupinu tvoří **tradiční antiepileptika**: carbamazepin a kyselina valproová. Jejich problémem jsou rovněž nežádoucí účinky, pro ženu je obzvláště nepříjemný možný rozvoj hormonální dysbalance, což se může projevit poruchami menstruačního cyklu. Jejich spolehlivost v léčbě je o něco nižší, než je tomu u lithia.

Třetí možností ze stabilizátorů nálady je podání **lamotriginu**. Jde o moderní antiepileptikum s minimem nežádoucích účinků. Lamotrigin je většinou velmi dobře snášen, jako stabilizátor nálady je účinný zejména v předcházení vzniku dalších depresivních epizod.

Antidepressivum i stabilizátor nálady je nutné užívat vždy tak, jak doporučil lékař, neexperimentovat, nezvyšovat ani nevynechávat dávku. Jen tak budete mít naději na úspěch v odstranění svých obtíží.



VII. POUČENÍ

Nezapomeňme, že depresivní nálada je především nová a chorobná emoční kvalita, která trvá po většinu dne nejméně dva týdny.

Změna nálady je provázena ztrátou zájmů a potěšení při aktivitách, které jsou normálně příjemné, poklesem energie, zvýšenou unavitelností a sníženou pracovní výkonností.

Nemocná ztrácí sebedůvěru, objevují se neopodstatněné výčitky, vyskytují se myšlenky na nežítí, na smrt, na sebevraždu.

Přítomny jsou poruchy soustředění, přechodné zhoršení schopnosti myslet, pamatovat si, rozhodovat se.

Objevují se poruchy spánku (nespavost i nadměrná potřeba spánku), změny chuti k jídlu – depresivní nemocný může jak odmítat jídlo, tak se přejídat.

Deprese může být provázena řadou tělesných obtíží, které jsou neméně obtěžující.

Deprese je nemoc, není to slabost nebo únava.



Za depresi se nemusíte stydět. Doba, kdy pacientka navštěvující psychiatra byla diskriminována, je minulostí. Nebojte se proto navštívit svého lékaře (psychiatra, praktického lékaře), vyhnete se tím zbytečnému a dlouhému utrpení, provázejícímu onemocnění.

Deprese se může opakovat, stejně tak může být střídána náladou manickou. U deprese a mánie jde vždy o nemoc dnes již dobře léčitelnou.

V léčbě deprese se uplatňují nejen moderní antidepresiva, ale při jejím opakování (při periodické formě nemoci) i stabilizátory nálady.





Obchodní a generické názvy léků uvedených v publikaci

Prothiaden	dosulepin
Wellbutrin SR	bupropion SR
Zoloft a další	sertralin
Ixel	milnacipran
Lamictal a další	lamotrigin
Amitriptylin	amitriptylin
Anafranil, Hydiphen	klomipramin
Ludiomil	maprotilin
Melipramin	imipramin
Seropram, Citalec a další	citalopram
Cipralex	escitalopram
Prozac, Deprex a další	fluoxetin
Fevarin	fluvoxamin
Seroxat a další	paroxetin
Efektin a další	venlafaxin
Remeron, Mirtawin a další	mirtazapin
Lithium carbonicum	lithium
Tegretol, Biston a další	carbamazepin
Depakine a další	kyselina valproová



ISBN 80-7262-462-8



9 788072 624621