

HYPERSEXUALITA U PACIENTKY LÉČENÉ ESCITALOPRAMEM

doc. MUDr. Alexandra Žourková, CSc.

Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno

Sdělení předkládá kazuistiku pacientky léčené pro depresivní poruchu escitalopramem. Při jeho dlouhodobém podávání a pozvolném vysazení došlo k projevům hypersexuality. Byla zvážena i možnost přesmyku do hypomanie s hypersexuálními projevy, což se nakonec jevilo jako nejpravděpodobnější příčina popisovaného klinického stavu.

Psychiat. pro Praxi; 2007; 4: 168–169

Většinou je léčba antidepresivy typu selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) spojována s výskytem sexuálních dysfunkcí (6). V literatuře je však popsána i série kazuistik, kdy při této léčbě došlo naopak k dezinhibici sexuálního chování, spontánním erekcím, ejakulacím i orgasmům (2, 5, 7, 8, 9). Pacientům to bylo většinou nepříjemné a nedovedli si vysvětlit své neobvyklé sexuální potřeby. Jako možné příčiny autoři uvedli přesmyk do hypomanické fáze manifestující se sexuálním odbrzděným chováním (7), možné osobnostní či neuroendokrinní dispozice (7, 9). Dále byl zvažován vliv komedikace a komorbidit, neurologická onemocnění údajně představují pro výskyt hypersexuality vyšší riziko (7).

Na úrovni etiopatogenetických mechanismů je tento jev vysvětlován dlouhodobou bloádou serotoninových receptorů antidepresivy SSRI a následnou hypersenzitivitou těchto receptorů. Při vysazení SSRI se hypersenzitivita serotoninových receptorů může manifestovat hypersexuálním chováním (5).

Problematiku ilustruje případ pacientky léčené escitalopramem pro periodickou depresivní poruchu.

Vlastní kazuistika

Šedesátiletá středoškolsky vzdělaná žena je evidována v psychiatrické ambulanci Psychiatrické kliniky v Brně již 10 let, nejprve jako somatoformní porucha, pro kterou jí byl po několika let ordinován amitriptylin se střídavým úspěchem. Po odchodu jejího ambulantního psychiatra mimo kliniku přešla v roce 2003 do péče autorky článku.

Psychiatrickým vyšetřením byla zjištěna zátěž v rodinné anamnéze, matka pacientky byla dlouhodobě léčena pro depresivní poruchu citalopramem, syn pacientky je léčen pro bipolární afektivní poruchu lamotriginem v kombinaci s antidepresivou.

Pacientka sama je řadu let vdaná, manžel patří mezi vysoce postavené místní osobnosti. Mají spolu tři dospělé děti a několik vnoučat, žijí sami ve vlastním bytě. Po většinu manželství byla klientka v domácnosti, vychovávala děti a reprezentovala manžela, s nímž i často cestovala.

Nekouří, alkohol pije pouze ojediněle při společenských akcích. Somaticky je zdráva, bere pouze dvakrát týdně lokálně estradiol jako prevenci atrofie poševní sliznice po menopauze.

První psychické potíže udala po svém prvním porodu, kdy měla deprese, které ustoupily po psychoterapii. V životě pak udala několik depresivních epizod s ranními pessimismy, poklesem nálady i sebe-důvěry, anhedonií a celkovou inhibicí chování. Byla diagnostikována periodická depresivní porucha a nasazen escitalopram v dávce 10 mg na den, který dobře tolerovala, po třech měsících podávání bylo dosaženo plné remise. Escitalopram ve stejné dávce byl podáván dále v udržovací terapii.

Po roce terapie přišla pacientka s tím, že má problémy s dosažením orgasmu, udala sexuální styky s manželem 2–3x týdně. Aktuálně se po nich cítila předsrážděná, žádala midazolam na spaní, aby tyto nepříjemné pocity zaspala. V tomto ohledu byl midazolam účinný, ale vzhledem k tomu, že potíže s dosažením orgasmu přetrvávaly, bylo přistoupeno k augmentaci bupropionem v dávce 75 mg ráno. Po dvou týdnech udala výrazné zlepšení, nicméně po dvou měsících žádala vysazení bupropionu. Jako důvod uvedla, že sice došlo ke zlepšení sexuálních potíží, avšak zároveň se stala více asertivní, manželovi odmouvala, odmítala se mu podřizovat a docházelo ke konfliktům v manželství. Bupropion byl vysazen a udržovací terapie escitalopramem v dávce 10 mg ráno pokračovala. O svém sexuálním životě v té době nechtěla podrobněji mluvit, tvrdila jen, že je v pořádku.

