

*Katedra antropologie a zdravotní PdF UP v Olomouci*

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**Katedra antropologie a zdravotní**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Bc. Adéla Myslivcová

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Antidepressiva pohledem ambulantně léčených  
psychiatrických pacientů

Olomouc 2013

vedoucí práce: Mgr. Lucie Křeménková, Ph. D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 11. 4. 2013

.....  
Bc. Adéla Myslivcová

Děkuji Mgr. Lucii Křeménkové, Ph. D., za odborné vedení diplomové práce, poskytování rad a materiálových podkladů k práci. Dále děkuji MUDr. Skačánu za pomoc při dotazníkovém šetření.

Úvod .....	6
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>7</b>
<b>1 Deprese.....</b>	<b>8</b>
<b>1.2 Epidemiologie deprese.....</b>	<b>8</b>
<b>1.3 Etiopatogeneze deprese .....</b>	<b>10</b>
<b>1.4 Klinické příznaky.....</b>	<b>12</b>
<b>1.5 Diagnostika .....</b>	<b>14</b>
1.5.1 MKN 10- diagnostická kategorie (Mezinárodní klasifikace nemocí) .....	14
1.5.2 DSM-IV .....	16
1.5.3 Anamnéza .....	17
1.5.4 Psychometrická vyšetření-škály .....	18
<b>1.6 Diferenciální diagnóza .....</b>	<b>18</b>
<b>1.7 Léčba deprese.....</b>	<b>19</b>
2.7.1. Biologická léčba .....	20
1.7.2 Psychoterapeutické metody .....	21
<b>1.8 Deprese a ambulantní psychiatrická léčba.....</b>	<b>22</b>
<b>2 Antidepressiva .....</b>	<b>24</b>
<b>2.1 Antidepressiva I. generace.....</b>	<b>25</b>
2.1.1 Využití antidepressiv I. generace v ambulantní léčbě deprese.....	26
<b>2.2 Antidepressiva II. generace .....</b>	<b>27</b>
2.2.1 Využití antidepressiv II. generace v ambulantní léčbě deprese .....	27
<b>2.3 Antidepressiva III. generace.....</b>	<b>28</b>
2.3.1 Využití antidepressiv III. generace v ambulantní léčbě deprese .....	30
<b>2.4 Antidepressiva IV. generace.....</b>	<b>31</b>
<b>2.4.1. Využití antidepressiv IV. generace v ambulantní léčbě deprese.....</b>	<b>33</b>
<b>2.5 IMAO (Inhibitory enzymu monoaminoxidázy) .....</b>	<b>34</b>
2.5.1 Využití IMAO v ambulantní léčbě deprese .....	35
<b>2.6 Ostatní antidepressiva.....</b>	<b>35</b>
2.6.1 Využití ostatních antidepressiv v ambulantní léčbě deprese.....	36
<b>3 Pohled pacienta na léčbu antidepressivy .....</b>	<b>38</b>
<b>3.1 Compliance pacienta při léčbě deprese.....</b>	<b>38</b>
<b>3. 2 Edukace pacienta o zásadách léčby antidepressivy .....</b>	<b>40</b>

<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>42</b>
<b>4 Cíle výzkumu.....</b>	<b>43</b>
<b>5 Výzkumný soubor .....</b>	<b>45</b>
<b>5.1 Průběh výzkumného šetření .....</b>	<b>47</b>
<b>6 Výzkumná metoda .....</b>	<b>49</b>
<b>7 Prezentace výzkumných šetření .....</b>	<b>50</b>
<b>7.1 Subjektivní posouzení míry deprese u respondentů ve vztahu k proměnným .....</b>	<b>50</b>
7.1.1 Subjektivní posouzení míry deprese u respondentů vzhledem k typu užívaných antidepresiv .....	50
7.2.2. Subjektivní posouzení míry deprese u respondentů vzhledem k délce užívaných antidepresiv .....	56
7.2.3 Subjektivní posouzení míry deprese u respondentů vzhledem k pohlaví.....	59
<b>7.2 Výskyt nežádoucích účinků u respondentů užívajících antidepresiva .....</b>	<b>61</b>
<b>7.3. Svévolné vysazení antidepresiv.....</b>	<b>68</b>
<b>8 Diskuze .....</b>	<b>73</b>
<b>Závěr .....</b>	<b>78</b>
<b>Souhrn.....</b>	<b>79</b>
<b>Summary.....</b>	<b>80</b>
<b>Referenční seznam .....</b>	<b>81</b>
<b>Seznam použitých zkratk .....</b>	<b>90</b>
<b>Seznam tabulek .....</b>	<b>91</b>
<b>Seznam grafů.....</b>	<b>92</b>
<b>Seznam obrázků.....</b>	<b>93</b>
<b>Seznam příloh.....</b>	<b>94</b>

## Úvod

Deprese je vážné onemocnění, které výrazně zneschopňuje nemocné, a je u ní zvýšené riziko vzniku relapsů. Z hlediska psychiatrie je důležitá dlouhodobá farmakologická léčba za využití antidepresiv. Ta s sebou ovšem nese určitá úskalí, která často souvisí s pohledem pacienta na léčbu. Pro dlouhodobou léčbu antidepresivy je důležitá spolupráce mezi pacientem a lékařem, v tomto případě psychiatrem. K tomu, aby byla léčba úspěšná, musí být zvoleno vhodné antidepresivum a vhodná dávka s minimem nežádoucích účinků. Lékař by měl být k pacientovi co nejvstřícnější, empatický a pomoci pacientovi ventilovat negativní emoce. Pacient by naopak měl být přesvědčen o nutnosti užívat léky a samozřejmě věřit v uzdravení.

V teoretické části práce se pojednává o depresi, jejím vzniku, klinických projevech, diagnostice a léčbě. Další část je věnována problematice antidepresiv. Je zde přehledně uvedeno několik, v dnešní době dostupných, generací antidepresiv, které se k léčbě deprese užívají. Probrány jsou nejen jejich indikace, ale i nežádoucí účinky, kontraindikace apod.. Třetí částí je pohled pacienta na léčbu antidepresivy, je zde zejména probrána problematika compliance<sup>1</sup> pacientů k léčbě.

Praktická část pracuje s výzkumnými otázkami a hypotézami a prezentuje získaná data. Tato data byla získána od ambulantních pacientů, kteří se léčí s diagnózou deprese F 32. **Hlavním cílem této práce je zjistit subjektivní posouzení míry deprese u zkoumaných osob ve vztahu k typu, délce užívání antidepresiv a pohlaví respondentů, dále zjistit nežádoucí účinky antidepresiv a hledat souvislosti s předčasným vysazením antidepresiv.**

Je také nutné říci, že psychiatrická onemocnění mají ve společnosti zvláštní postavení a není jednoduché se s onemocněním smířit. Na druhou stranu jsou tato onemocnění léčitelná, a proto je hlavní neztrácet naději. I když se deprese zdá být bezvýchodná.

---

<sup>1</sup>Compliance - dodržování předepsaného léčebného režimu či jiné intervence; ochota nemocného spolupracovat při léčbě (Vokurka, Hugo, 2008).

## **I TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 Deprese

„*Deprese je nemoc, není to situačně smutná nálada, lítost nebo nespokojenost. Jedná se o intenzivní duševní stav charakterizovaný projevy jak psychickými, tak i tělesnými*“ (Janů, Racková, 2007, s. 24-27). Narušení emočního prožívání se objevuje jako součást většiny duševních i somatických obtíží. Lze je chápat jako schopnost našeho organismu signalizovat narušení vlastní rovnováhy (Vágnerová, 2004).

Diagnóza deprese stojí z velké části na líčení subjektivních prožitků nemocného člověka. Lidmi je často vnímána jako tělesné utrpení: kámen v břiše, nesnesitelný vnitřní neklid apod.. Cítění a myšlení nemocného zpočátku odpovídá všední depresivní náladě zdravého člověka, proto není jednoduché pro okolí poznat a uznat ji jako nemoc (Rahn, Mahnkopf, 2000). Je chybné se domnívat, že deprese je onemocnění vůle. Nutné je také odlišit depresi od smutku nebo rozlady. Deprese je intenzivnější než smutek, trvá déle a narušuje každodenní fungování. Mnoho lidí užívá přirovnání „mám depku“, to ovšem nevyjadřuje onemocnění jako takové, ale spíše nespokojenost se svým životem (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009). Onemocnění deprese je vážné a výrazně zneschopňuje pacienta. I když je deprese léčitelné onemocnění, pravděpodobnost výskytu relapsů je vysoká (Martinický, 2008). Pokud není léčena, dochází ke ztrátě výkonnosti, izolaci, ztrátě radosti ze života a zhoršuje celkový stav člověka.

Mnoho lidí s depresí nehledá pomoc. Neuvědomují si, že jsou nemocní, stydí se anebo doufají, že to překonají sami. Pro některé je to jako přiznat slabost nebo selhání. Důležité je si uvědomit, že deprese je nemoc a dá se léčit (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009).

## 1.2 Epidemiologie deprese

Z hlediska afektivních poruch patří deprese mezi nejčastější duševní onemocnění. V současné době deprese postihuje 10 % obyvatelstva (Praško, 2007). Švestka (2009) poukazuje na fakt, že výskyt deprese v posledních desetiletích stoupá, zvláště u narozených po roce 1945. Celoživotní prevalence se v civilizovaných zemích pohybuje okolo 5-17 %. Přičemž na prvním místě je USA (17 %). Naopak nejnižší celoživotní prevalenci udává Japonsko (3 %); (Andrade, Caraveo, 2003).



V Evropských zemích se dle šetření EHIS vyskytují deprese nejčastěji mezi 45-64 lety (Daňková, 2011). Höschl uvádí jako průměrný věk 40 let (Höschl, Libiger, Švestka, 2004). Depresemi trpí až 50 % lidí nad 65 let. Z toho 10-40 % seniorů je postižených subsyndromální depresí, která nenaplnuje diagnostická kritéria dle MKN<sup>2</sup> 10. Dle studie HUNT, do které bylo zapojeno 60 tisíc lidí, byla diagnostikována deprese u 4 % osob mezi 20-29 lety. Výrazně vyššího výskytu deprese dosáhli senioři nad 80 let (20 %). Z této studie tedy vyplynulo, že výskyt deprese stoupá s věkem (Holmerová, Jurašková, Vaňková, 2007).

U depresivních onemocnění je velmi zjevný rozdíl incidence v závislosti na pohlaví. Poměr mužů a žen trpících unipolární depresí je zhruba 1:2. Prevalence deprese je v rozmezí 4,5-9,3 % u žen a 2,3-3,2 % u mužů (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006). Čěšková (2012) uvádí, že se ve svém životě s depresí setká 21 % žen a 13 % mužů. Důvodem zvýšené incidence deprese u žen může být synergismus estrogenu se serotoninem nebo také fakt, že muži méně často vyhledají pomoc lékaře (Čěšková, 2012).

U dětí je výskyt deprese mezi dívkami a chlapci stejný. Možnost výskytu deprese se u dítěte zvyšuje, pokud oba rodiče trpí afektivním onemocněním, v tomto případě riziko činí 55,7 % (Rahn, 2000).

V ambulancích psychiatrů bylo léčeno v roce 2011 celkem 102 671 pacientů s afektivní poruchou. Dle statistik, v Olomouckém kraji, navštívilo ambulance psychiatrů 8 051 pacientů s afektivní poruchou. Na Vysočině to bylo 6 469 pacientů. Incidence afektivních poruch v ambulantní péči je 18 pacientů na 10 000 obyvatel (Nechanská, 2012).

Deprese je těžké duševní onemocnění, které může lidi dovést na okraj jejich existence a dohnat je až k sebevraždě. Podle studií až 15 % depresivních pacientů umírá sebevraždou. V letech 2000-2005 byly duševní poruchy v čele s depresivním onemocněním na druhém místě z celkového počtu dokonaných sebevražd (Lukeš, 2007).

---

<sup>2</sup> MKN-Mezinárodní klasifikace nemocí (Smolík, 2002).

### 1.3 Etiopatogeneze deprese

I když o depresi víme mnoho, není možné jednoznačně určit příčinu. Faktorů, které se podílejí na vzniku deprese, ale i jiných psychických onemocnění může být několik (tabulka 1). Vágnerová (2004) uvádí, že se jedná o soubor dědičných dispozic, vývojově podmíněných změn i různých aktuálních zátěžových faktorů.

Význam **genetických faktorů** je v případě deprese nesporný. O tom také vypovídají geneticko-epidemiologické studie, které potvrzují, že čím bližší je biologický vztah, tím je i vyšší výskyt depresivního onemocnění mezi příslušníky (Raboch, Zvolský, 2001). Bylo také prokázáno, že u pacientů s rodinnou zátěží se depresivní onemocnění projevuje v nižším věku (Hatterma, 2010).

Další možná příčina může být ve **struktuře a funkci mozku**. U depresivních pacientů bylo zjištěno, že mají levou část prefrontální kůry méně aktivní, což vysvětluje nedostatek pozitivních pocitů. Dále také snížený objem šedé kůry mozkové.

Hipokampus<sup>3</sup> bývá u tohoto onemocnění o 8-19 % menší. A ventrální striga<sup>4</sup> jsou atrofována.(Preiss, Kučerová, 2004) Vliv na vznik onemocnění může mít také postižení levé hemisféry, především frontálního laloku (Vágnerová, 2004).

Dlouhodobé sledování také prokázalo rozšíření třetí mozkové komory u depresivních pacientů (Preiss, Kučerová, 2004). Funkční změny a biochemické odchylky také hrají v etiopatogenezi onemocnění významnou roli. Raboch a Laňková (2006) uvádí, že v dnešní době se deprese považuje za dysfunkci mozkových okruhů modulovaných monoaminovými systémy. Jedná se zejména o funkci noradrenalinového systému, a stejně tak je přikládána důležitost správné sekreci serotoninu. Výzkum těchto neurotransmiterů<sup>5</sup> si vydobyl svou pozornost zejména z důvodu nalezení antidepressiv (Rahn, 2000). Další biologický podklad duševních poruch, vychází z předpokladu, že deprese (zejména sezónní) a poruchy nálady vznikají narušením cirkadiálních rytmů. Z medicínského pohledu se rytmizace uplatňuje ve všech úrovních činnosti organismu. Na podkladě této hypotézy se mezi terapeutické metody řadí také chronobioterapie (Raboch, 2012).

---

<sup>3</sup> Hipokampus - lat. obloukový závit ve spodní části mozku, součást limbického systému (Vokurka, Hugo, 2007).

<sup>4</sup> Ventrální striga - jádro nukleus caudatus, které je součástí corpus striatum, nejobjemnější částí bazálních ganglií (Höschl, Libiger, Švestka, 2002)

<sup>5</sup> Neurotransmitter - nervový přenašeč, chemická látka uvolňovaná z nervového zakončení na synapsi.(Vokurka, Hugo, 2007).

Další možnou příčinou vzniku depresí mohou být **vnější vlivy**. Uvádí se, že až 83 % depresivních epizod vzniká v návaznosti na předešlé negativní události (Keller, Nesse, 2005). Mezi ně patří zejména ztráta milované osoby, ztráta zaměstnání, rozvod, problematické vztahy a samozřejmě také zdravotní problémy (Bilsker, 2007). Samotný výskyt těchto událostí ovšem nemusí být jednoznačným prediktorem pro vznik deprese. Záleží na tom, jak jsou tyto události vnímány. Negativně působí také depresivní rodinné klima. Podle některých teorií má pro vznik deprese význam učení, disponovaný člověk se naučí na nepříznivé životní situace reagovat depresivním chováním. Mezi vnější vlivy se řadí i klimatické podmínky. Je známo, že deprese se objevují častěji v podzimním období a mění intenzitu také během cyklu střídání dne a noci (Vágnerová, 2004).

Vymětal (2003) depresivní stavy dělí dle etiologie na deprese symptomatické, endogenní, psychogenní a larvované. Symptomatické deprese předcházejí, doprovázejí anebo následují somatická onemocnění. Mohou to být např. virózy, infekční žloutenka nebo mozkový tumor. Endogenní deprese je postavena na řadě biochemických hypotéz a řadí se mezi ně endogenní deprese s monopolárním nebo bipolárním průběhem. Mezi deprese psychogenní jsou řazeny reaktivní depresivní stavy, deprese neurotické nebo deprese mající pravděpodobnou příčinu v osobnosti pacienta. Deprese larvované jsou charakteristické tím, že se příliš neprojevují na psychice pacienta, ale spíše mají vyjádřeny somatické příznaky. Bývají řazeny do endogenních depresí (Vymětal, 2003).

**Tabulka 1.** Vznik psychických onemocnění (Vágnerová, 2004)

<b>Porucha</b>	<b>Dědičnost</b>	<b>Rodinné prostředí</b>	<b>Jiné vlivy prostředí</b>
<b>Bipolární poruchy</b>	0,86	0,07	0,07
<b>Velké deprese</b>	0,52	0,30	0,18
<b>Schizofrenie</b>	0,63	0,29	0,08

Tabulka uvádí různé vlivy a jejich dopad na vznik některých psychických onemocnění.

## 1.4 Klinické příznaky

*„Deprese je nejstarší trýznitel lidstva.“*

(Křivohlavý, 2012; s. 87)

Depresivní onemocnění má velké spektrum příznaků. Základní symptom, který bývá přítomen u všech nemocných, je smutná (depresivní) nálada. Ta je udávána buď subjektivně, nebo může být objektivně pozorována. Podmínkou pro správné určení diagnózy je trvání pokleslé nálady minimálně dva týdny (Raboch, Zvolský, 2001). Depresivní nálada nebývá vázána na konkrétní události a svou intenzitou a trváním není ve vztahu k případným zátěžím adekvátní. Jsou přítomny i další **poruchy emotivity**, jakými je neschopnost radovat se, zvýšený sklon k pocitům viny, pocity beznaděje, zoufalství a bezmocnosti. Depresivní ladění velmi silně ovlivňuje veškeré prožívání (Vágnerová, 2004).

V klinickém obrazu jsou dále přítomny **poruchy kognitivních funkcí**. Mezi ty patří negativní automatické myšlení, zahrnující tendenci k dichotomickému, černobílému vidění. Časté jsou ruminace<sup>6</sup>, hypochondrické nebo suicidální myšlenky. U 2/3 depresivních nemocných byly zjištěny myšlenky na sebevraždu (Raboch, Zvolský, 2001). Nemocný s depresí subjektivně hodnotí každou situaci špatně a je přesvědčen, že ho již nic dobrého nepotká. Depresivní pacienti mají sníženou schopnost soustředění, často nejsou schopni se rozhodovat nebo si vybavit v paměti potřebné údaje (Juklová, Skorunková, 2009). Vágnerová (2004) udává, že u 8 až 15 % nemocných s depresí se vyskytují bludné symptomy. Nejčastěji je to autokuzační blud (nemocný je lhář, hříšník, vše zkazil, žene se do záhuby apod.)

