

PREDMENSTRUALNA DISFORIČNA MOTNJA

Dragica Resman*

UVOD

Več kot tri četrtine žensk občuti v predmenstrualnem obdobju telesne ali psihične spremembe. Tožijo zaradi depresivnosti, tesnobnosti, razdražljivosti, nespečnosti, pomanjkanja energije, nabreklih in bolečih prsi, občutka napihnjenosti, glavobola in številnih drugih simptomov. Skupek simptomov poimenujemo predmenstrualni sindrom. Kadar prevladujejo psihični simptomi, ki so dovolj resni, da prekinejo normalno socialno in poklicno delovanje ženske, govorimo o predmenstrualni disforični motnji.

ETIOLOGIJA

Etiologija zaenkrat ni znana. Obstajajo številne razlage za nastanek bolezni.

Biološki faktorji

1. Vedno več raziskav kaže, da je predmenstrualna disforična motnja tesno povezana s serotoninimskim sistemom. Pacientke imajo v predmenstrualnem obdobju znižane koncentracije serotonina v krvi in v trombocitih.
2. Videti je, da se koncentracija spolnih hormonov pri pacientkah ne razlikuje od koncentracije hormonov pri zdravih ženskah. Nekatere raziskave kažejo, da se ženske s predmenstrualno disforično motnjo drugače odzivajo na metabolite progesterona pregnanolone.
3. Druge študije poudarjajo pomembnost beta endorfinov.
4. Kot pomemben etiološki faktor omenjajo tudi spremembe cirkadianega ritma oziroma kronološke motnje.
5. Genetski vplivi niso dovolj raziskani. Nekatere študije kažejo, da je sočasno pojavljanje motnje bistveno pogostejše pri enojajčnih

* Dragica Resman, dr. med., Psihiatrična bolnišnica, 4275 Begunje na Gorenjskem.

dvojčicah kot pri dvojajčnih. Druge študije pa kažejo, da genetski faktorji bolj vplivajo na pojav telesnih simptomov kot pa psihičnih.

6. Drugi možni etiološki faktorji so motnje vitaminov, hormonov, elektrolitov, prostaglandinov, razne metabolne motnje in še številni drugi.

Psihosocialni faktorji

Predmenstrualna disforična motnja se pojavlja pri ženskah vsega sveta. Psihološki in socialni faktorji vplivajo na izraženost in doživljanje simptomov. Stresne situacije in konfliktni odnosi intenzivirajo predmenstrualno disforično motnjo.

EPIDEMIOLOGIJA

Prevalenca predmenstrualne disforične motnje je približno 3%. Bolezen se lahko pojavi kadarkoli v rodnem obdobju ženske. Pogosteje obolevajo tiste, ki so prebolele poporodno depresijo in tiste, ki po hormonskih kontraceptivih postanejo tesnobne ali depresivne.

DIAGNOSTIČNI KRITERIJI PREDMENSTRUALNE DISFORIČNE MOTNJE PO DSM-IV

A. Diagnozo predmenstrualne disforične motnje lahko postavimo, če so se simptomi pojavljali v lutealni fazi večine menstruacijskih ciklusov v zadnjem letu in so izginili v prvih dneh menstruacije. Prisotnih mora biti vsaj pet od enajstih naštetih simptomov, od tega vsaj eden izmed prvih štirih:

1. izrazita žalost, obup ali samopodcenjevanje
2. izrazita psihična napetost in tesnoba
3. izrazita čustvena labilnost z jokavostjo
4. povečana razdražljivost, jezavost in konfliktnost v odnosih z ljudmi
5. zmanjšan interes za običajne aktivnosti, ki ga lahko spremlja socialni umik
6. motnje koncentracije
7. povečana utrujenost ali občutek pomanjkanja energije

8. izrazite spremembe apetita, pogosto je povečana želja po določeni hrani
 9. pretirana potreba po spanju ali nespečnost
 10. občutek poraza ali izguba nadzora
 11. telesni simptomi, kot so napete in občutljive prsi, glavobol, občutek napihnjenosti, bolečine v sklepih in mišicah ali porast telesne teže.
- B. Motnja vidno vpliva na delo, šolanje, družabne aktivnosti in medosebne odnose (na primer izogibanje socialnim stikom, zmanjšana učinkovitost pri delu).
 - C. Predmenstrualna disforična motnja ni poslabšanje kake druge motnje, na primer hude depresije, panične motnje, distimije ali osebnostne motnje. Lahko pa se nacepi na katerokoli psihiatrično motnjo.
 - D. Kriterije A, B in C je potrebno potrditi s prospektivnimi dnevnimi ocenami v vsaj dveh naslednjih menstrualnih ciklih.

Poudarjajo, da je pomembno beležiti intenziteto simptomov sproti, ne po spominu.