V r. 2005 opět přišla s požadavkem úpravy svého sexuálního života, udávala obtíže s dosažením orgasmu, po intimním styku se cítila „vydrážděná a neuspokojená“. Znovunasazení bupropionu odmítla, byl proto přidán yohimbin dle potřeby, s nímž byla velmi spokojena, sexuální život dle jejích referencí probíhal bez poruch. Na jaře roku 2006 bylo pro dobrý klinický stav přistoupeno ke snížení dávky escitalopramu na 5 mg ráno, stav pacientky byl dobrý, nálada nevykazovala výkyvy.

V průběhu podzimu téhož roku se pacientka svěčila, že se vyhroutily problémy v manželství, které

doposud považovala za obvyklé, byla nespokojena, uvažovala o rozvodu. Také byla více podrážděná, odmítla nabízenou psychoterapeutickou pomoc s tím, že by k ničemu nevedla. Zároveň sdělila, že další den odjíždí s manželem do Francie, takže nebylo přistoupeno ke změně medikace, vzhledem k okolnostem se změna zdála být příliš riskantní.

Po návratu z dovolené kontaktovala lékařku telefonicky, sdělila, že si závěrem pobytu přivodila úraz (frakturu horní končetiny), byla operována v tamní nemocnici a již tři dny neměla escitalopram. Uvedla, že se cítí velmi dobře a bylo stanoveno datum kontroly na následující den. Toho dne však telefonovala, odmítla se dostavit, sdělovala, že se necítí vůbec dobře, bolí ji hlava, má třes, vnitřní neklid a úzkost, velmi špatně spala. Příznaky se nejvíce blížily syndromu z vysazení, bylo jí doporučeno nasadit znovu escitalopram a domluvena osobní kontrola další den. Opět však pouze telefonovala s tím, že se cítí nesmírně zle, escitalopram jí vůbec nepomohl, naopak ještě zvětšil její problémy. Byla požádána o vysvětlení, pak začala váhavě sdělovat, že se jedná o problém v sexuální oblasti, o kterém se stydí mluvit.

Povzbuzena a uklidněna anonymitou telefonu poté sdělila, že se už dva dny cítí sexuálně předsrážděná, má zduřelý klitoris, bolestivý na dotek, ani opakovaná masturbace s orgasmy jí nepomáhá ke zklidnění, použila i vibrátor, natírala se znečistivující mastí, kterou našla doma, vše bez efektu. Velmi se stydí, tvrdila, že z očí do očí by to nikdy nedokázala nikomu sdělit. Doporučeny benzodiazepiny, slíbila, že se další den dostaví osobně.

Při návštěvě následujícího dne byla probrána i sexuologická anamnéza, kdy pacientka uvedla, že po celý život měla kladný vztah k sexu, byla orgastická, s manželem si po sexuální stránce vždy rozuměla i přes neshody, které čas od času panovaly v jiných oblastech. Svůj kladný vztah k sexu před ostatními tajila, domnívala se, že se to pro ženu jejího postavení nehodí. Proto se také nesvěřila ošetřující lékařce se skutečnými problémy při užívání escitalopramu a místo toho udávala neschopnost

dosáhnout orgasmu, jak bývá v příbalových letácích popisováno jako častá komplikace.

Rekapitulací sexuálního života během užívání escitalopramu vyšlo najevo, že měla dvakrát období zvýšené sexuální apetence, kdy jí nestačila obvyklá frekvence intimních styků 2–3× týdně s jedním orgasmem. Jak po bupropionu, tak po yohimbinu se stav zklidnil.

Největší potíže měla při vysazení escitalopramu, nic takového před tím nezažila, byla zcela zoufalá a bezradná, jak se svou sexuální předrážděností naložit.