U deprese dochází ke změně **psychomotorického tempa**. Ta je viditelná zejména v mimice a celkových motorických projevech (ochablé držení těla, pomalá chůze). Řeč bývá tichá a monotónní. (Juklová, Skorunková, 2009). V krajním případě může být přítomen depresivní stupor. Projevuje se nehybností, mutismem<sup>7</sup>, vědomí může být zastřené. V opačném případě může být zjevný pohybový neklid, který vede až k psychomotorické agitovanosti.

---

<sup>6</sup> Ruminace -obsedantní uvažování (Vokurka, Hugo, 2000).

<sup>7</sup> Mutismus -neschopnost mluvení z psychických příčin (Vokurka, Hugo, 2007).

Při onemocnění se vyskytují také **změny osobnosti**. Deprese ovlivňuje nejen jednání, ale i celou osobnost člověka. Nemocný je přesvědčen, že vše je pro něj příliš složité, není schopen nic zvládnout, a nic nedokáže (Vágnerová, 2004).

Deprese bývá často spojována s pojmem naučená bezmocnost. Je to přesvědčení, že jakákoliv naše snaha (aktivita, práce, úsilí) je marná (Saligman, 2002).

Další klinicky významné jsou **somatické příznaky**. Mezi ně patří ztráta chuti k jídlu, úbytek na váze, dyspeptické obtíže, poruchy spánku. Typické je časně buzení, v 80 % se jedná o buzení kolem 2- 3 hodiny ránní. To je doprovázeno tzv. ranními pesimy (v tuto dobu je deprese subjektivně popisována nejhůře). U některých depresivních pacientů se naopak může vyskytovat nadměrná spavost, ta ovšem nebývá tak častá. Člověk má pocit, že musí zaspat všechno své trápení a výčitky (Raboch, Buliková, Sikmundová, 2009). K dalším somatickým příznakům patří snížené libido až vyhasínající sexuální potřeba, pocity svírání na hrudi, bušení srdce, bolesti hlavy a břicha, zažívací potíže nebo také závratě (Vágnerová, 2004). Somatické obtíže jsou nejčastěji udávány pacienty trpícími larvovanou depresí, která je typická právě převládající somatickou symptomatologií (Švestka, 2000).

Zajímavostí je, že ženy uvádějí větší závažnost deprese než muži (Češková, 2012). Ze studie, kde byly sledovány rozdíly v depresivním prožívání, byly nalezeny zajímavé odlišnosti. Muži si stěžovali nejvíce na smutnou a špatnou náladu, pesimismus a neschopnost činnosti. Naopak ženy u lékaře uváděly, že cítí lítost a přecitlivělost, mají neustálý pocit napětí a smutnou náladu (Turbová, Cagaš, 2004). V ambulanci psychiatra se můžeme setkat s nejrůznějším popisem depresivní nálady, tabulka 2 popisuje výroky pacientů s depresí.

**Tabulka 2.** Jak se cítím (Křivohlavý, 2003)

<b>Jak se cítím?</b>	
„Zklamaně“	„Je mi, jako by nastal konec světa“.
„Bez duše“	„Chtěla bych raději nebýt“.
„Bez radosti“	„Nejraději bych se zabila“.
„Beznadějně“	„Žlučovitá“
„V rozpacích“	„Zlá“
„Plná hořkosti“	„Poškozená“
„Vystrašená“	„Nejsem schopna hledat východisko z jeskyně, v níž jsem uvězněna“.

Tabulka uvádí, jak se cítí pacienti s depresí

## 1.5 Diagnostika

V současné době je možné depresi hodnotit dle Světové zdravotnické organizace (MKN-10), nebo podle klasifikace Americké psychiatrické asociace (DSM IV); (Forgášová, Koníková, Zacharová, 2005). Oba tyto operační diagnostické systémy klasifikují psychické poruchy v závislosti na počtu kritérií příznaků (Saito, 2010). Pro diagnózu deprese stačí jediná zřetelně ohraničená depresivní epizoda (Smolík, 2002).

### 1.5.1 MKN 10- diagnostická kategorie (Mezinárodní klasifikace nemocí)

Afektivní poruchy jsou v MKN označeny kódem F 30- F39. U těchto poruch je základní vlastností porucha efektivity nebo nálady směrem k depresi nebo euforii. Depresivní fáze má označení F 32. Tato fáze může probíhat v lehké, střední nebo těžké formě.

F 32.0 Lehká depresivní fáze.

F 32.1 Středně těžká depresivní fáze.

F 32.2 Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků.

F 32.3 Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky.

F 32.8 Jiné depresivní fáze.

F 32.9 Depresivní fáze nespecifikovaná (ÚZIS, 2013).

Pro lehkou depresivní epizodu (F 32.0) musí být přítomny dva hlavní symptomy a dva doprovodné. Pro střední depresivní epizodu (F 32.1) musí být přítomny 2 až 3 hlavní symptomy a 3 až 4 doprovodné. Při těžké depresivní epizodě (F 32.2) musí být přítomny 3 hlavní a 4 doprovodné symptomy. Pro diagnostiku depresivní epizody MKN 10 rozlišujeme hlavní symptomy a ostatní časté symptomy, které jsou uvedeny v tabulce 3. Kritéria udávají, že epizoda musí trvat nejméně dva týdny (Rahn, Mahnkopf, 2000).

**Tabulka 3:** Skupina symptomů depresivních poruch (Rahn, Mahnkopf, 2000, s. 230)

Hlavní symptomy	Ostatní časté symptomy
<p>Stísněná, skleslá nálada</p> <p>Pokles či ztráta zájmů</p> <p>Ztráta schopnosti radovat se</p> <p>Snížená dynamogenie se zvýšenou unavitelností</p> <p>Omezení aktivity</p>	<p>Snížená koncentrace a pozornost</p> <p>Snížené sebevědomí</p> <p>Negativní a pesimistické pohledy do budoucna</p> <p>Suicidální myšlenky a jednání</p> <p>Poruchy spánku</p> <p>Snížená chuť k jídlu</p>

Tabulka uvádí hlavní a ostatní časté symptomy dle klasifikace MKN 10.

#### Obecná diagnostická kritéria pro depresivní epizodu (F 32)

1. Depresivní epizoda by měla trvat nejméně dva týdny.
2. V průběhu života jedince se nikdy nevyskytly příznaky, které by stačily k naplnění kritérií pro hypomanickou nebo manickou epizodu (F 30).
3. Epizoda není způsobena užíváním psychoaktivních látek (F10-F19) nebo organickou duševní poruchou ve smyslu F00-F09 (Smolík, 2002).

Mezinárodní klasifikace nemocí umožňuje charakterizovat u deprese závažnost (lehká, středně těžká, těžká). Přítomnost nebo nepřítomnost somatického syndromu a přítomnost nebo nepřítomnost psychotických příznaků (Smolík, 2002).

## 1.5.2 DSM-IV

Depresivní epizody jsou vymezeny určitým příznakovým okruhem. Ty mohou být specifikovány několika definovanými charakteristikami, přičemž DSM-IV vykazuje těchto charakteristik více než MNK-10 (Smolík, 2002).

### **Diagnostická kritéria DSM- IV pro velkou depresivní epizodu**

Pro určení velké depresivní poruchy musí být v bodě A vyjádřeno nejméně pět příznaků deprese. A dále musí být splněny body B, C, D a E.

- A.** Nejméně 5 následujících příznaků v období trvání minimálně dva týdny, které nelze přičíst obecně medicínskému stavu, náladě nepřiléhavým bludům nebo halucinacím
1. Depresivní nálada po většinu dne, téměř každý den, jak vyplývá buď ze subjektivního sdělení, nebo z pozorování.
  2. Zřetelné snížení zájmů nebo pohody při všech, nebo téměř při všech činnostech v průběhu dne, téměř každý den, vyplývající ze subjektivního hodnocení nebo pozorování jiných osob.
  3. Signifikantní ztráta hmotnosti i bez redukční diety nebo přírůstek hmotnosti, snížená nebo snížená chuť k jídlu každý den.
  4. Insomnie nebo hypersomnie téměř každý den.
  5. Psychomotorická agitovanost nebo retardace téměř každý den (pozorované jinými osobami, ne pouze subjektivní pocity neklidu anebo zpomalení).
  6. Únava nebo ztráta energie téměř každý den.
  7. Pocity vlastní bezcennosti nebo nadměrné či neodpovídající viny, které mohou být bludné, téměř každý den (nejedná se pouze o vyčítání si nebo pocit viny ze zhoršení stavu).
  8. Snížená schopnost myslet, koncentrovat se nebo nerozhodnost téměř každý den (subjektivní hodnocení nebo pozorování jiných osob).
  9. Opakované myšlenky na smrt (ne pouze strach ze smrti), opakované suicidální představy bez konkrétního plánu nebo suicidální pokus, případně konkrétní plán provedení sebevraždy.
- B.** Příznaky nesplňují kritéria pro smíšenou epizodu.
- C.** Příznaky působí distres a narušení v sociálních, pracovních a jiných činnostech.



**D.** Příznaky nejsou důsledkem působení jiných látek (drog) nebo obecně medicínského stavu.

**E.** Příznaky nelze vysvětlit patologickým zármutkem.

U diagnostických kritérií DSM-IV se dělí depresivní epizody dle závažnosti (lehké, středně těžké nebo těžké), přítomnosti melancholických rysů, přítomnosti psychotických příznaků. Dále charakteristiky chronicity, katatoní<sup>8</sup>, atypické rysy a deprese na začátku porodu. U rekurentní depresivní epizody se uvádí také charakteristika dlouhodobého průběhu, sezónní rysy a rekurentní epizoda s rychlými cykly (Smolík, 2002).

Vytvoření optimální a všeobecně celosvětově přijímané kombinace evropského a amerického výzkumného myšlení není v současné době možné. I přes tyto problémy je ovšem třeba pokračovat dále ve sbližování pohledů a hledání optimálních variant (Kebza, Paclt, 2002).

### **1.5.3 Anamnéza**

Anamnéza je v diagnostice deprese klíčová. Schopnost podrobně, taktně a citlivě odebrat anamnézu je základem dobrého vztahu mezi lékařem a pacientem (Hoschl, Libiger, Švestka, 2002). Cílem anamnézy je získání a kategorizace relevantních údajů z minulosti, které pomáhají vysvětlit současný stav (Svoboda, 1999). Lékař během rozhovoru hodnotí slovní projev, dynamiku, náladu a přítomnost psychopatologických příznaků. Z rozhovoru se zaměřuje na zjištění rodinné, osobní a objektivní anamnézy (Malá, Pavlovský, 2002). V rodinné anamnéze se zaměřuje na údaje, které by mohly zachytit případné hereditární faktory. Osobní anamnéza se vztahuje bezprostředně na vyšetřovaného jedince. Dle zdroje informací se dělí na subjektivní a objektivní. Subjektivní anamnéza (autoanamnéza) je taková, kdy je zdrojem informací subjekt sám. V případě, že je zdrojem informace jiný člověk, nejčastěji příbuzní, spolupracovníci nebo známí, jedná se o anamnézu objektivní (heteroanamnézu); (Svoboda, 1999). Zvláštní důraz musí být kladen na popis přítomného psychického stavu (Malá, Pavlovský, 2002).

---

<sup>8</sup>Katatonie-pohybové abnormality způsobené duševním stavem (chorobou), projevují se nadměrnou aktivitou nebo naopak sníženou aktivitou až ztrnutím (stuporem); (Vokurka, Hugo, 2007)

## 1.5.4 Psychometrická vyšetření-škály

### Beckova stupnice pro posuzování závažnosti deprese BDI

Tato posuzovací škála je dotazník, který je schopen ukázat celkovou míru deprese. Vyhodnocuje se jednou týdně a sami pacienti mohou sledovat, jakým způsobem se mění intenzita deprese v závislosti na čase. (Příloha 1) Dotazník obsahuje 21 položek a odpovědi na položky jsou hodnocené body. Součet všech bodů položek udává celkové skóre deprese (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009). Položky jsou zaměřeny na afektivní, kognitivní, motivační a fyziologické symptomy deprese. U Beckovy sebeposuzovací škály deprese je podstatné, že:

- a) Dotazník je primárně určen k měření hloubky deprese, ne k přítomnosti deprese.
- b) Dotazník nedokáže odlišit „endogenní“ a „exogenní“ depresi.
- c) Dotazník měří depresi jako stav, ne jako rys osobnosti (Preiss, Vraná, Kuchařová, 2010).

### Posuzovací stupnice tíže deprese PHQ-9

Tento typ posuzovací stupnice byl modifikovaný z PRIME-MD. Tyto typy diagnostických nástrojů jsou využívány v primární péči. Dotazník obsahuje 9 položek, na které pacienti odpovídají. (Příloha 2). Ke každé odpovědi je uvedeno bodové hodnocení. Výsledné bodové skóre informuje, zda se jedná o depresi lehkou, středně těžkou nebo těžkou (Raboch, Laňková, 2008).

Další posuzovací škály, které lze k diagnostice deprese využít je Hamiltonova posuzovací škála, stupnice Montgomeryho a Asbergové MADRS, Zungova posuzovací škála a CES-D.

Diagnózu deprese lze ještě rozpoznat z některých zobrazovacích metod, jako je EEG, EMG, CT, MR, PET. Za standardních okolností se těchto metod nevyužívá (Preiss, Vraná, Kuchařová, 2010).

## 1.6 Diferenciální diagnóza

Deprese je onemocnění afektů a také často úzce souvisí s jinými emočními stavy. Rahn a Mahnkopf (2000) poukazují na záměnu deprese s jinými pocitovými kvalitami, jako je například smutek, agrese, úzkost nebo vina. Zvláštnost depresivního afektu spočívá

v tom, že jsou poškozeny především kontrolní mechanismy postiženého, což vede k pocitům bezmocnosti. Depresivní symptomy se také mohou vyskytovat u jiných duševních onemocnění. Mezi ty patří schizofrenie, syndrom závislosti, úzkostné a nutkavé poruchy, bipolární deprese a mnoho dalších. Depresivní syndromy mohou být přítomny také u tělesných onemocnění (sekundární deprese). Často jsou to nádorová onemocnění, endokrinní poruchy, hypoxie, roztroušená skleróza, traumata, mozková mrtvice, endokrinní poruchy, infekční onemocnění aj. (Praško, Možný, Šlepecký, 2007).

V diagnostice je také nutné zvažovat, zda nejde o depresivní syndrom navozený psychoaktivními látkami nebo jinými léky. Z psychoaktivních látek to může být například metamfetamin<sup>9</sup>, alkohol nebo barbituráty<sup>10</sup>. Mohou to být i léky, které se využívají v somatické medicíně- antikonvulziva<sup>11</sup>, cytostatika, antihypertenziva (Praško, Možný, Šlepecký, 2010).

## 1.7 Léčba deprese

Hlavním úkolem léčby deprese je odstranit příznaky onemocnění, obnovit původní pracovní a společenské uplatnění a odvrátit nebezpečí relapsu choroby. Poruchy nálady mají převážně periodický průběh a jejich léčba probíhá ve třech stupních: jako akutní udržovací a profylaktická (Hoschl, Libinger, Švestka, 2002). Akutní léčba trvá od zahájení terapie antidepresivy do kompletního odeznění symptomů. Náznaky zlepšení stavu se dostávají již během prvního a druhého týdne. Částečná remise<sup>12</sup> deprese bývá kolem 4. a 6. týdne a udává se při ní redukce příznaků o 40-60 %. Profylaktická terapie má za cíl zabránit recidivě<sup>13</sup> nemoci a výskytu nové epizody u sledovaného pacienta (Raboch, 2000). Tyto etapy jsou znázorněny na obrázku č. 1.

---

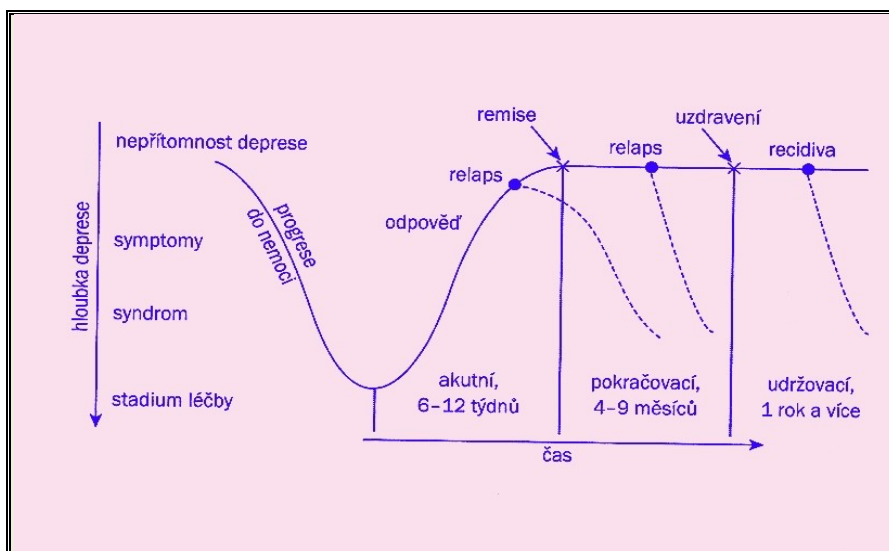
<sup>9</sup> Metamfetamin- pervitin (Vokurka, Hugo, 2007).

<sup>10</sup> Barbituráty- léky dříve užívané při nespavosti, při dlouhodobém podávání dochází k závislosti (Vokurka, Hugo, 2007)

<sup>11</sup> Antikonvulziva- antiepileptika, léky proti křečím (Vokurka, Hugo, 2000).

<sup>12</sup> Remise- vymizení příznaků a projevů onemocnění, nikoliv nemoci samé. (Vokurka, Hugo, 2007)

<sup>13</sup> Recidiva- návrat nemoci, která již byla vyléčena nebo u níž vymizely příznaky. (Vokurka, Hugo, 2007)



**Obrázek 1** Etapy léčby deprese (Raboch, s. 7, 2000)

V 90 % případů se léčba depresí odehrává v ambulancích praktických lékařů. Jedná se zejména o lehké a střední unipolární deprese. Těžké formy deprese jsou doménou ambulantních psychiatrů. Ve zvláštních případech, kdy například hrozí riziko suicida, může být pacient hospitalizován (Hosák, 2000).

Metody léčby deprese se dělí na biologické a psychoterapeutické.

### 2.7.1. Biologická léčba

Nejčastěji využívanou metodou je bezpochyby farmakologická léčba. Její předností je zejména snadné podávání a malé nároky na pacientův i lékařův čas. Léčba psychofarmaky je doménou ambulantní péče (Höschl, Libinger, Švestka, 2002). Pro přehlednost zde uvádím i ostatní možnosti biologické léčby, které jsou využívány.