DIFERENCIALNA DIAGNOZA

Za potrditev diagnoze predmenstrualne disforične motnje je potrebno torej spremljati intenzivnost morebitne simptomatike v obdobju dveh menstruacijskih ciklusov. Pogosto pa z dvomesečnim ocenjevanjem simptomov diagnoza motnje ni potrjena.

Če je simptomov manj kot pet ali pa so preblagi, govorimo o predmenstrualnem sindromu.

Pogosto se izkaže, da gre v resnici za kako drugo psihiatrično motnjo, saj se številne bolezni, kot so depresija, nevrotske in somatoformne motnje, bulimija, bolezni odvisnosti in osebnostne motnje, pogosto poslabšajo v predmenstrualnem obdobju. V tem primeru beleženje intenzivnosti simptomov pokaže, da se simptomi po menstruaciji ublažijo, vendar ne izginejo.

Kadar se poleg simptomov neke obstoječe psihiatrične motnje v

predmenstrualnem obdobju pojavijo še simptomi, značilni za predmenstrualno disforično motnjo in ponovno izginejo ob začetku menstruacije, govorimo o komorbidnosti.

V diferencialni diagnozi moramo misliti tudi na številne organske bolezni, kot so epilepsija, anemija, endokrine bolezni, sistemski lupus in različne infekcije, saj se pri teh boleznih v predmenstrualnem obdobju lahko poveča utrujenost in disforičnost.

POTEK BOLEZNI

Potek bolezni je kroničen. Predmenstrualni simptomi se pogosto pokažejo kmalu po menarhi. Mnogo žensk navaja, da se težave z leti stopnjujejo in dosežejo vrh med 30. in 39. letom starosti. Po menopavzi bolezen običajno izgine. Tudi med nosečnostjo simptomov ni, se pa ponovno pojavijo po porodu, ko se vzpostavi redni menstrualni ciklus. Neredko se predmenstrualna disforična motnja po porodu poslabša.

Pacientke s predmenstrualno disforično motnjo pogosteje obolevajo za drugimi psihiatričnimi boleznimi, kot so depresija, anksiozne motnje in boleznimi odvisnosti.

ZDRAVLJENJE

Najprej poskušamo z nemedikamentoznim zdravljenjem. Če to ni uspešno, nadaljujemo s serotoninskimi antidepresivi. Kadar to ne prinese željenih rezultatov, poskušamo še z drugimi zdravili, kot sta alprazolam in buspiron, nazadnje pa pridejo na vrsto še terapevtski postopki, ki zavrejo ovulacijo.

Nemedikamentozno zdravljenje

Placebo v 40% ublaži simptome. Verjetno igrajo pri tem pomembno vlogo endogeni opioidi.

Pogosto je učinkovita dieta. Predlagajo zmanjšanje vnosa soli, kofeina, nikotina. Namesto prečiščenega sladkorja svetujejo uporabo kompleksnih ogljikovih hidratov in seveda veliko sadja, zelenjave in polnozrnatih izdelkov. Bolj učinkovita od placeba je tudi terapija s kalcijem (1 g na dan),

magnezijem (360 mg na dan) in vitaminom B6 (50 do 100 mg na dan).

Predmenstrualne simptome lahko ublažimo tudi s fotostimulacijo in deprivacijo spanja v lutealni fazi.

Psihoterapevtska obravnava, na primer vedenjsko-kognitivna terapija, pomaga pacientkam obvladovati stres in kontrolirati svoje vedenje v predmenstrualnem obdobju.

Medikamentozno zdravljenje

1. Študije kažejo, da je najbolj učinkovito zdravljenje s selektivnimi inhibitorji ponovnega privzema serotonina. Učinki terapije se pokažejo že v nekaj dneh. Zato je možno intermitentno zdravljenje. To pomeni, da pacientke prejemajo zdravilo le v lutealni fazi (v obdobju med ovulacijo in menstruacijo). Pogosto zadoščajo nižji odmerki kot pri zdravljenju depresije. Po ukinitvi terapije se simptomi hitro spet pojavijo, ponavadi že v prvem menstruacijskem ciklusu. Zato je zdravljenje predmenstrualne disforične motnje dolgotrajno. Če se le da, se odločamo za intermitentno zdravljenje, ker je to za pacientko manj obremenjujoče, pa tudi cenejše je.

Največ študij o učinkovitosti serotoninskih antidepresivov pri zdravljenju predmenstrualne disforične motnje je bilo narejenih s fluoksetinom. Rezultati kažejo, da je terapija s fluoksetinom (Prozac 20 mg na dan) bistveno učinkovitejša kot terapija s tricikličnimi antidepresivi ali placebom. Predvsem se ublažijo vedenjski in psihični predmenstrualni simptomi, nekoliko manj pa telesni. Stranski učinki zdravila so običajno blagi in prehodni. Bolj moteči stranski učinki so se pojavili pri zdravljenju z višjimi odmerki (60 mg na dan). Klinični rezultati pa niso bili bistveno boljši kot pri terapiji z nižjimi odmerki. Učinkovito je tudi intermitentno zdravljenje (20 mg fluoksetina dnevno le v drugi polovici menstruacijskega ciklusa). Pacientke ne občutijo večjih težav ob ukinitvah in ponovnih uvedbah zdravila, saj zaradi dolge razpolovne dobe fluoksetina ne prihaja do hitrih sprememb koncentracije zdravila v krvi. Dosedanje izkušnje kažejo, da fluoksetin nima teratogenih učinkov.