Byly probrány možné příčiny jejího stavu, vzato v potaz lokální užívání estradiolu, znovu pečlivě probrána gynekologická i somatická anamnéza. Zde nebyly nalezeny žádné možné související příčiny. Rekapitulace její psychiatrické anamnézy nastolila otázku, zda nedošlo k přesmyku do hypomanie. Tomu by nasvědčovalo i onemocnění syna (bipolární afektivní porucha) i její psychická podrážděnost a úvahy o rozvodu po dlouholetém fungujícím manželství spolu s neochotou k manželským kompromisům, což nebylo její povaze vlastní. Sama zpětně přiznala asi dvě podobné epizody v minulosti, které však nebyly provázeny větší potřebou sexuální aktivity.

Nakonec se autorka článku přiklonila k diagnóze bipolární afektivní poruchy II. typu a byl nasazen lamotrigin. Pacientka jej dobře toleruje, došlo k vyrovnání nálady, zvýšená potřeba sexuální aktivity vymizela.

Diskuze

Popsaný případ ilustruje několik problémů, které se mohou vyskytnout během dlouhodobé léčby an-

tidepresivy SSRI. Velmi důležitým se jeví přesmyk do hypomanie, když dříve zůstávaly tyto euforické až hypomanické epizody skryté a nebylo možno je anamnesticky vystopovat. S kombinací pravděpodobné hypersenzitivity serotoninových receptorů a jejich odblokování při přerušení podávání SSRI došlo k manifestaci hypersexuální symptomatiky, subjektivně velmi nepříjemně prožívané.

Dalším aspektem je zamlčení informací o vlastním sexuálním životě, které se během dlouhodobé léčby escitalopramem nepodařilo vyexplorovat i přes sexuologickou erudici autorky. Pacientka byla informována i o tomto zaměření své lékařky, přesto nedokázala otevřeně o své sexualitě hovořit. Převládá její názor, že kladné prožívání sexuality není pro ženu jejího věku a postavení vhodné. Toto úskalí terapeutického vztahu nemusí být až tak ojedinělé, zahraniční autoři (1, 3, 4) uvádějí asi 30 % pacientů, kteří o své sexualitě hovořit nechtějí, a doporučují, aby to lékař akceptoval.

Podíl lokální hormonální léčby malými dávkami estradiolu se nezdá být v příčinné souvislosti, protože její pacientka brala bez potíží dlouhodobě i před nasazením escitalopramu.

Závěr

Popsaná kazuistika může být interpretována jako hypomanie s převažujícími sexuálními symptomy. Podařilo se odhalit bipolární spektrum u depresivní pacientky a nasadit účinnou thymoprofylaktickou léčbu.

*Práce je podpořena výzkumným záměrem
MŠMT 0021622404*

doc. MUDr. Alexandra Žourková, CSc.

Psychiatrická klinika LF MU a FN
Jihlavská 20, 625 00 Brno
e-mail: zourkova@med.muni.cz

Literatura

1. Bancroft J. Human sexuality and its problems. Edinburgh: Churchill Livingstone (1989).
2. Berk M, Acton M. Citalopram-associated clitoral priapism: a case series, *Int. Clin. Psychopharmacol.*, 1997, 12: 121–122.
3. Bronner G. Coping with sexual health: an inductive intervention model, *Entre Nous, WHO, Kodaň*, 2000/2001, 49: 13–15.
4. Demyttenaere K, DeFruyt J, Sienaert P. Psychotropics and sexuality. *Int. Clinical Psychopharmacology* 1998, 13 (Suppl. 6): S35–S41.
5. Elmore JL, Quattlebaum JT. Female sexual stimulation during antidepressant treatment, *Pharmacotherapy*, 1997, 17: 612–616.
6. Gregorian RS Jr, Golden KA, Bahce A, Goodman C, Kwong WJ, Khan ZM. Antidepressant-induced sexual dysfunction, *Annals of Pharmacotherapy*, 36, 2002: 1577–1589.
7. Greil W, Horvath A, Sassim N, Drazí N, Grohmann R. Disinhibition of libido: an adverse effect of SSRI?, *J. Affect. Disord.*, 2001, 3: 225–228.
8. Morris PL. Fluoxetine and orgasmic sexual experiences, *Int. J. Psychiatry med.*, 1991, 21: 379–382.
9. Pae CU, Kim TS, Lee KU, Kim JJ, Lee CU, Lee SJ, Lee C, Paik IH. Paroxetine-associated spontaneous sexual stimulation, *Int. Clin. Psychopharmacol.*, 2005, 20: 339–341.