**Antidepressiva** mají v léčbě deprese své pevné místo. Je ovšem nutné dodržovat všeobecné postupy v terapii deprese. Pokud se jedná o lehkou depresi, doporučuje se pacientům psychoterapeutická léčba za pomoci KBT (kognitivně behaviorální terapie). V případě středně těžké nebo těžké deprese, je nutná medikamentózní terapie spolu s KBT a IPT (individuální podpůrná terapie); (National institute for health and clinical excellence, 2009). Vzhledem k tomu, že se tato práce zabývá pohledem pacientů na antidepressiva, bude o antidepressivech a jejich jednotlivých kategoriích pojednáno v samostatné kapitole.

**Fototerapie** je metoda biologické léčby, která se využívá k překlenutí doby účinku antidepressiva anebo v terapii sezónní deprese. Jedná se o ranní aplikaci jasného bílého

světla o intenzitě alespoň 5000 Luxů. Fototerapie trvá přibližně 2-3 týdny (Praško, Sikmundová, Buliková, 2009). Výhodou této metody je především to, že způsobuje minimum komplikací. Na druhou stranu má pouze dočasný účinek (Höschl, Švestka, Libinger, 2002).

**EKT**, elektrokonvulzivní terapie je v dnešní době tou neúčinnější metodou v léčbě depresí a dosud nebyla překonána. EKT se provádí pod narkózou a při svalové relaxaci a jejím úkolem je vyvolat epileptický záchvat „grand mal“ (Höschl, Libinger, Švestka, 2002). Vhodná je zejména u pacientů s hlubokou depresí (Praško, Buliková, Sikmundová, 2009). Indikace EKT je závislá na komplexním zhodnocení diagnózy a zvážení možných rizik oproti terapeutickému zisku. Primárně jde o závažnou depresivní symptomatiku (katatonie, riziko suicida, odmítání potravy); (Rahn, Mahnkopf, 2000). U pacientů, kteří nereagují na farmakologickou léčbu. Bylo prokázáno, že u pacientů s psychotickými příznaky deprese je léčba EKT účinnější než užívání tricyklických antidepresiv (Gelder, Harrison, Cowen, 2006).

**TMS** neboli transkraniální magnetická stimulace je založena na aplikaci magnetického pole na specifickou oblast mozkové kůry. Jedná se o neinvazivní a bezbolestnou terapeutickou metodu. Celý proces trvá zhruba 20 minut, a provádí se jedenkrát denně po dobu 10-15 dní. U 10-20 % pacientů se po TMS objevují bolesti hlavy (Praško, Sikmundová, Buliková, 2009).

### 1.7.2 Psychoterapeutické metody

*„Psychoterapie je především léčbou (sekundární prevencí), ale i profylaxí (primární prevencí) a rehabilitací (terciární prevencí) poruch zdraví, která se uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy“* (Vymětal a kol., 2004, s.20).

**Kognitivně behaviorální terapie (KBT)** je aktivní, direktivní a časově ohraničující přístup. Vychází z předpokladu, že efektivita a chování jedince jsou do značné míry určovány tím, jak strukturuje svět kolem sebe. Bezprostředním cílem je zmírnění příznaků deprese a dlouhodobým cílem je, aby se pacient naučil využívat v běžném životě postupy, které by zmírnily riziko dalších depresivních epizod (Praško, Šlepecký, Možný, 2007).

Základními kroky KBT jsou psychoedukace, kognitivní restrukturalizace s behaviorálními experimenty a plánování činností. V průběhu léčby je důležité

dosáhnout změny kognitivních schémat, nacvičit řešení problémů a zlepšit psychosociální dovednosti klienta. U těžkých depresivních epizod se doporučuje KBT kombinovat s léčbou antidepresivy (Praško, Šlepecký, Možný, 2007).

**Psychodynamická terapie** je pojem, který v sobě nese vícero terapií, dohromady tvořící základ psychoanalytické teorie. Ta hovoří o tom, že deprese vzniká na podkladě deficitu osobnostní struktury jedince, a také na problémových vztazích s blízkými osobami. Nejvíce pak závisí na vztahu s matkou (Vymětal, 2004). Při terapii je důležité zaměřit se na mechanismy pacienta, které v něm fungují a zjišťovat souvislosti se zážitky z minulosti. Prováděné studie ukazují, že KBT je v léčbě deprese účinnější než psychodynamická terapie. Přičemž nejvhodnější metodou psychodynamické terapie je krátká psychodynamická terapie, která zahrnuje až 24 sezení terapeuta s klientem (Fonagy, Roth, Higgitt, 2005).

**Gestalt terapie** je zaměřena především na přítomnost a na vyjadřování a prožívání emocí (Kratochvíl, 1998). Roubal (2005) udává, že gestalt terapie deprese se zabývá dynamikou vztahu a popisuje, že vše probíhá v pohybu. S tím souvisí i pojem kontaktní cyklus<sup>14</sup>, který je vlivem deprese porušen. Nejčastěji je deformován retroflexí. Bez psychoterapie často pacient propásne šanci nalézt nové zdroje podpory sama sebe. Deprese by měla být zprávou: „Zkus to i jinak“. A psychoterapie napomáhá tuto zprávu slyšet (Roubal, 2005).

## 1.8 Deprese a ambulantní psychiatrická léčba

Počet pacientů, kteří navštíví psychiatra, neustále stoupá. V České republice je ročně nově diagnostikováno kolem pěti tisíc depresivních pacientů. Z toho je asi tisíc pacientů hospitalizováno a ostatní pacienti jsou léčeni ambulantně (Kardošová, 2010). S tímto faktem také souvisí nárůst psychiatrických ambulancí. V roce 2010 bylo v ČR evidováno 981 psychiatrických ambulancí, přičemž nejčastěji zastoupenou diagnózou v ambulanci psychiatra byly neurotické poruchy<sup>15</sup> (38 %). Hned na druhém místě to byly poruchy afektivní<sup>16</sup> (19,1 %); (ÚZIS<sup>17</sup>, 2011). Ambulantních pacientů s afektivními poruchami

---

<sup>14</sup> Kontaktní cyklus- cyklus seberegulace organismu (Roubal, 2005).

<sup>15</sup> Neurotické poruchy- poruchy charakteru neurózy, v současnosti se k nim řadí anxiózní poruchy, disociační poruchy, fobické úzkostné poruchy, obsedantně-kompulzivní poruchy, panická porucha, somatoformní poruchy aj. (Vokurka, Hugo, 2007)

<sup>16</sup> Afektivní poruchy- týkající se citové (emoční) stránky člověka. K těmto poruchám patří poruchy nálady, deprese aj. (Vokurka, Hugo, 2000)

<sup>17</sup> ÚZIS-ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

v závislosti na pohlaví je evidováno 32 213 mužů a 70 458 žen (Nechanská, 2012). Statistiky také uvádějí, že zhruba 50 % pacientů s depresí se nedostaví k lékaři (Kardošová, 2010).

Pacienti vyhledávají psychiatrickou pomoc z důvodu přetrvávajících klinických potíží. Lékař na základě diagnostických postupů určí, zda se jedná o depresi, a doporučí léčebný postup. Deprese je dnes poměrně dobře léčitelná antidepresivy, po nichž dochází ke zlepšení psychického stavu u 2/3 léčených pacientů (Švestka, 2000). V ambulanci psychiatra je velmi důležité zjistit intenzitu deprese a dle toho indikovat léčbu. U lehčích depresí je doporučována psychoterapie a u těžších forem léčba biologická. Nesmírně důležitý faktor pro léčbu deprese je vztah pacient-lékař, protože užívání antidepresiv bývá dlouhodobé (Žourková, 2008).

Velkým úskalím v ambulantní léčbě deprese je předčasné vysazení antidepresiv. Vliv na správné užívání má, jak už bylo uvedeno, vztah lékaře a pacienta a samozřejmě také typ medikace, kterou pacient užívá. Aby bylo dosaženo v terapii co nejlepších výsledků, je nutné, aby byly v rovnováze všechny tyto aspekty (Kosová, 2004). Předčasné vysazení antidepresiv u pacientů ovlivňuje přítomnost nežádoucích účinků, a také výrazné zlepšení psychického stavu. Toto svévolné vysazení medikace vede ke zvýšenému riziku relapsů (Rahn, Mahnkopf 2000).

## 2 Antidepresiva

Antidepresiva jsou léky, které primárně odstraňují patologicky pokleslou náladu a úzkostné potíže (Praško, 2011). Mohou se ovšem využívat i u řady jiných nemocí, jako je například kompulzivně-obsedantní porucha, panické poruchy, poruchy příjmu potravy, abstinenční syndrom, apod. (Fišar a kol., 2009). Dle SÚKL<sup>18</sup> jejich spotřeba výrazně roste. Ve srovnání s rokem 1998 a 2007 došlo k nárůstu dodávek antidepresiv v počtu balení o 140 % (SÚKL, 2008).

Úspěšná léčba deprese musí být postavena na dobrém výběru antidepresiva. Volba musí být učiněna dle několika důležitých parametrů. V souvislosti s antidepresivy musí lékař znát účinnost, snášenlivost a především bezpečnost léku (Příloha č. 3). Z hlediska pacienta přihlíží na jeho věk, pohlaví, typ deprese, somatickou komorbiditu, stav enzymového systému odpovídajícího za metabolismus léčiv (Fišar a kol., 2009). Martínková (2007) uvádí, že adekvátně léčena je pouze 1/3 nemocných s depresí. Kumar a Clark (2002) zastávají stanovisko, že pokud je předepsána odpovídající léčba, je u 60-70 % pacientů úspěšná a dochází k ústupu deprese.

Působení antidepresiv je sympatomimetické<sup>19</sup> a účinky nastupují s několikátýdenní latencí. Účinky dostupných antidepresiv lze vysvětlit zlepšením neurotransmise<sup>20</sup> monoaminů (noradrenalin, serotonin, a menší míře i dopamin); (Hynie, 2000).

K dispozici je více než čtyřicet antidepresiv, které lze rozdělit do jednotlivých skupin (Fišar a kol., 2009); (Příloha č.4). Bouček a Pidrman (2005) uvádějí dělení antidepresiv dle rozličných hledisek:

- podle chemického složení,
- podle farmakologického profilu,
- podle ovlivnění neurotransmiterů a receptorů v CNS<sup>21</sup>,
- podle klinického působení.

Antidepresivům je věnována pozornost zejména z důvodu nárůstu pacientů s depresí. Tato kapitola popisuje jednotlivé typy antidepresiv. Charakterizuje jejich vlastnosti

---

<sup>18</sup> SÚKL- Státní ústav pro kontrolu léčiv

<sup>19</sup> Sympatomimetický- mající účinky na sympatický nervový systém (způsobují zvýšení krevního tlaku, zúžení cév apod.);(Vokurka, Hugo, 2007).

<sup>20</sup> Neurotransmise- přenos nervového signálu skrz synaptickou štěrbinu a umožňuje tak další šíření a podráždění nebo vyvolání určité reakce (Vokurka, Hugo, 2007).

<sup>21</sup> CNS- Centrální nervový systém.



z hlediska indikace, nežádoucích účinků a kontraindikací v léčbě a na základě těchto poznatků objasňuje možné využití v ambulantní praxi.

## 2.1 Antidepresiva I. generace

První generaci antidepresiv představují tricyklická a tetracyklická antidepresiva. Jsou to historicky nejstarší antidepresiva a jejich mechanismus účinku spočívá v inhibici zpětného vychytávání noradrenalinu a serotoninu (Bouček, Pidrman, 2005); (Příloha č. 5). Vývoj antidepresiv se velmi posunul a je nesporné, že v dnešní době dochází k jejich masivnějšímu podávání (Češková, 2008). Indikací k zahájení léčby jsou depresivní poruchy, panické a fobické poruchy, úzkostné poruchy, posttraumatická stresová porucha, mentální bulimie a enuréza. Antidepresiva I. generace také působí analgeticky, a lze jich využít k profylaxi migrény (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010). Tyto látky jsou využívány jako léky druhé volby (Raboch, Zvolský, 2001). Přehled léků registrovaných v ČR je uveden v tabulce 5. Antidepresiva I. generace mají nejvíce vyjádřeny nežádoucí účinky ze všech skupin. Jsou to zejména anticholinergní nežádoucí účinky. Mezi ně patří sucho v ústech, zácpa, tremor nebo retence moči. Léky působí i na kardiovaskulární systém, kde způsobují protahování Q a T intervalu srdečního rytmu, arytmie a ortostatickou hypotenzi (Kumar, Clark, 2002). Dochází po nich k přírůstku na váze, zrychlenému dýchání a sexuálním poruchám. Zmíněné účinky snižují snášenlivost léku a complianci pacientů (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010). Kontraindikace k užívání antidepresiv I. generace jsou srdeční onemocnění, hypertrofie prostaty, glaukom, epilepsie, těhotenství a kojení (Gelder, 2001).

Léky nesmí být náhle vysazeny z důvodu vzniku syndromu z odnětí. Ten se projevuje nauzeou, průjmem, insomnií, anxiétou, únavou, závratěmi a tremorem. Naopak předávkování antidepresivy I. generace může být letální (Raboch, Zvolský, 2001).

**Tabulka 4:** Přehled tricyklických a tetracyklických léků registrovaných v ČR (Bouček, Pidrman, 2005)

GENERICKÝ NÁZEV	FIREMNÍ NÁZEV
amitriptylin	AMITRIPTLIN, TRYPRIZOL
imipramin	MELIPRAMIN
dosulepin	PROTHIADEN
nortriptylin	NORTRILEN
klomipramin	ANAFRANIL, HYDIPHEN

### 2.1.1 Využití antidepresiv I. generace v ambulantní léčbě deprese

Antidepresiva I. generace se v dnešní době často neužívají z důvodu výskytu nežádoucích účinků. Studie ukazují, že při užívání antidepresiv I. generace dochází ke zhoršení kognitivních funkcí a bdělosti u zdravých dobrovolníků (Preiss, Kučerová a kol., 2006). Tyto léky jsou lépe snášeny muži, a také u nich bývá lepší odpověď na léčbu. Výhodou je, že v hodnocení účinnosti samotnými pacienty, jsou tricyklická antidepresiva hodnocena stejně jako SSRI (Kopeček, 2007). Dalším pozitivem může být jejich nízká cena, ale dá se říci, že v dnešní době jsou cenově dostupná všechna antidepresiva (Janů, Racková, 2007). Nevýhodou jsou nežádoucí účinky a špatná spolupráce pacientů při užívání léků. V různých studiích se ukázalo, že při užívání antidepresiv I. generace nespolupracuje v rozmezí 7-44 % pacientů (Praško, Prašková, 2006). Zvýšená pozornost musí být věnována možným suicidálním tendencím, protože předávkování antidepresivy I. generace může být letální.

Dle Kantorové (2011) byla spotřeba tricyklických antidepresiv v letech 2003-2008 celkem 3,8 miliónu balení. Antidepresiva I. generace v těchto letech tvořila 24 % z celkového počtu předepsaných léků na depresi

Dá se říci, že léky patřící do této skupiny antidepresiv nejsou pro ambulantní pacienty s depresí příliš vhodné. Nejvíce pacientů s depresí jsou senioři a vzhledem ke kontraindikacím léčby se u nich tyto léky často nemohou předepsat. Tricyklická antidepresiva by také neměla být předepisována dětem a dospívajícím do 18 let (NHS, 2007).

## **2.2 Antidepressiva II. generace**

Antidepressiva II. generace bývají nazývána jako heterocyklická. Mechanismem jejich účinku je zpětné vychytávání noradrenalinu, serotoninu a částečně dopaminu. Tato antidepressiva se indikují u primární i somatogenní deprese, a také deprese farmakogenní. Ze zástupců je dnes dostupný jen maprotilin (Ludiomil); (Divácká, 2008). Heterocyklicka ovlivňují menší počet receptorů než tricyklická antidepressiva. Ve výsledku to znamená nižší výskyt nežádoucích účinků a cílenější klinický účinek (Raboch, Pavlovský a kol., 2012). Působí nejen méně anticholinergně, antihistaminově ale i antiadrenergně. Proto je lze podávat i pacientům s glaukomem, hypertrofií prostaty a ICHS (Hynie, 2001). Mezi nežádoucí účinky patří zejména ospalost, závratě, bolesti hlavy, třes, sucho v ústech a únava. Užívání maprotilinu se musí velmi dobře zvážit u pacientů s epilepsií, z důvodu častého výskytu abnormálních svalových stahů. Dále se nedoporučuje pacientům se srdečním onemocněním a před zahájením léčby by se měla provést kontrola funkce jater a ledvin. Dětem by tento lék neměl být předepisován (Mental Health, 2011).

### **2.2.1 Využití antidepressiv II. generace v ambulantní léčbě deprese**

Antidepressiva II. generace se v dnešní době příliš často nepředepisují. Výhodou je, že se terapeutický účinek dostavuje již v 1. týdnu podávání a nemají tolik nežádoucích účinků jako TCA (Hynie, 2001). Nevýhody v podávání jsou, nemožnost předepsání starším pacientům, zvýšené riziko infarktu myokardu a slabší anxiolytický účinek (Švestka, 2001). Dalším úskalím je bezpochyby riziko předávkování, proto by léky neměly být voleny u pacientů s rizikem sebevraždy (Tůma, 2004).

Od té doby, co se na trh dostala antidepressiva III. generace, mají antidepressiva I. a II. generace v léčbě deprese poněkud menší význam (Anders, Roth, 2000).

V letech 2003-2008 byla spotřeba léků 186 662 balení za necelých 21 miliónu korun (Kantorová, 2011).

## 2.3 Antidepressiva III. generace

Do této skupiny řadíme antidepressiva typu SSRI, SARI a NARI.

### **SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu)**

Jsou to látky, které mají společnou vlastnost. Tou je selektivní inhibice zpětného vychytávání serotoninu z neuronálních synapsí (Hynie, 2001); (Příloha č. 6). V tabulce 6 je uveden přehled antidepressiv dle generického a firemního názvu. Indikací k zahájení léčby jsou deprese, a také většina úzkostných poruch (Raboch, Jiráček, Paclt, 2005). Ze začátku podávání se doporučuje zvolit nižší dávku a později je možno ji zvýšit. U většiny těchto léků je jednoduché schéma dávkování, zpravidla jednou denně (Raboch, Pavlovský a kol. 2012).