V različnih študijah so pokazali, da so tudi drugi serotoninski

antidepresivi učinkoviti pri zdravljenju predmenstrualne disforične motnje.

Intermitentno ali kontinuirano zdravljenje s sertralinom (50 do 150 mg na dan) pri več kot polovici pacientk, vključenih v študijo, vsaj za 75% ublaži predmenstrualne simptome.

Intermitentno zdravljenje predmenstrualne disforične motnje s citalopramom (20 mg na dan 10 dni pred pričakovano menstruacijo) se je pokazalo celo za učinkovitejše kot neprekinjeno zdravljenje. Možno je, da nastopi pri neprekinjenem zdravljenju blaga toleranca na zdravilo.

Zdravljenje s klomipraminom je bistveno učinkovitejše kot zdravljenje z maprotilinom ali placebo.

2. Pri zdravljenju predmenstrualne disforične motnje sta učinkovita tudi buspiron in fenfluramin, ki prav tako vplivata na serotoninski sistem.

3. Tudi terapija z alprazolamom ublaži predmenstrualne simptome. Zdravilo dajemo le v lutealni fazi. Ker je zdravljenje običajno dolgotrajno, ne smemo pozabiti na nevarnost razvoja odvisnosti od tega zdravila.

4. Kadar pacientke v predmenstrualnem obdobju opažajo zastajanje vode, pomagajo diuretiki, na primer spironolakton.

5. Hudo mastodinijo ublaži bromokriptin.

6. Če do sedaj opisani načini zdravljenja niso uspešni, pride na vrsto hormonska terapija in indukcija anovulacije.

ZAKLJUČEK

Približno 3% žensk trpi zaradi predmenstrualne disforične motnje. Mnoge med njimi nikdar ne iščejo pomoči pri zdravniku. Na žalost tudi zdravniki pogosto bolezen spregledajo ali pa pacientkine tožbe ne jemljejo dovolj resno. Morda bi z boljšim informiranjem žensk in zdravnikov dosegli, da bi predmenstrualno disforično motnjo pogosteje prepoznali in jo ustrezno zdravili.

LITERATURA

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition. Washington. American Psychiatric Association, 1994: 715-8.
- Angst J. Perimenstrual symptoms in the community: prevalence, stability, comorbidity. *European Neuropsychopharmacology* 1999; 9: Suppl 5: S 144.
- Critchlow DG, Bond AJ, Wingrove J. Characteristics and treatment of a group of women with premenstrual dysphoric disorder. *European Psychopharmacology* 1999; 9: Suppl 5: S 218.
- Endicott J, et al. Is premenstrual dysphoric disorder a distinct clinical entity? *Journal of Women's Health and Gender-based Medicine* 1999; 8:663-679.
- Eriksson E. Why are serotonin reuptake inhibitors effective for treatment of premenstrual dysphoria? *European Psychopharmacology* 1999; 9: Suppl 5: S 146.
- O'Brien PMS. Somatic and psychic symptoms of PMD. *European Neuropsychopharmacology* 1999; 9: Suppl 5: S 145.
- Parry BL, Rausch JL. Premenstrual dysphoric disorder. In: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. *Comprehensive textbook of psychiatry / IV*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1995: 1707-13.
- Romano S, et al. The role of fluoxetine in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Clinical Therapeutics* 1999; 21: 615-33.
- Steiner M, Romano SJ, Babock S, McCray S, Dillon JA. Efficacy of fluoxetine in improving mood symptoms, psychological symptoms, and social impairment in patients with PMDD. *European Neuropsychopharmacology* 1999; 9: Suppl 5: S 208.
- Steiner M, et al. Fluoxetine in the treatment of premenstrual dysphoria. *New England Journal of Medicine* 1995; 332: 1529-34.
- Steiner M. PMS versus PMDD: Diagnosis and classification. *European Neuropsychopharmacology* 1999; 9: Suppl 5: S 145.

- Sundström I, Bäckström T. Citalopram increases pregnanolone sensitivity in patients with premenstrual syndrome: an open trial. *Psychoneuroendocrinology* 1998; 23:73-88.
- Van Ree JM. The biology of placebo; implication of endogenous opioids. *Eur Neuropsychopharmacology* 1999; 9: Suppl 5: S 136.
- Yonkers KA, et al. Sertraline in the treatment of premenstrual dysphoric disorder: *Psychopharmacology Bulletin* 1996; 32:41-6.