Oproti antidepressivům I. a II. generace nemají SSRI takové riziko nežádoucích účinků. Častými mírnými vedlejšími účinky bývá nauzea, průjem, bolesti hlavy, nespavost a úzkostnost. Tyto příznaky se objevují nejčastěji na začátku léčby a v průběhu většinou spontánně mizí (Raboch, Jiráček, Paclt, 2005). Často diskutovaný je vliv léků na sexuální život pacientů. V dotazníkovém šetření na sexuální dysfunkci výskyt potvrdilo 55 % pacientů léčených SSRI (Ferguson, 2001). Při dlouhodobém užívání se také objevují poruchy spánku a přibývání na váze. Známý jsou rovněž komplikace spojené se zvýšenou krvácivostí (Češková, 2007). V případě užívání SSRI je nutné myslet na tzv. serotoninový syndrom. Je to život ohrožující stav, který může být vyvolán nevhodným podáváním více preparátů se serotoninergní aktivitou. Projevuje se nauzeou, břišními křečemi, horečkou, neklidem, pocením, zmateností a myoklonickými záškuby. V pokročilejších stádiích dochází k rhabdomyolýze, renálnímu selhání a dokonce ke smrti (Raboch, Jiráček, Paclt, 2005).

Zvýšenou pozornost je nutné věnovat interakci s jinými léky, například antikoagulancii nebo antidepressivy typu IMAO (Raboch, 2000). Při náhlém vysazení těchto antidepressiv dochází k typickým symptomům. Bývají to bolesti hlavy, závratě ze světla, ataxie, parestezie, znečitlivění, insomnie, nauzea, zvracení, průjem, úzkostnost a pokles nálady. Syndrom z vysazení bývá symptomaticky více vyjádřen u SSRI než u tricyklických antidepressiv (Kosová, 2004).

**Tabulka 5: Přehled antidepresiv skupiny SSRI**

GENERICKÝ NÁZEV	FIREMNÍ NÁZEV
citalopram	SEROPRAM, CITALEC, CEROTOR, CIPRAM
escitalopram	CIPRALEX
fluoxetin	PROZAC, DEPREX, APO- FLUOXETINE, MAGRILAN, DEPRENON, FLOXET
paroxetin	SEROXAT, PAROLEX
fluvoxamin	FEVARIN
setralin	ZOLOFT, ASENTRA, SETRALIN, IREX, SERLIFT

**SARI (serotoninový antagonisté 5-HT<sub>2</sub> a inhibitory reuptake serotoninu)**

Tyto látky blokují postsynaptické receptory 5-HT<sub>2</sub> a jsou slabými inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (Raboch, Pavlovský, 2012). Dostupnou látkou, která se využívá k léčbě depresí je trazadon (Trittico). Je možno jej využívat v poměrně širokém terapeutickém rozmezí. Jedná se zejména o rekurentní depresivní poruchy s insomnií, u depresivních pacientů, kteří jsou sexuálně aktivní, a také v léčbě úzkostí. Nežádoucí účinky, které se mohou při užívání objevit, jsou hypotenze, závrať, sedace, bolesti hlavy, nauzea a synkopa u starších pacientů. Lék Trittico se může podávat i v kombinaci s jinými antidepresivy. Užívání je bezpečné a při předávkování je pouze nízké riziko fatálních následků (Češková, 2006).

**NARI (inhibitor zpětného vychytávání noradrenalinu)**

K antidepresivnímu účinku látek ze skupiny NARI dochází inhibicí zpětného vychytávání noradrenalinu a má také vliv na reuptake serotoninu. Preparát, který se řadí do této skupiny antidepresiv, je reboxetin. V ČR je lék registrován jako Edronax. Hodí se především pro léčbu inhibovaných depresí. Jako nežádoucí účinky bývají popisovány bolesti hlavy, sucho v ústech, zácpa, pocení, nevolnost, potíže se spánkem, porucha sexuální funkce a hyponatrémie. Reboxetin by se neměl předepisovat u pacientů užívající antiarytmika, antipsychotika, TCA a některá antibiotika. Kontraindikací k užívání je

gravidita a laktace. V klinických studiích byly popsány dva případy předávkování reboxatinem bez závažnějších nežádoucích účinků (Paclt, 2002).

### **2.3.1 Využití antidepressiv III. generace v ambulantní léčbě deprese**

Tato skupina antidepressiv obsahuje mnoho léků, které se dají poměrně efektivně využít v ambulantní léčbě.

**SSRI** je v dnešní době nejvíce předepisovanou skupinou léků v ambulantní léčbě deprese, a to nejen psychiatry, ale i lékaři jiné odbornosti (Žourková, 2008). Otázkou je, zda je jejich předepisování vždy nutné.

Léky patřící do této skupiny jsou doporučovány jako léky první volby. A to zejména z důvodu, že na léčbu odpovídá 50-60 % pacientů (Čěšková, 2008). Pro výběr je nutné brát v úvahu několik faktorů. Výhodou pro pacienty je snadné dávkování, malé riziko nežádoucích účinků, cenová dostupnost a nízké riziko interakcí s jinými léky. Oproti antidepressivům I. a II. generace je předností malé riziko předávkování. Mezi nevýhody užívání SSRI je udáván častý výskyt sexuální dysfunkce (Janů, Racková, 2007). Nezanedbatelné nejsou ani ostatní nežádoucí účinky, které mohou mít vliv na předčasné ukončení léčby. Nedostatečná spolupráce pacienta se u SSRI pohybuje okolo 7-23 % (Praško, Prašková, 2006). Zvláštní pozornost je věnována možnosti zvýšeného rizika suicidality při začátku užívání SSRI, kdy je popisován počáteční stimulační efekt antidepressivní terapie (Anders, Roth 2000). Praško a Prašková (2006) naopak uvádějí, že výzkumy a studie, které se možností suicidality u léků SSRI zabývají, ukazují, že pokud i nějaký prosuicidální potenciál existuje, je extrémně vzácný. Faktem zůstává, že suicidální riziko je mnohem vyšší u neléčených pacientů.

Od roku 2003 do roku 2008 byla spotřeba v ČR 9 miliónů balení SSRI. Největší spotřeba byla zaznamenána u citalopramu a setralinu (Kantorová, 2011). Dle SÚKL patří mezi nejprodávanější antidepressiva právě Cipralex 10 mg a Citalec 20 mg. (SÚKL, 2008) **SARI** je skupina, která neobsahuje takové množství látek s antidepressivním účinkem jako SSRI, ale v ambulantní praxi je velmi dobře využitelná. Výhodou pro pacienty je nízké riziko vzniku nežádoucích účinků a dobrá snášenlivost. Navíc nepůsobí anticholinergně ani antihistaminicky (Höschl, 2005). Ve studiích je skupina SARI hodnocena pacienty stejně účinně jako látky ze skupiny TCA nebo SSRI. Je možné je předepisovat starším a polymorbidním pacientům s nízkým rizikem interakcí s jinými léky. Mimo jiné má

účinky, které upravují architekturu spánku a oproti SSRI nezpůsobují sexuální dysfunkci (Češková, 2006). Spotřeba léků skupiny SARI byla v letech 2003-2008 necelých 460 tisíc balení (Kantorová, 2011). Což je mnohonásobně méně než spotřeba léků ze skupiny SSRI.

**NARI** se v ambulantní léčbě deprese spíše nevyužívá. Vzhledem k poměrně širokému spektru nežádoucích účinků a interakcí s jinými léky nebývá příliš oblíben. Dle *British Medical Journal* (2010) je preparát reboxetin v léčbě deprese neúčinný a dokonce potenciálně škodlivý. Navíc se řadí mezi medikamenty s nejvyšší mírou předčasného vysazení. Paclt (2002) také uvádí, že při užívání reboxetinu by pacienti neměli řídit motorová vozidla nebo pracovat na stroji. Pro řadu pacientů je tedy nevhodný k užívání.

## **2.4 Antidepressiva IV. generace**

Skupiny léků řadících se do této generace antidepresiv jsou SNRI, NaSSa a NDRI.

### **SNRI (Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu)**

Látky této skupiny jsou terapeuticky efektivní tím, že v menších dávkách blokují zpětné vychytávání serotoninu, ve vyšších dávkách též noradrenalinu a v nejvyšších dávkách i dopaminu (Raboch, Pavlovský, 2012). Indikace k léčbě SNRI jsou závažnější deprese. Většinou léky z této skupiny psychiatr volí až po neúspěšné léčbě SSRI. Nežádoucí účinky, které se mohou u pacientů objevit, jsou nauzea, bolesti hlavy, nespavost, sucho v ústech, sexuální dysfunkce, pocení, časté močení, nervozita a úzkostnost. SNRI by neměly být předepisovány gravidním a kojícím ženám a jedincům do 18 let. Další kontraindikací je současné užívání IMAO, z důvodu rizika vzniku serotoninového syndromu. Zvláštní opatrnost by měla být dodržována u starších pacientů, u kterých mohou být přítomny závratě nebo ortostatická hypotenze, a také u jedinců s renálním poškozením a epilepsií. Při náhlém vysazení léků může být přítomna bolest hlavy, nespavost, průjem, neklid, zmatenost, vertigo nebo parestezie (Paclt, 2002).

Do této skupiny patří látky venlafloxin a milnacipram (Češková, 2008).

### **NaSSa (noradrenergní a specifická serotoninergní antidepresiva)**

Léky této skupiny blokují  $\alpha_2$ -autoreceptory, a tím dochází ke zvýšené syntéze a uvolňování příslušných neurotransmiterů. Rovněž ovlivňují 5-HT<sub>2α</sub> receptory, to má příznivý vliv na sexuální funkce a dále působí na 5-HT<sub>3</sub> receptory, které brání vzniku nauzey (Raboch, Pavlovský, 2012). Antidepresivní látka, zastupující tuto skupinu se nazývá mirtazapin a je považována za zcela unikátní svými účinky (Raboch, Jiráček, Paclt, 2005). Indikací k léčbě jsou středně těžké a těžké epizody depresivní poruchy, spojené s insomnií, tenzí a anxiétou eventuelně se sexuální dysfunkcí. Nežádoucí účinky, které se mohou vyskytnout, jsou signifikantně menší než například u TCA. Časté jsou somnolence, zvýšená únavnost, zvýšená chuť k jídlu spojená s přibíráním na váze, sucho v ústech a obstipace (Anders, Kitzlerová, 2004). Kontraindikací k léčbě je užívání IMAO, epilepsie, renální poškození, bipolární poruchy, diabetes mellitus a psychotická onemocnění (Paclt, 2002). Nedoporučuje se užívat tuto látku gravidním a kojícím ženám, i když nebyly prováděny studie, které by mohly potvrdit negativní vliv na plod. Při předčasném ukončení léčby dochází k syndromu z vysazení. Ten je doprovázen závratěmi, cefalgiemi, anxiétou, paresteziemi, únavou a insomnií (Anders, Kitzlerová, 2004).

### **NDRI (Inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu)**

Tento mechanismus účinků má látka bupropion. Ta inhibuje zpětné vychytávání noradrenalinu a dopaminu (Raboch, Jiráček, Paclt, 2005). Indikací k léčbě jsou deprese různé závažnosti a sezónní deprese. Má také pozitivní účinek na snížení cravingu<sup>22</sup> u kouření. Nežádoucí účinky, které se mohou objevit, jsou ospalost, sucho v ústech, závrať, bolesti hlavy, nevolnost, zvracení, hubnutí, zácpa nebo nadměrné pocení. (National Institute of Health, 2009) Kontraindikací v léčbě bývá uváděna epilepsie, posttraumatické stavy a poruchy příjmu potravy. Z lékových interakcí se nesmí podávat u pacientů užívajících IMAO, stimulantia nebo anorektika, lithium a clozapin. Bupropion se nedoporučuje užívat gravidním nebo kojícím, i když nebyla prováděna studie, která by potvrdila účinky na plod. (Paclt, 2002)

---

<sup>22</sup> Craving- bažení, velmi silná touha po psychoaktivní látce nebo droze, která byla již v minulosti opakovaně užívána a která navozuje příjemné pocity spojené s užitím (Vokurka, Hugo, 2007).



### 2.4.1. Využití antidepresiv IV. generace v ambulantní léčbě deprese

**SNRI** jsou látky, které představují relativně novou třídu antidepresiv. Výhodou pro pacienty je nízké riziko nežádoucích účinků a celkově dobrá snášenlivost. Pozitivním aspektem je, že jsou léky efektivní v léčbě závažné a rezistentní deprese. Bývají voleny při neodpovídající léčbě SSRI. Jejich účinnost po změně na SNRI je úspěšná u pacientů z 30 až 60 % (Češková, 2008). Nevýhodou léků jsou četné kontraindikace a diskutovaná je i omezená schopnost řízení motorových vozidel (Paclt, 2002). Studie prokázaly, že léky ze skupiny SNRI mají v léčbě deprese lepší účinnost a více remisí než SSRI. U těchto léků je také udávána větší compliance pacientů (Češková, 2008).

V letech 2003-2008 se spotřebovalo 400 tisíc balení venlafaxinu a od roku 2006 je evidentní vysoký nárůst užívání tohoto preparátu (Kantorová, 2011).

**NaSSa** jsou typem antidepresivních látek, které ovlivňují řadu receptorů. Jejich výhodou je málo nežádoucích účinků, dobrá snášenlivost a účinnost. Někteří autoři uvádějí, že jsou dokonce účinnější než látky ze skupiny SSRI a SNRI. Dalším pozitivem léků je, že je dobře snášejí starší pacienti a že podporují spánkovou architekturu. U pacientů, kteří trpí sexuální dysfunkcí po SSRI se často volí přechod na léky ze skupiny NaSSa (Anders, Kitzlerová, 2004). Příznivé může být pro některé pacienty i praktické užívání, protože látka mirtazapin se vyrábí ve formě rozpustné tablety. Je tedy vhodná i pro pacienty s polykacími obtížemi (Raboch, Jirák, Paclt, 2005).

Nevýhodou pro pacienty může být přibírání na váze, většinou se uvádí okolo 1-2 kg. Nutné je také dodržování užívání léků ve večerních hodinách, protože způsobují útlum. Při předávkování hrozí riziko kardiotoxicity (Anders, Kitzlerová, 2004). Dle studie, která sledovala 24 měsíců ambulantní léčbu pacientů, byla vyhodnocena látka mirtazapin za účinné antidepresivum s minimem vedlejších účinků a tudíž vhodná pro ambulantní využití (Moravec, 2005).

V letech 2003-2008 byla spotřeba účinné látky mirtazapin 650 tisíc balení. V posledních letech vzrostla spotřeba v počtech balení sedmkrát (Kantorová, 2011).

**NDRI** má poměrně široké využití v oblasti psychiatrie. V terapii deprese je antidepresivum příznivé v tom, že nepůsobí kardiotoxicky, a proto ho mohou užívat i starší pacienti a je doporučován i k léčbě deprese u pacientů s Parkinsonovou chorobou (Raboch, Jirák, Paclt, 2005). Antidepresivum dále nezpůsobuje váhový přírůstek a nezasahuje do sexuálního života pacienta. Nevýhodou může být často udávaný dyskomfort gastrointestinálního traktu a mnoho lékových interakcí (Paclt, 2002). Dle

Žahourkové (2008) je využívání bupropionu v ambulantní léčbě vhodné zejména pro pacienty, kteří mají strach z váhového přírůstku a sexuální dysfunkce. Dle studie je bupropion hodnocen jako léčivo s nízkým výskytem nežádoucích účinků (Paclt, 2002).

## 2.5 IMAO (Inhibitory enzymu monoaminooxidázy)

Dříve se tyto látky souhrnně nazývaly thymoeretika. Obecně se látky IMAO dělí na selektivní a neselektivní.

**Neselektivní IMAO** nebo také ireverzibilní, jsou látky, které mají poměrně omezenou účinnost. Jejich zástupcem je tranlylcypromin. Indikací k léčbě jsou atypické formy deprese, a také jsou voleny u nemocných, kteří nereagují na jiná antidepresiva. Mají výrazné nežádoucí účinky, mezi které patří hlavně riziko hypertenzní krize a vznik serotoninového syndromu. K hypertenzní krizi může dojít v případě, že pacient léčený IMAO nedodrží předepsanou dietu s omezením tyraminu (Raboch, Jirák, Paclt, 2005). Kontraindikací k léčbě je užívání antidepresiv skupiny SSRI, analgetik, morfinu, adrenalinu, noradrenalinu, anorektik a psychostimulačních látek (Anderes, Roth, 2000). Před zahájením léčby je nutné zvážit všechna tato rizika.

**Selektivní IMAO** se dále ještě dělí dle specifické blokády enzymů na IMAO A či IMAO B.

**IMAO typu A-RIMA** jsou látky, které způsobují reverzibilní inhibici monoaminooxidázy typu A. Zástupcem této skupiny je látka moclobemid. Volí se v případě lehčích a středně těžkých depresí s anhedonií, dále u dystymie, sociální fobie a panické poruchy (Raboch, Jirák, Paclt, 2005). Nežádoucí účinky, které se mohou dostavit, jsou bolesti hlavy, sucho v ústech, nespavost, závratě, třes, neklid, zácpa a tachykardie. Kontraindikací léčby je užívání léků ze skupiny SSRI a TCA, věk do 18 let a užívání sympatomimetických látek (Bonnet, 2003).

V letech 2003-2008 byla spotřeba moclobemidu 231 tisíc balení. A jeho trend v užívání je spíše klesající (Kantorová, 2011).

**IMAO typu B** jsou ireverzibilní inhibitory zvyšující koncentraci dopaminu, serotoninu a ve vyšších dávkách i noradrenalinu. Zástupcem této skupiny je preparát selegin. Jeho antidepresivní účinek není natolik výrazný. Využívá se především k léčbě Parkinsonovy choroby (Raboch, Jirák, Paclt, 2005). V poslední době se mu přisuzuje i efekt zlepšující

kognitivní funkce a může být použit v prevenci Alzheimerovy demence. Je třeba při užívání těchto látek dodržovat dietní a léková opatření (Hynie, 2001).

### 2.5.1 Využití IMAO v ambulantní léčbě deprese

Skupina IMAO v léčbě deprese není považována za léky první volby.

**Neselektivní IMAO** jsou vhodné pro pacienty s lékovou rezistencí na jiné antidepresivní látky. Výhodou může být jejich aktivizující účinek. Jinak mají léky této skupiny bohužel řadu nevýhod. Mezi ně řadíme dodržování striktní diety s omezením tyraminu, mnoho lékových interakcí a také komplikace, které jsou život ohrožující (Roth, Anders, 2000).

**IMAO typu A** nebo také nazývány jako RIMA mají v ambulantní léčbě větší využití než neselektivní IMAO. Pozitivem léků je dobrá snášenlivost, minimální riziko vzniku hypertenzní krize a nemusí se držet natolik striktní dieta (Bonnet, 2003). Nedoporučuje se jíst větší množství zrajících sýrů (Raboch, Pavlovský a kol., 2012). U léku je popisována bezpečnost při předávkování. Negativem v ambulantním využití léku je častý výskyt závratí a také možná prodleva v terapeutické odpovědi. Léky se také nesmí kombinovat s užíváním antidepresiv typu SSRI (Bonnet, 2003).

**IMAO typu B** bývají více než k léčbě deprese užívány u pacientů s Parkinsonovou chorobou a Alzheimerovou demencí. Nevýhodou pro pacienty je dodržování dietního opatření s omezením potravin obsahující tyramin, a také se nesmí užívat v kombinaci s léky typu SSRI (Raboch, Jiráček, Paclt, 2005).

## 2.6 Ostatní antidepresiva

Do této kategorie antidepresiv se řadí látky typu SRE, RUI a MASSA (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010).

**SRE** (stimulanty zpětného vychytávání serotoninu), zástupcem této skupiny je tianeptin. Je to tricyklické antidepresivum, které ve studiích prokázalo antidepresivní účinky. Klinické zkušenosti hovoří spíše o slabším účinku. Preparát má mírné nežádoucí účinky a je bezpečný při předávkování (Anders, Roith, 2000). Kontraindikací je současné užívání antidepresiv IMAO (Paclt, 2002).

**RUI** (reuptake inhibitory) jsou specifickou skupinou, která je složena asi z 20 aktivních látek s antidepresivním působením. Do této skupiny patří Třezalka tečkovaná. Indikací

k užívání jsou lehké deprese. Má slabé nežádoucí účinky. Nezpůsobuje kardiotoxicitu ani přírůstek na váze. Kontraindikací v léčbě je užívání antidepresiv typu SSRI a IMAO z důvodu možného vzniku serotoninového syndromu (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010).

**MASSA** (agonisté melatoninových receptorů a antagonisté serotoninových receptorů) jsou nová generace antidepresivních látek s unikátním receptorovým profilem. Zástupcem této skupiny je agomelatin. Indikován je u depresí s poruchou spavosti, se suicidální tendencí a úzkostmi. Má slabé nežádoucí účinky, udávány jsou závratě, nevolnost, migrény, ospalost nebo naopak nespavost, zácpa, úzkost nebo zvýšené pocení. Klinické studie uvádějí, že by agomelatin mohl být užitečným doplňkem současného farmakologického armamentária (Sansone, 2011).

### 2.6.1 Využití ostatních antidepresiv v ambulantní léčbě deprese

Látky patřící do této skupiny se vymykají svým působením jiným antidepresivům, proto ani nemohou být zařazeny do příslušných generací.

**SRE** (stimulanty zpětného vychytávání serotoninu) jsou vhodné k terapii spíše lehčí nebo středně těžké deprese. Výhodou je malé spektrum nežádoucích účinků a bezpečnost při předávkování. Toto antidepresivum patří mezi novější léky, které se dají využít v ambulantní léčbě deprese (Paclt, 2002). Zástupcem této skupiny je Tianeptin. Je vhodný například u depresivních stavů u alkoholiků během abstinence (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010).

**RUI** (inhibitory zpětného vychytávání), jejichž zástupcem je Třezalka tečkovaná. Výhodou je, že bývá volně prodejná v lékárně a svými účinky napomáhá v terapii lehkých depresí. Pozornost je třeba věnovat při odběru anamnézy, protože se Třezalka nesmí užívat s jinými látkami zvyšující koncentraci serotoninu (SSRI, IMAO) (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010).

**MASSA** (melatoninový agonista a serotoninový antagonist) se v ČR k ambulantní léčbě neužívá. Výhodou je jistě to, že nevyvolává žádné symptomy při náhlém vysazení léku. Je relativně bezpečný při předávkování a je pacienty dobře snášen. Nevýhodou je, že zvyšuje sekreci jaterních transamináz. Preparát agomelatin se připravuje na trh ve Spojených státech (Sansone, 2011).

V některých případech je možné antidepresiva kombinovat. Z klinické studie byly prokázány dobré výsledky při kombinaci venlafaxinu a mirtazapinu u farmakorezistentních forem deprese. Samozřejmě je důležité, aby při kombinaci antidepresiv nedošlo k lékové interakci mezi léky typu SSRI a IMAO (Čěšková, 2008).

### **3 Pohled pacienta na léčbu antidepresivy**

Cílem léčby deprese je zmírnit symptomy a utrpení pacienta. Efekt léčby by měl být doprovázen navrácením schopností funkčních, psychosociálních a pracovních do úrovně před začátkem nemoci. Dalším cílem je minimalizovat riziko vzniku relapsu a recidivy (Anders, Roth, 2000). V léčbě musí být pacient veden k soustavnému a pravidelnému užívání medikamentů. Což může být u některých pacientů problémová oblast (Martinický, 2008).

V této kapitole budou shrnuty důležité zásady při užívání antidepresiv, compliance pacienta k užívání léků a úloha psychiatra v průběhu léčby.

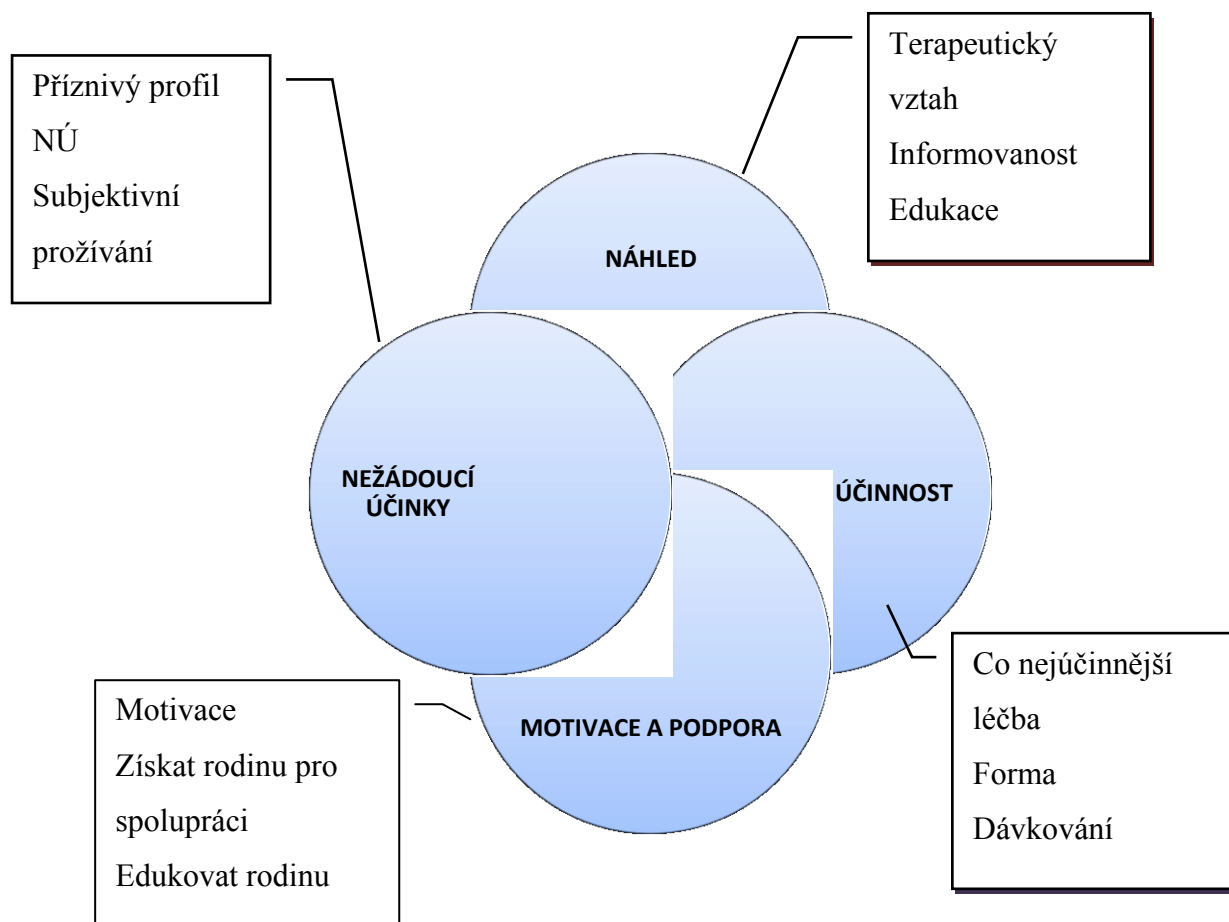
#### **3.1 Compliance pacienta při léčbě deprese**

Compliance znamená ochotu nemocného spolupracovat při léčbě, přijmout a řídit se pokyny lékaře (Vokurka, Hugo, 2000). Compliance a non-compliance nejsou černobílé fenomény, ale je mezi nimi plynulý přechod.

Míra non-compliance u depresivních poruch je vysoká, v kontrolovaných studiích byla 30 % a v naturalistických studiích dosahovala až 60 %. Zásadní otázkou této problematiky je, jak complianci u těchto pacientů můžeme zjišťovat. Objektivní metodou je heteroanamnéza, může se jednat o počítání tablet (medication events monitoring) nebo měření plazmatických hladin. Za dobrou complianci se považuje užívání 75-100 % léků. Subjektivní metodou zjišťování compliance byla kognitivně-behaviorální metoda zjišťování dle Procházky a DiClementa. Ti vytvořili model fázových změn při modifikaci problémového chování při užívání antidepresiv (Martinický, 2008).

Studie prokázaly, že non-compliance je hlavním limitujícím faktorem účinnosti antidepresivní léčby. Podíl pacientů odpovídajících na léčbu byl nejnižší ve skupině pacientů s nízkou mírou compliance a nejvyšší ve skupině pacientů s vysokou mírou compliance. Spolupráci v léčbě ovlivňují také negativní postoje pacientů k medikaci. Tento postoj často způsobí předčasné vysazení medikace. Ze studie Demyttenaereho a spol. (2001) vyplynulo, že 53 % pacientů přeruší léčbu, a to nejčastěji z důvodu zlepšení stavu (55 %) nebo pro nežádoucí účinky (23 %); (Martinický, 2008).

Faktory, které se podílejí na ovlivnění compliance jsou důležitým aspektem v léčbě (obrázek 2).



**Obrázek 2.** Faktory ovlivňující complianci pacienta (Martinický, 2008).

Další faktory, které mají vliv na complianci pacienta jsou věk, pohlaví (studie ukazují, že non-compliance a s ní podmíněné hospitalizace jsou vyšší u žen), počet dávek, forma léku, barva a chuť. A také komunikačně-terapeutický vztah a edukace pacientů (Martinický, 2008).

*„Hlavním terapeutickým cílem prvního setkání je především ustanovení a rozvíjení bezpečného terapeutického vztahu (lékař se stává spojencem v boji proti nemoci) a zapojení rodiny jako spojence léčby“ (Anderes, Roth, 2000; s.7) Způsob komunikace je v léčbě antidepresivy klíčový. Z hlediska compliance jsou významné 4 základní oblasti. První je hledisko ze strany pacienta, kde je důležitý věk, pohlaví, psychopatologie a komorbidita. Z hlediska lékaře je to zájem, empatie, informovanost, psychoedukace a samozřejmě dobrý psychoterapeutický vztah s pacientem. „Pozitivní postoj lékaře k lékům*

*se případně přenáší i na pacienta“* (Beran a kol., 2010; s 116). M. Ballint to nazval „apoštolkou úlohou lékaře“, což znamená výchova pacienta k obrazu svému (Beran a kol., 2010).

Důležitou roli v complianci hraje pacientovo prostředí. Do toho řadíme rodinu, postoje, předsudky, sociální podporu apod. Ze strany léčby jsou to hlavně nežádoucí účinky, forma podávání, dávkování, finanční náročnost a polypragmázie<sup>23</sup>. Algoritmus řešení non-compliance spočívá v analýze těchto faktorů (Martinický, 2008).

Na závěr je třeba shrnout, že prohloubit terapeutický vztah je možné podrobným informováním a edukováním pacienta, dále prostřednictvím léčby a jejím výběrem, aby byla co nejúčinnější a s přijatelným profilem nežádoucích účinků. V dlouhodobé léčbě klademe důraz na motivaci a podporu pacienta (Martinický, 2008).

### **3. 2 Edukace pacienta o zásadách léčby antidepresiv**

*„Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech“* (Juřeníková, 2010; s. 9).

Při léčbě psychofarmaky by měli být pacienti informováni o zásadách jejich užívání. Tyto informace nemocnému poskytuje lékař, a je nutné klást důraz zejména na jednotlivé aspekty léčby, které by mohly mít potenciální vliv na předčasné vysazení léků. Mezi ně patří princip působení antidepresiv a jejich pozvolný nástup účinku. To, že se efekt léčby projeví až za 3-5 týdnů, je zásadní informace, která může ovlivnit riziko předčasného vysazení antidepresiva.

Zásada dlouhodobého užívání je edukovat pacienta, aby nevysazoval léky, když se začne cítit dobře. Doporučuje se nejméně 6 měsíců užívání a v některých případech i několik let. Předčasné vysazení léků vede ke znovu vzplanutí onemocnění. O vysazení antidepresiv proto musí rozhodovat vždy lékař (Praško, Bulíková, Sigmundová, 2009).

Mnoho lidí má o antidepresivech zkreslený názor (Příloha č. 7). Často se bojí léky užívat. Proto je na lékaři, aby s pacientem navázal vztah založený na důvěře a ujistil ho, že jsou bezpečná. *„Moderní antidepresiva doznala širokého použití nejen pro svou velmi dobrou účinnost, ale také pro dobrou snášenlivost, bezpečnost, nenávykovost a možnost současného podávání s většinou léků“* (Skopová, 2011, s. 6). Pacient by měl také vědět,

---

<sup>23</sup> Polypragmázie-podávání mnoha léků současně (Vokurka, Hugo, 2000)



jaké jsou možné nežádoucí účinky léků a jak se mohou projevovat (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009).

**Léčba deprese lze rozdělit do tří etap:**

- Akutní léčba (6-12 týdnů).
- Pokračovací léčba (4-9 měsíců).
- Profylaktická léčba (závisí na počtu epizod); (Anders, Roth, 2000).

Akutní léčba deprese je zaměřena na rozvíjení a upevňování vztahu mezi lékařem a pacientem. V této fázi se může stát, že pacient bude pociťovat suicidální tendence, které může vyvolat nárůst energie při užívání léků. Pacient i jeho rodina by měli být s touto informací seznámeni. Důležitá je trpělivost při nástupu účinku antidepresiv. V této fázi jsou návštěvy psychiatra častější, z důvodu důkladné monitorace stavu (Anders, Roth, 2000).

V pokračovací a profylaktické fázi léčby je nutné zvládnout pacientovu potřebu ukončit léčbu. Významnou roli zde hraje motivace. Nezbytné je také poučit pacienta a jeho rodinu o iniciálních příznacích relapsu (Anders, Roth, 2000).

Psychoedukace jako specifická metoda cíleného vzdělávání je velmi účinná forma vzdělávání pacientů. Může probíhat buď formou rozhovoru lékař-pacient, nebo formou skupinové edukace. Toto skupinové vzdělávání se zaměřuje na povahu deprese, příznaky, příčiny vzniku, léčbu, její průběh a předcházení depresivní poruchy. O absolvování skupinové edukace by se měl rozhodnout sám pacient, vzhledem k onemocnění mu nemusí být příjemné hovořit o těchto problémech před jinými pacienty (Martinický, 2008).

## **II PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 Cíle výzkumu

Tato práce se zabývá problematikou psychiatrických pacientů užívajících k léčbě deprese antidepresiva. V teoretické části bylo pojednáno o depresi, o možnostech léčby antidepresivy a dále o pohledu pacientů na tuto možnost léčby.

**Hlavním cílem mé diplomové práce je zjistit subjektivní posouzení úrovně depresivity u zkoumaných osob ve vztahu k typu, délce užívání antidepresiv a pohlaví respondentů, dále zjistit nežádoucí účinky antidepresiv a hledat souvislosti s předčasným vysazením antidepresiv.**

V praktické části práce, je tedy posuzována úroveň depresivity za pomoci standardizovaného dotazníku BDI, dále jsou zjišťovány nežádoucí účinky léčby a možné vysazení léků u jednotlivých respondentů.

Ve výzkumném šetření bylo stanoveno sedm výzkumných otázek. U prvních třech výzkumných otázek jsou uvedená témata rozvedena v hypotézách, pro detailnější vzhled do problematiky a lepší pochopení stavu zkoumaného problému.

### **Výzkumné otázky vyplývající z cíle výzkumu:**

- **Výzkumná otázka č. 1:** Jak respondenti subjektivně posuzují míru deprese vzhledem k typu užívaných antidepresiv?
- **Výzkumná otázka č. 2:** Jak respondenti subjektivně posuzují míru deprese vzhledem k délce užívání antidepresiv?
- **Výzkumná otázka č. 3:** Jak respondenti subjektivně posuzují míru deprese vzhledem k pohlaví u respondentů?
- **Výzkumná otázka č. 4:** Uvádějí respondenti výskyt nežádoucích účinků při užívání antidepresiv?
- **Výzkumná otázka č. 5:** U kterého typu antidepresiv budou respondenti uvádět nejčastěji výskyt nežádoucích účinků?
- **Výzkumná otázka č. 6:** Došlo u respondentů během léčby antidepresivy k svévolnému vysazení léků?
- **Výzkumná otázka č. 7:** Jaký byl nejčastěji uváděný důvod k vysazení antidepresiv?

**Na základě cíle výzkumu a výzkumných otázek jsme stanovili hypotézy:**

- **H1:** Respondenti užívající antidepresiva IV. generace subjektivně lépe posuzují míru deprese než respondenti užívající antidepresiva III. generace.
- **H2:** Respondenti užívající antidepresiva déle než 5 let subjektivně lépe posuzují míru deprese než respondenti užívající antidepresiva méně než 2 roky.
- **H3:** Muži subjektivně hůře posuzují míru deprese než ženy.

## 5 Výzkumný soubor

Výzkumné šetření k diplomové práci probíhalo od října do ledna ve čtyřech psychiatrických ambulancích. Jednalo se o tři psychiatrické ambulance v Olomouci a o jednu ambulanci v Jihlavě. Celkem bylo osloveno 87 respondentů. Rozdělení respondentů je uvedeno v tabulce 7 a 8. Nejvyšší dosažené vzdělání je nastíněno v tabulce 9.

Tomuto šetření předcházela předvýzkum, který probíhal od června do srpna v psychiatrické ambulanci v Jihlavě. Bylo v něm osloveno 25 respondentů psychiatrické ambulance. Vzhledem k výsledkům tohoto šetření byl dotazník dodatečně upraven. Celkem se jednalo o úpravu dvou položek v dotazníku.

Respondenty byli pacienti, kteří navštívili ambulanci psychiatra v době výzkumného šetření. Podmínkou pro vyplnění dotazníku byla diagnóza F 32(depresivní fáze), věk nad 15 let a ochota účastnit se výzkumného šetření.

Dotazníky respondentům rozdával lékař v tištěné podobě. Pacienti měli možnost odnést dotazník domů a vyplnit jej tam. Při další návštěvě lékaře vyplněný dotazník odevzdali.

**Tabulka 6:** Počet respondentů v jednotlivých psychiatrických ambulancích

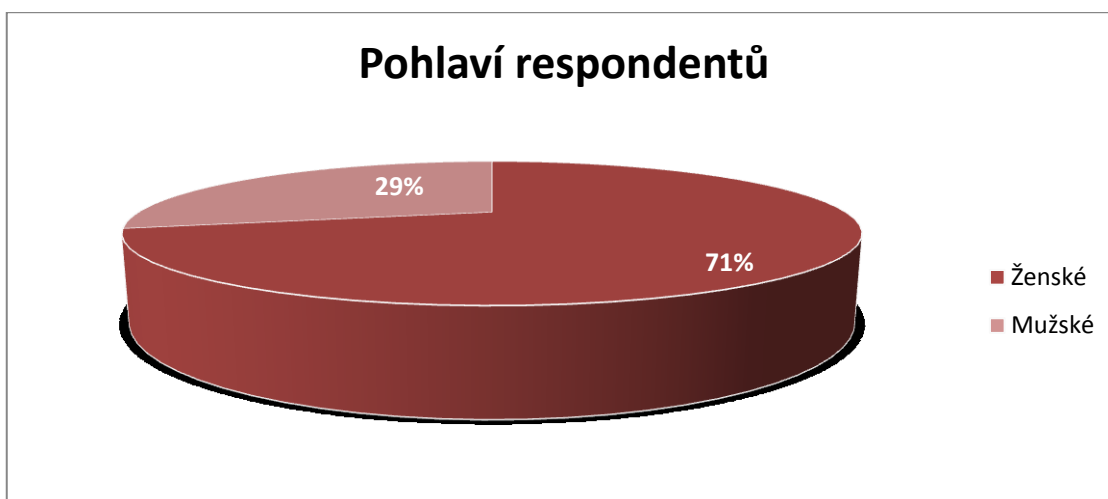
<b>Ambulance</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
<b>Jihlava</b>	40	46,0 %
<b>Olomouc</b>	47	54,0 %
<b>Celkem</b>	<b>87</b>	<b>100,0 %</b>

Do šetření se zapojilo celkem 87 respondentů z Jihlavy a Olomouce. Z psychiatrické ambulance v Jihlavě to bylo 40 respondentů (46 %) a z ambulaní v Olomouci 47 respondentů (54 %).

**Tabulka 7:** Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ženské	62	71,3 %
Mužské	25	28,7 %
<b>Celkem</b>	<b>87</b>	<b>100,0 %</b>

Z tabulky je zřejmé, že do dotazníkového šetření se zapojilo více žen. Celkem se jednalo o 62 žen a 25 mužů.



**Graf 1:** Pohlaví respondentů

Graf uvádí, jaké bylo procentuální zastoupení mužů a žen v dotazníkovém šetření. Ženy měly zastoupení ze 71,3 % a muži z 28,7 %.

**Tabulka 8:** Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní	7	8,0 %
Vyučen (a)	22	25,3 %
Středoškolské	39	44,8 %
Vysokoškolské	19	21,8 %
Jiné	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>87</b>	<b>100,0 %</b>

Z tabulky vyplývá, že největší zastoupení měli respondenti se středoškolským vzděláním, celkem se jednalo o 39 respondentů (44,8 %). Dvacet dva respondentů v dotazníku uvedlo, že jsou vyučeni (25,3 %). Vysokoškolské vzdělání uvedlo 19 respondentů (21,8 %). Sedm respondentů mělo dokončeno základní vzdělání (8,0 %) a odpověď jiné vzdělání ne zvolil ani jeden z dotazovaných (0 %).

## 5.1 Průběh výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo provedeno dohromady ve čtyřech psychiatrických ambulancích a účastnilo se ho 87 respondentů. Bližší rozčlenění bylo uvedeno v tabulce 7.

Lékaři svým pacientům rozdávali dotazníky v tištěné podobě. Spolu s lékaři jsme se domluvili, že bude vhodnější, když si dotazník bude moci pacient odnést domů, a to z časových důvodů, a také proto, aby si ho mohli vyplnit v rodinném prostředí. Zároveň tím snížíme riziko působení ovlivňujících faktorů, které mohou na pacienty v ambulanci psychiatra dopadat. Pacienti byli poučeni, že tento dotazník je anonymní a bude sloužit pro účely zpracování dat v diplomové práci. Vyplněný dotazník pacienti odevzdávali svým lékařům při další návštěvě, která byla zhruba za 3 měsíce. Tento dotazník vkládali do obálek, aby byla co nejvíce zachována anonymita. V tomto šetření jsme si byli vědomi, že někteří respondenti nebudou znát název antidepresiva, který užívají. Proto jsme se s lékaři dohodli, že budou název antidepresiva u respondentů raději vyplňovat oni. Návratnost dotazníků od pacientů je uvedena v tabulce 10.

**Tabulka 9: Návratnost dotazníků**

<b>Návratnost dotazníků</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
<b>Počet rozdaných dotazníků</b>	120	100,0 %
<b>Počet navrácených dotazníků</b>	87	72,5 %

Z tabulky vyplývá, že bylo rozdáno celkem 120 dotazníků k vyplnění. Jejich návratnost byla ze 72,5 %. Celkem bylo zpracováno 87 dotazníků.



## 6 Výzkumná metoda

Výzkumnou metodou v šetření byl dotazník (Příloha 8). Jedná se o velmi frekventovanou metodu ke sběru dat. Pro sběr dat prostřednictvím dotazníku je charakteristická nepřítomnost výzkumníka při vyplňování dotazníku, dále přiměřená znalost šetřeného prostředí a nezbytnost předvýzkumu (Bártlová, Hnilicová, 2000). Dotazníkové metodě bývá vytýkáno, že nezjišťuje, jací respondenti skutečně jsou, ale jen to, jak sami sebe vidí, nebo chtějí, aby byli viděni. Nespornou výhodou je na druhé straně poměrně rychlé a ekonomické shromáždění dat od velkého počtu respondentů (Chráška, 2007).

Dotazník obsahoval dvě části. Jednu část tvořil standardizovaný dotazník- BDI, zjišťující subjektivní posouzení míry deprese, druhou část tvořil dotazník obsahující 8 hlavních otázek a 3 doplňující otázky. Tyto 3 doplňující otázky zjišťovaly základní údaje o respondentovi- věk, pohlaví a vzdělání.

Dotazník- BDI, obsahuje celkem 21 položek a odpovědi na položky jsou hodnocené body-0,1,2,3. Součet všech bodů položek udává celkové skóre deprese (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009). Výsledné skóre deprese je interpretováno: 0-13 bodů (minimální projevy deprese), 14-19 bodů (mírné projevy deprese), 20-28 bodů (středně těžké projevy deprese), 26-63 bodů (těžké projevy deprese); (Beck, Steer, Brow, 2006).

Druhá část dotazníku obsahovala otázky, vztahující se k užívání antidepressiv (Příloha 8). Počet otázek i forma dotazníku byla přizpůsobena zdravotnímu stavu pacientů s ohledem na probíhající depresi.

Výsledky dotazníkového šetření jsou zpracovány v kapitole 7.

## **7 Prezentace výzkumných šetření**

V této kapitole interpretujeme konkrétní výsledky výzkumného šetření, které jsou systematicky rozčleněny do tří podkapitol. Ke každému z nich se vztahují výzkumné otázky. Prezentace výsledků je přehledně zobrazena v tabulkách a grafech, u nichž jsou uvedeny komentáře. První podkapitola, s názvem subjektivní posouzení míry deprese u respondentů ve vztahu k proměnným, je dále rozdělena na tři úseky, které obsahují statisticky zpracované výsledky k jednotlivým hypotézám.

### **7.1 Subjektivní posouzení míry deprese u respondentů ve vztahu k proměnným**

Základní otázkou výzkumného šetření je subjektivní posouzení míry deprese u respondentů. Ta byla zjišťována za pomoci standardizovaného dotazníku- BDI. Na základě výsledků dotazníku-BDI byly stanoveny tři výzkumné otázky a na ně navazující hypotézy. Výsledky Beckovy posuzovací škály byly porovnávány s typem užívaných antidepresiv u respondentů, s délkou užívání antidepresiv, a také v závislosti na pohlaví.

#### **7.1.1 Subjektivní posouzení míry deprese u respondentů vzhledem k typu užívaných antidepresiv**

Výsledky dotazníku BDI, byly porovnávány s typem užívaných antidepresiv u jednotlivých respondentů. Byla zde stanovena jedna výzkumná otázka, a na ni navazující hypotéza.

**Výzkumná otázka č 1: Jak respondenti subjektivně posuzují míru deprese vzhledem k typu užívaných antidepresiv?**

**Tabulka 10:** Výsledky BDI u respondentů

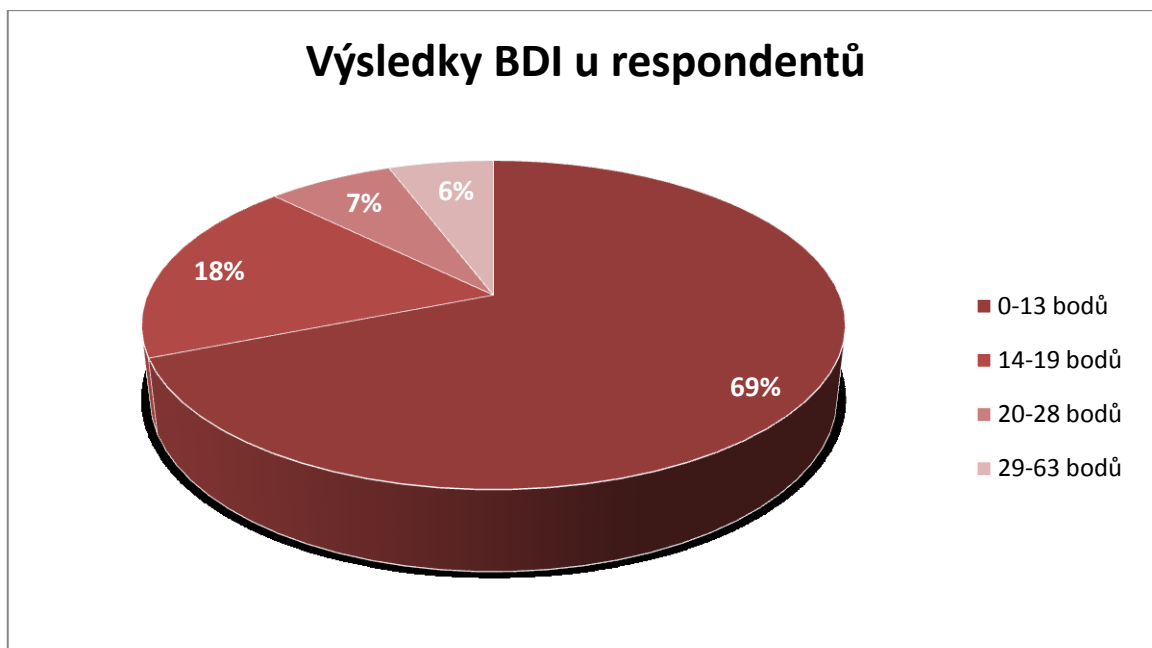
<b>BDI</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
<b>0-13 bodů</b>	60	69,0 %
<b>14-19 bodů</b>	16	18,4 %
<b>20-28 bodů</b>	6	6,9 %
<b>29-63 bodů</b>	5	5,7 %
<b>Celkem</b>	<b>87</b>	<b>100,0 %</b>

Z tabulky 11 vyplývá, že z 87 respondentů má 60 z nich jen minimální projevy deprese, v součtu bodů BDI získali 0-13 bodů. Šestnáct respondentů má dle BDI mírné projevy deprese (14-19 bodů). Třetí skupinu tvoří respondenti, kteří mají středně těžké projevy deprese a získali v rozmezí 20-28 bodů, celkem je to 6 respondentů. Těžké projevy deprese dle dotazníku BDI má 5 respondentů a získali 29-63 bodů.

**Tabulka 11:** Průměrná hodnota BDI

<b>Absolutní četnost</b>	<b>Počet bodů BDI</b>	<b>Průměrná hodnota</b>
<b>87</b>	<b>875</b>	<b>10</b>

Z tabulky je zřejmé, že průměrně získaná bodová hodnota u respondentů je 10.



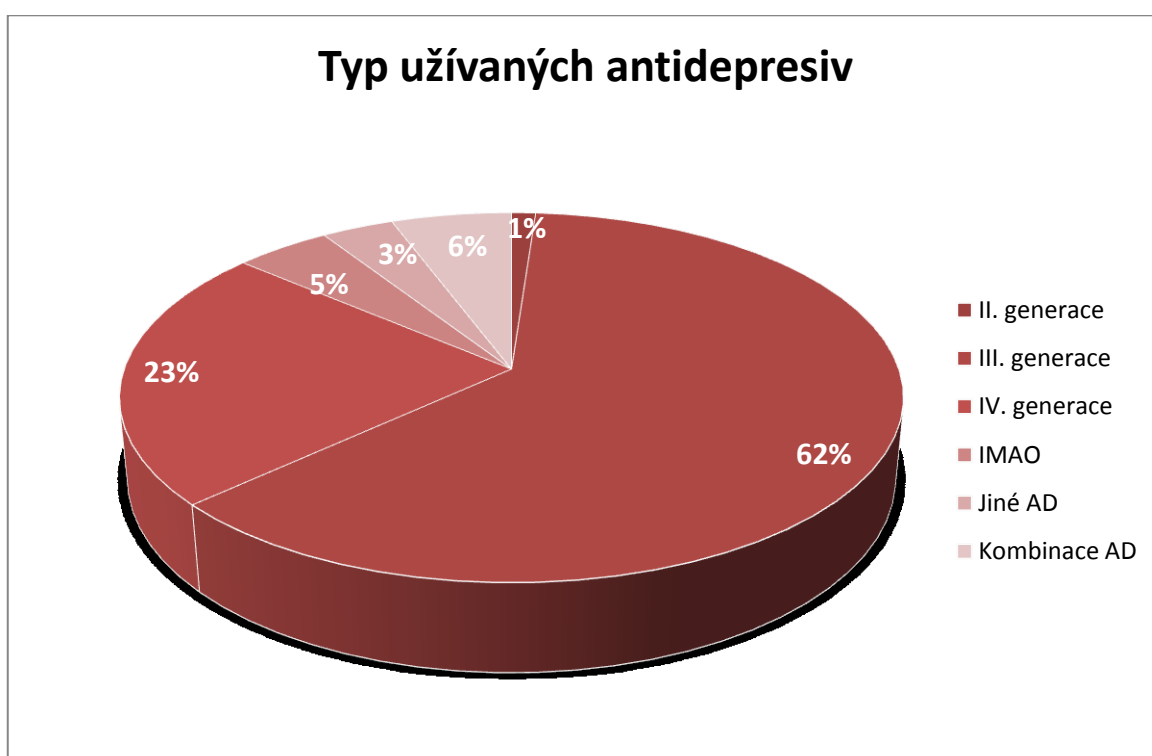
**Graf 2:** Výsledky BDI u respondentů

Z grafu 2 je patrné, že největší zastoupení mají respondenti ve skupině od 0-13 bodů, tedy s minimálními projevy deprese- 69 %. Respondentů s 14-19 body je 18,4 %. Další skupinou jsou respondenti s 20-28 body, u kterých je 6,9 %. Respondentů s těžkými projevy deprese, kteří měli v rozmezí 29-36 bodů je 5,7 %.

**Tabulka 12:** Typ užívaných antidepresiv

Typ antidepresiv	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>I. generace</b>	0	0,0 %
<b>II. generace</b>	1	1,1 %
<b>III. generace</b>	54	62,1 %
<b>IV. generace</b>	20	23,0 %
<b>IMAO</b>	4	4,6 %
<b>Jiné AD</b>	3	3,4 %
<b>Kombinace AD</b>	5	5,7 %
<b>Celkem</b>	<b>87</b>	<b>100,0 %</b>

Z tabulky je zřejmé, že nejvíce zastoupenou skupinou antidepresiv jsou antidepresiva III. generace. Užívání těchto antidepresiv uvedlo 54 respondentů. Druhou nejpočetnější skupinou jsou antidepresiva IV. generace, jejich užívání uvedlo celkem 20 respondentů. Ostatní skupiny antidepresiv jsou v poměru k III. a IV. generaci málo uváděné. Pět respondentů uvedlo užívání kombinace antidepresiv, nejčastěji se jednalo o kombinaci antidepresiv z III. a IV. generace. Čtyři respondenti uvedli, že užívají antidepresiva typu IMAO. Jiné antidepresiva užívají 3 respondenti. Jeden respondent uvedl užívání antidepresiv II. generace. Nejméně zastoupenou skupinou byla I. generace antidepresiv, užívání neuvedl ani jeden respondent.



**Graf 3:** Typ užívaných antidepresiv

Z grafického znázornění vyplývá, že 62,1 % respondentů užívá antidepresiva III. generace. Antidepresiva IV. generace užívá 23 % respondentů. Léčbu antidepresivy typu IMAO uvedlo 4,6 % respondentů. Kombinaci antidepresiv užívá k léčbě deprese 5,7 % respondentů. Skupina jiná antidepresiva má 3,4 % respondentů. Antidepresiva II. generace uvedlo 1,1 % respondentů. A antidepresiva I. generace neuvedl žádný respondent, tedy 0 %.

**Tabulka 13:** Hodnocení BDI vzhledem k typu antidepresiv

Typ antidepresiv	Absolutní četnost	Počet bodů BDI	Průměrná hodnota
II.generace	1	7	7
III. Generace	54	461	9
IV. Generace	20	276	14
IMAO	4	24	6
kombinace AD	5	72	14
Jiná AD	3	36	10

Z tabulky vyplývá, že respondenti léčení antidepresivy II., III. generace, IMAO a jinými antidepresivy dosáhli bodového hodnocení, které odpovídá minimálním projevům deprese. Pacienti léčení IV. generací antidepresiv a kombinací antidepresiv (III. a IV. generace) uvedli bodové hodnocení, které odpovídá nízkým projevům deprese.

Na základě této výzkumné otázky č. 1, byla stanovena hypotéza.

**H1: Respondenti užívající antidepresiva IV. generace subjektivně lépe posuzují míru deprese než respondenti užívající antidepresiva III. generace.**

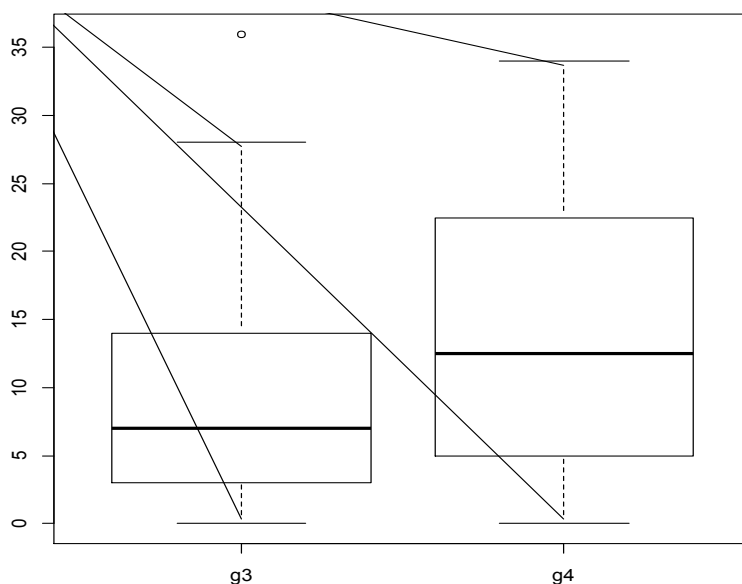
Ke zjišťování této hypotézy byla zvolena statistická metoda Wilcoxonova neparametrického testu.

$\alpha = 0,05$

pokud:  $p \geq \alpha$ , pak  $H_0$  nelze zamítnout

$p < \alpha$ , pak  $H_0$  zamítáme

Za pomoci Shapiro-Wilk testu na normalitu rozdělení dat, bylo zjištěno, že data nemají normální rozdělení, to je uvedeno v grafu 3. Ke zpracování dat tedy nelze použít T test ani F test.



**Graf 4:** Rozdělení respondentů dle užívání antidepresiv III. a IV. generace

Z grafu je zřejmé, že respondenti III. a IV. generace nemají normální rozdělení.

**Tabulka 14:** Wilcoxonův párový test- dle typu antidepresiv

Dvojice proměnných	Počet pac.	W	Úroveň p
III.generace / IV.generace	53 / 20	401,5	0,1128

Legenda: Počet pac.– počet pacientů v testovaném souboru; p – hladina významnosti; W – testovací kritérium

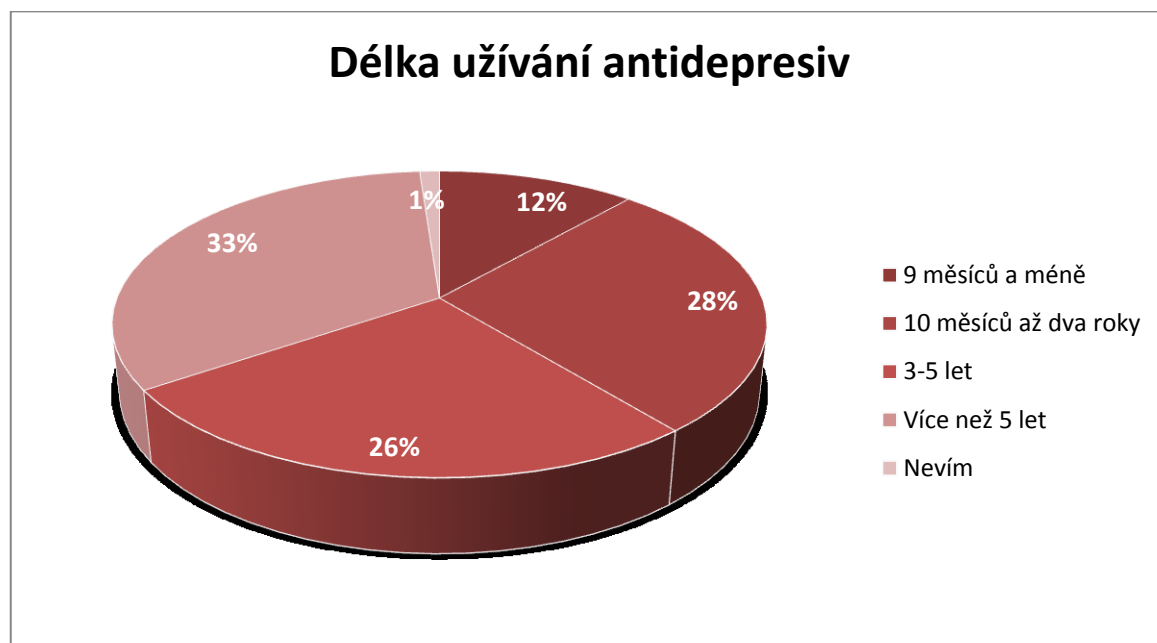
Z výsledku vyplývá, že  $p \geq \alpha$ ,  $H_0$  tedy nelze zamítnout.

Antidepresiva IV. a III generace se tedy v subjektivním posouzení míry deprese u respondentů **významně neliší**.

## 7.2.2. Subjektivní posouzení míry deprese u respondentů vzhledem k délce užívaných antidepresiv

Tabulka 15: Délka užívání antidepresiv

Délka užívání	Absolutní četnost	Relativní četnost
9 měsíců a méně	10	11,5 %
10 měsíců-2 roky	24	27,6 %
3-5 let	23	26,4 %
Více než 5 let	29	33,3 %
Nevím	1	1,1 %
<b>Celkem</b>	<b>87</b>	<b>100,0 %</b>



Graf 5: Délka užívání antidepresiv

Z grafu je zřejmé, že nejvíce respondentů se řadí do skupiny, která užívá antidepresiva více než 5 let. Celkem je to 33,3 % pacientů. Respondentů, kteří užívají antidepresiva 7



měsíců až dva roky je 27,6 %. Tři až pět let užívá antidepresiva 26,4 % respondentů. Méně než půl roku uvedlo 11,5 % respondentů. Jeden respondent nevěděl, jak dlouho antidepresiva užívá (1 %).

**Tabulka 16:** Hodnocení BDI vzhledem k délce užívání antidepresiv

<b>Délka užívání AD</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Počet bodů BDI</b>	<b>Průměrná hodnota</b>
<b>9 měsíců a méně</b>	10	80	8
<b>10 měsíců až 2 roky</b>	24	236	10
<b>3 roky až 5 let</b>	23	284	12
<b>Více než 5 let</b>	29	268	9
<b>Nevím</b>	1	16	16

Z tabulky vyplývá, že nejlépe hodnotili antidepresiva respondenti užívající antidepresiva 9 měsíců a méně. V BDI měli průměrnou hodnotu 8 bodů. V rozmezí deseti měsíců až dvou let měli respondenti průměrně 10 bodů. Respondenti užívající antidepresiva 3 roky až 5 let měli průměrnou hodnotu BDI 12. Pacienti, kteří užívají antidepresiva více než 5 let měli průměrnou hodnotu 9. Jeden respondent nevěděl, jak dlouho antidepresiva užívá, v BDI měl 16 bodů.

Na základě výzkumné otázky č. 2 byla stanovena hypotéza.

**H2: Respondenti užívající antidepresiva déle než 5 let subjektivně lépe posuzují míru deprese než respondenti užívající antidepresiva méně než 2 roky.**

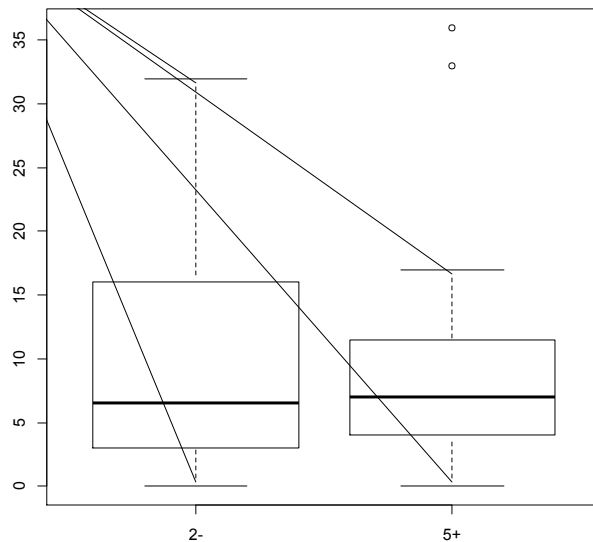
Ke zjišťování této hypotézy byla zvolena statistická metoda Wilcoxonova neparametrického testu.

$\alpha = 0,05$

pokud:  $p \geq \alpha$ , pak  $H_0$  nelze zamítnout

$p < \alpha$ , pak  $H_0$  zamítáme

Za využití Shapiro-Wilk testu bylo zjištěno, že data nemají normální rozdělení. Rozdělení je vyobrazeno na grafu č. 5. Pro stanovení hypotézy nemohl být použit T test ani F test.



**Graf 6:** Rozdělení respondentů užívajících antidepresiva méně než dva roky a více než 5 let

Z grafu je zřejmé, že u respondentů, kteří užívají antidepresiva méně než dva roky a u respondentů užívajících antidepresiva více než 5 let není normální rozdělení.

**Tabulka 17:** Wilcoxonův párový test-délka užívání antidepresiv

Dvojice proměnných	Počet pac.	W	Úroveň p
5 a více let / 2 a méně let	28 / 32	438	<b>0,8878</b>

Legenda: Počet pac. – počet pacientů v testovaném souboru; p – hladina významnosti; W – testovací kritérium

Z výsledku vyplývá, že  $p \geq \alpha$ ,  $H_0$  tedy nelze zamítnout.

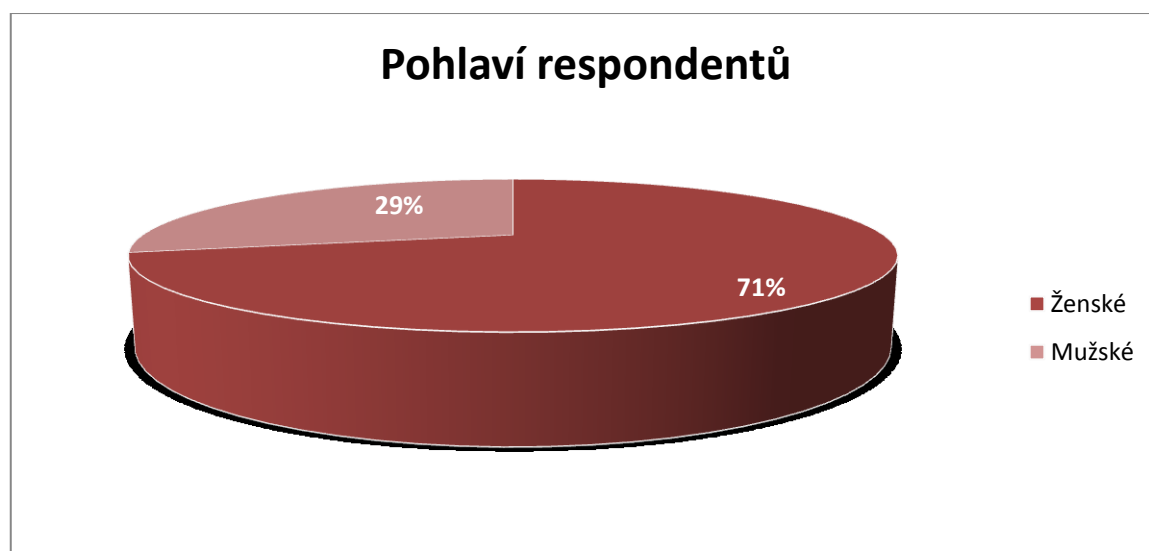
Subjektivní posouzení míry deprese u respondentů užívajících antidepresiva méně než dva roky a více než 5 let **se významně nelišilo.**

### 7.2.3 Subjektivní posouzení míry deprese u respondentů vzhledem k pohlaví

**Tabulka 18:** Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ženské	62	71,3 %
Mužské	25	28,7 %
<b>Celkem</b>	<b>87</b>	<b>100,0 %</b>

Z tabulky vyplývá, že se výzkumného šetření zúčastnilo 62 žen a 25 mužů.



**Graf 7:** Pohlaví respondentů

Z grafu je zřejmé, že ve výzkumném šetření byla převaha žen. Ženy měly zastoupení 71,3 %, zatímco muži pouze 28,7 %.

**Tabulka 19:** Hodnocení BDI vzhledem k pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů	Absolutní četnost	Počet bodů BDI	Průměrná hodnota
Ženy	62	624	10
Muži	25	255	10

Z tabulky vyplývá, že průměrná hodnota u mužů i žen v Beckově sebeposuzovací škále je 10 bodů.

Na základě výzkumné otázky č. 3 byla stanovena hypotéza.

**H3: Muži subjektivně hůře posuzují míru deprese než ženy.**

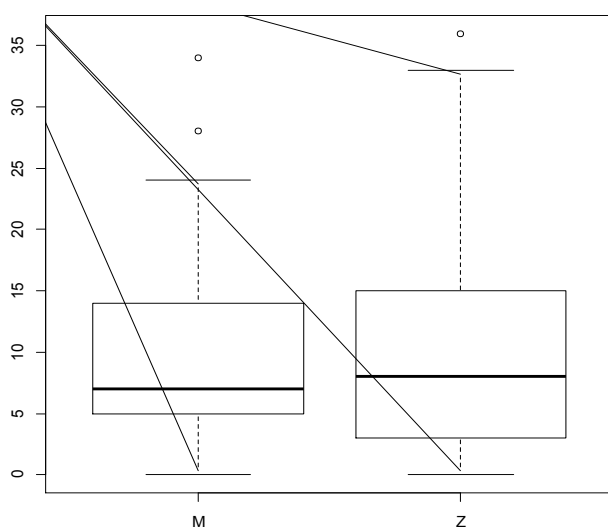
Ke zjišťování této hypotézy byla zvolena statistická metoda Wilcoxonova neparametrického testu.

$\alpha = 0,05$

pokud:  $p \geq \alpha$ , pak  $H_0$  nelze zamítnout

$p < \alpha$ , pak  $H_0$  zamítáme

Za použití Shapiro-Wilk normality testu bylo zjištěno, že respondenti nemají normální rozdělení. Toto rozdělení je zobrazeno na grafu č. 7. Pro stanovení této hypotézy tedy nemohl být užit T test ani F test.



**Graf 8:** Rozdělení respondentů dle pohlaví

Z grafu je patrné, že data nemají normální rozdělení.

**Tabulka 20:** Wilcoxonův párový test-pohlaví respondentů

Dvojice proměnných	Počet pac.	W	Úroveň p
Muži / ženy	25 / 61	742	<b>0,8489</b>

Legenda: Počet pac. – počet pacientů v testovaném souboru; p – hladina významnosti; W – testovací kritérium

Z výsledku vyplývá, že  $p \geq \alpha$ ,  $H_0$  tedy nelze zamítnout.

V subjektivním posouzení míry deprese mezi ženami a muži byl zjištěn **bezvýznamný rozdíl**.

## 7.2 Výskyt nežádoucích účinků u respondentů užívajících antidepressiva

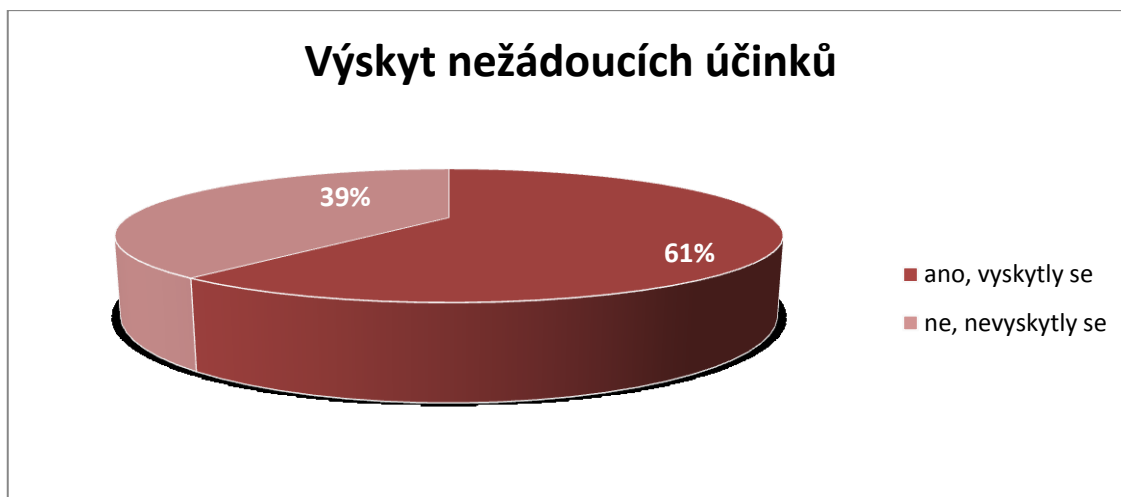
Výskyt nežádoucích účinků bývá považován za důležitý faktor ovlivňující léčbu antidepressivy. Zde budeme zjišťovat nejčastější nežádoucí účinky, které se u respondentů objevily a zároveň analyzovat, u kterého typu antidepressiv byly nežádoucí účinky nejčastěji vyjádřeny. Dále bude zobrazeno, jakým způsobem byla léčba vlivem nežádoucích účinků ovlivněna. Na začátku zahájení terapie antidepressivy by měli být pacienti lékařem edukováni o možnosti výskytu těchto účinků, proto byla do dotazníkového šetření zakomponována položka, která tuto informovanost zjišťuje.

**Výzkumná otázka č. 4: Uvádějí respondenti výskyt nežádoucích účinků při užívání antidepressiv?**

**Tabulka 21:** Výskyt nežádoucích účinků

Nežádoucí účinky	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, vyskytly se	53	60,9 %
Ne, nevyskytly se	34	39,1 %
<b>Celkem</b>	<b>87</b>	<b>100,0 %</b>

Z tabulky je zřejmé, že u 53 respondentů se vyskytly nežádoucí účinky. Pouze 34 respondentů uvedlo, že se žádné nežádoucí účinky během léčby antidepressivy neobjevily.



**Graf 9:** Výskyt nežádoucích účinků

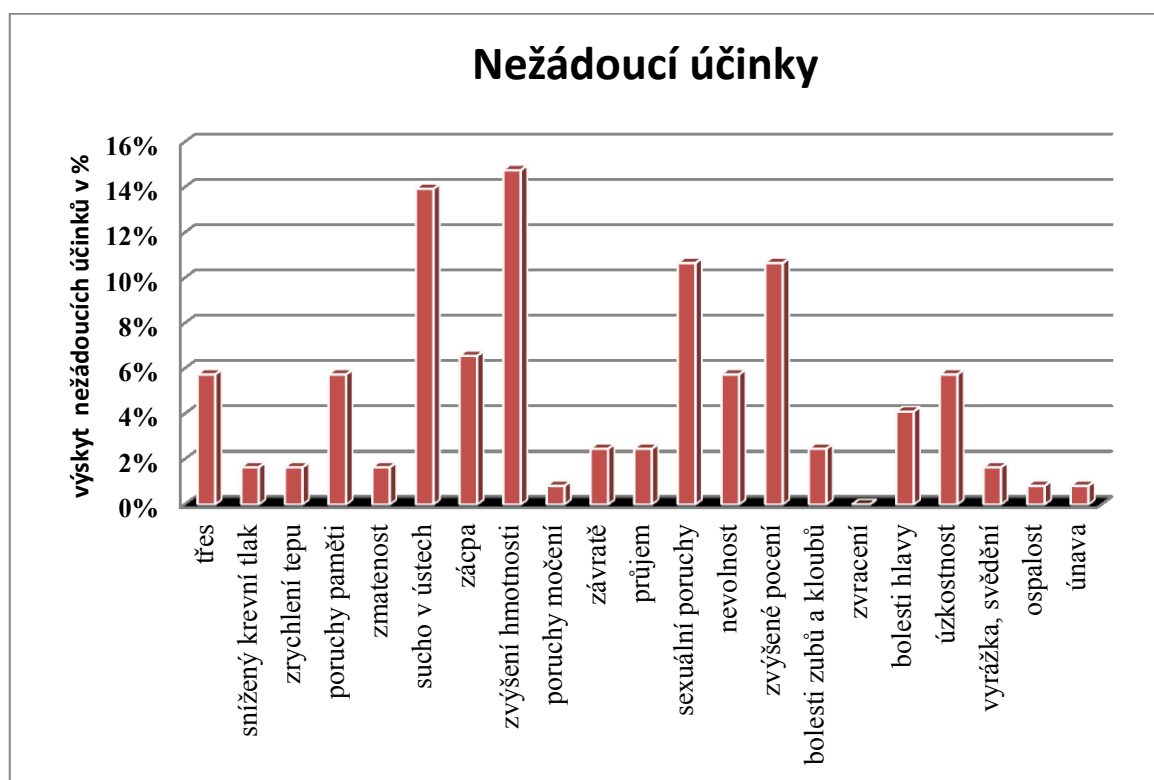
Z grafu vyplývá, že u 60,9 % respondentů se během léčby antidepresivy vyskytly nežádoucí účinky. U 39,1 % se žádné nežádoucí účinky neobjevily.

**Tabulka 22:** Nežádoucí účinky

Nežádoucí účinky	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Třes</b>	7	5,7 %
<b>Snížený krevní tlak</b>	2	1,6 %
<b>Zrychlení tepu</b>	2	1,6 %
<b>Poruchy paměti</b>	7	5,7 %
<b>Zmatenost</b>	2	1,6 %
<b>Sucho v ústech</b>	17	13,9 %
<b>Zácpa</b>	8	6,6 %
<b>Zvýšení hmotnosti</b>	18	14,8 %
<b>Poruchy močení</b>	1	0,8 %
<b>Závratě</b>	3	2,5 %
<b>Průjem</b>	3	2,5 %
<b>Sexuální poruchy</b>	13	10,7 %
<b>Nevolnost</b>	7	5,7 %
<b>Zvýšené pocení</b>	13	10,7 %
<b>Bolesti zubů a kloubů</b>	3	2,5 %
<b>Zvracení</b>	0	0,0 %
<b>Bolesti hlavy</b>	5	4,1 %
<b>Úzkostnost</b>	7	5,7 %

<b>Vyrážka, svědění</b>	2	1,6 %
<b>Ospalost</b>	1	0,8 %
<b>Únava</b>	1	0,8 %
<b>Celkem</b>	<b>122</b>	<b>100,0 %</b>

Z tabulky je zřejmé, že nejvíce se u respondentů objevuje zvýšení hmotnosti. Zvýšení hmotnosti v dotazníku uvedlo 18 respondentů. Sedmnáct respondentů uvedlo, že pociťují sucho v ústech. Sexuální poruchy a zvýšené pocení uvedlo 13 respondentů. Osm respondentů uvedlo jako nežádoucí účinek antidepresiv zácpu. Třes, poruchy paměti a úzkostnost se u respondentů objevily sedmkrát. Bolesti hlavy se objevily u pěti respondentů. Závratě, průjem a bolesti zubů a kloubů uvedli 3 respondenti. Nežádoucí účinky typu sníženého krevního tlaku, zrychlení tepu a zmatenosti byly uvedeny dvakrát. Jedenkrát byla v dotazníku uvedena přítomnost nežádoucích účinků, jako je ospalost a únava. Žádný z respondentů nevedl, že po antidepresivech trpí zvracením.



**Graf 10:** Nežádoucí účinky

Z grafu je zřejmé, že nejvíce vyjádřeným nežádoucím účinkem u užívání antidepresiv je zvýšení hmotnosti, 14,8 %. Sucho v ústech bylo uvedeno z 13,9 %. Dále to byly sexuální poruchy a zvýšené pocení, 10,7 %. Zácpa jako nežádoucí účinek antidepresiv

byla zastoupena z 8,8 %. Třes, poruchy paměti a úzkostnost uvedlo 5,7 % respondentů. Bolesti byly v šetření zastoupeny ze 4,1 %. Z 2,5 % se vyskytly nežádoucí účinky, jako je průjem, závratě a bolesti zubů a kloubů. Únava a ospalost byly zastoupeny ze 0,8 %.

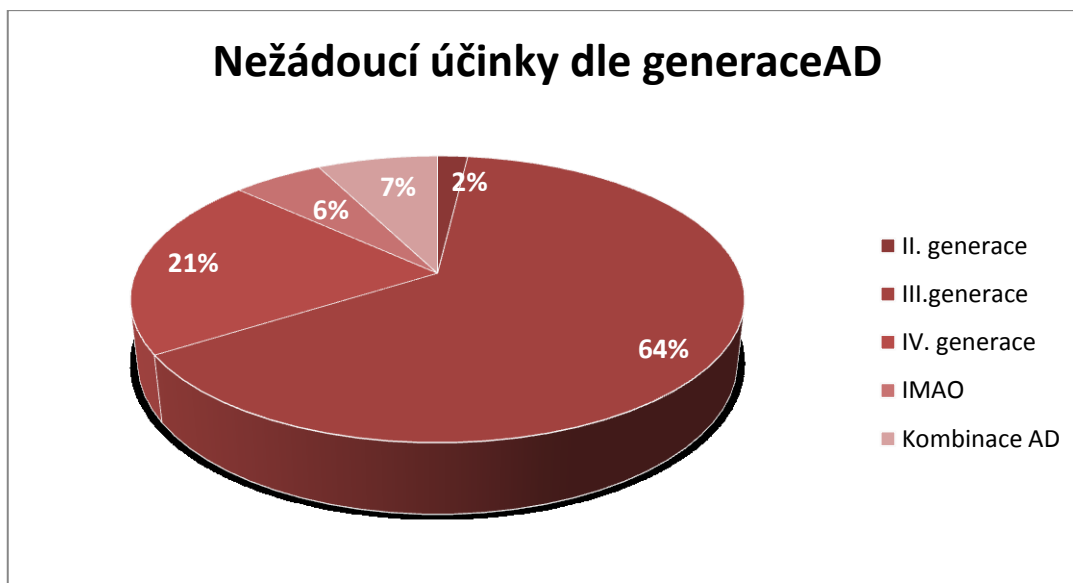
**Výzkumná otázka č. 5: U kterého typu antidepresiv budou respondenti nejčastěji udávat nežádoucí účinky?**

**Tabulka 23:** Výskyt nežádoucích účinků u jednotlivých typů antidepresiv

<b>Nežádoucí účinky dle generace AD</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
<b>II. generace</b>	1	1,9 %
<b>III. generace</b>	34	64,2 %
<b>IV. generace</b>	11	20,8 %
<b>IMAO</b>	3	5,7 %
<b>Kombinace AD</b>	4	7,5 %
<b>Jiná AD</b>	0	0,0 %
<b>Celkem</b>	<b>53</b>	<b>100,0 %</b>

Z tabulky vyplývá, že nežádoucí účinky uváděli nejčastěji respondenti užívající antidepresiva III. generace. Celkem se jednalo o 34 respondentů. Nejčastěji uváděli respondenti užívající III. generaci antidepresiv zvýšení hmotnosti vlivem léčby antidepresivy. Jedenáct respondentů uvedlo výskyt nežádoucích účinků u antidepresiv IV. generace. Nejčastěji tito respondenti uváděli zvýšené pocení. U kombinace antidepresiv se vyskytly nežádoucí účinky u 4 respondentů. Tři respondenti uvedly výskyt nežádoucích účinků u antidepresiv typu IMAO. U antidepresiv II. generace uvedli výskyt nežádoucích účinků jeden respondent. U jiného typu antidepresiv neuvedl žádný respondent výskyt nežádoucích účinků.

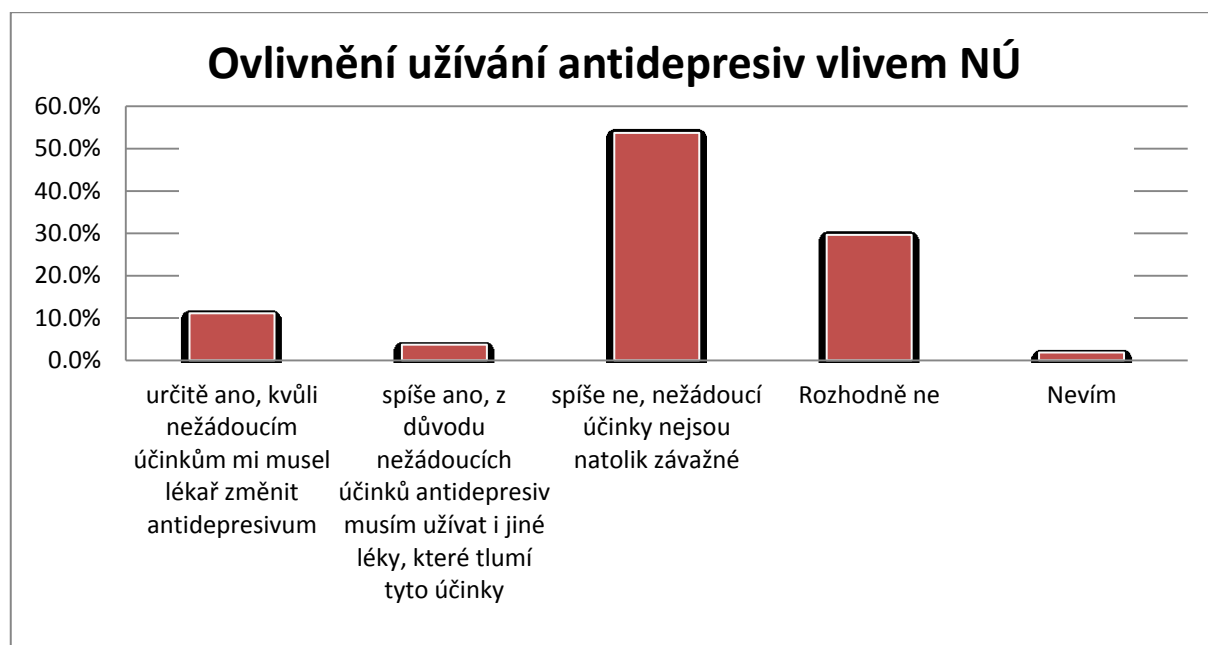




**Graf 11:** Výskyt nežádoucích účinků u jednotlivých typů antidepresiv

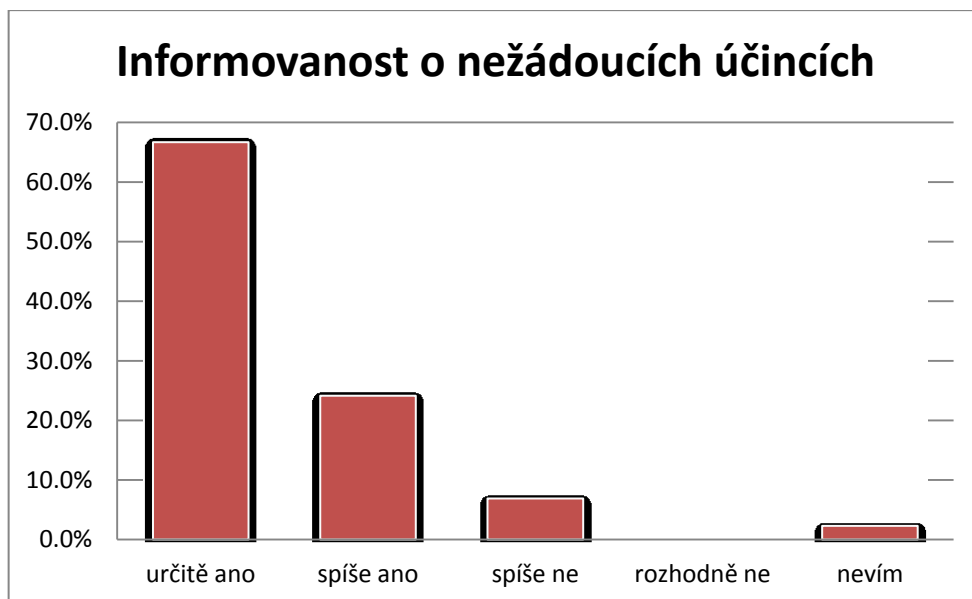
Z grafu je zřejmé, že nejvíce nežádoucích účinků uváděli respondenti, kteří užívají antidepresiva III. generace (64,2 %). Antidepresiva IV. generace a výskyt nežádoucích účinků při jejich užívání uvedlo 20,8 %. U kombinace antidepresiv uvedlo nežádoucí účinky 7,5 % respondentů. U antidepresiv typu IMAO uvedlo výskyt nežádoucích účinků 5,7 % respondentů. U antidepresiv I. generace uvedlo výskyt nežádoucích účinků 1,9 % a u jiných antidepresiv 0 % respondentů.

V souvislosti s výskytem nežádoucích účinků bylo v dotazníkovém šetření zjišťováno, zda nežádoucí účinky ovlivnily léčbu antidepresivy. Ovlivnění užívání antidepresiv vlivem nežádoucích účinků je zobrazeno na grafu 12. O tom, zda byli respondenti o možnosti výskytu nežádoucích účinků dopředu informováni, pojednává graf 13.



**Graf 12:** Ovlivnění užívání antidepresiv vlivem nežádoucích účinků

Z grafu vyplývá, že nežádoucí účinky spíše neovlivnily užívání antidepresiv. Takto odpovědělo 53,7 % respondentů. Odpověď „rozhodně ne“ zvolilo 29,6 % respondentů. 11,1 % respondentů uvedlo, že museli změnit antidepresivum z důvodu výskytu nežádoucích účinků. Dále 3,7 % respondentů uvedlo, že z důvodu nežádoucích účinků musí užívat i jiné léky. Odpověď nevím zvolilo 1,9 % respondentů.



**Graf 13:** Informovanost o nežádoucích účincích antidepresiv před zahájením léčby

Z grafu je patrné, že většina respondentů v dotazníkovém šetření uvedla, že byla před zahájením léčby informována o možnosti výskytu nežádoucích účinků. Celkem 66,7 % respondentů uvedlo jako odpověď určitě ano. Odpověď spíše ano, zvolilo 24,1 % respondentů. Respondentů, kteří uvedli odpověď spíše ne, bylo 6,9 %. Žádný z respondentů neuvedl jako odpověď rozhodně ne (0 %). A 2,3 % dotazovaných nevěděla, zda byla informována o výskytu nežádoucích účinků.

### 7.3. Svévolné vysazení antidepresiv

Svévolné vysazení antidepresiv bez předchozí konzultace s lékařem, je vždy velkým rizikem pro další průběh a prognózu onemocnění. U antidepresiv je předčasné vysazení poměrně frekventované. Podíl na tom může mít jak pacient, medikace, tak i lékař (Kosová, 2004).

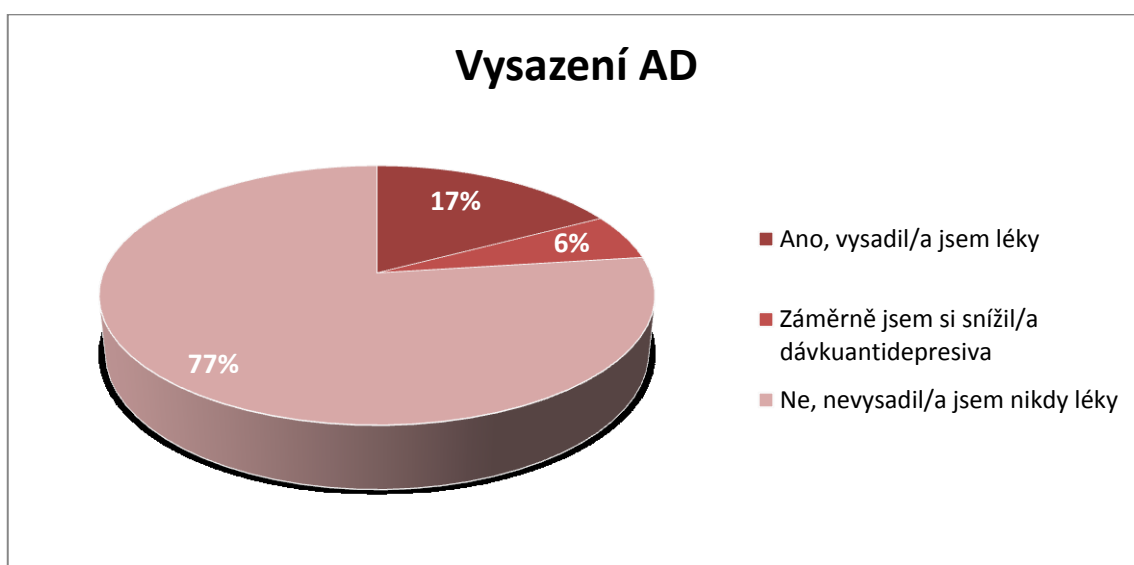
V této části se zaměříme na výskyt svévolného vysazení antidepresiv u respondentů, dále na možnou příčinu, a také na to, zda vysazení medikace vedlo k relapsu onemocnění. Pro tuto problematiku byly zvoleny dvě výzkumné otázky.

**Výzkumná otázka č. 6: Došlo u respondentů během léčby antidepresivy k svévolnému vysazení léků?**

**Tabulka 24:** Svévolné vysazení antidepresiva

Vysazení AD	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, vysadil/a jsem léky	15	17,2 %
Záměrně jsem si snížil/a dávku antidepresiva	5	5,7 %
Ne, nevysadil/a jsem nikdy léky	67	77,0 %
<b>Celkem</b>	<b>87</b>	<b>100,0 %</b>

Z tabulky je patrné, že většina respondentů nikdy antidepresiva nevysadila. V šetření to potvrdilo 67 respondentů. Antidepresiva vysadilo 15 respondentů a 5 respondentů si záměrně snížilo dávku antidepresiva.



**Graf 14:** Svévolné vysazení antidepresiva

Z grafu vyplývá, že 77 % respondentů nikdy nevysadilao léky bez konzultace s lékařem. Léky vysadilo 17,2 % respondentů a 5,7 % respondentů uvedlo, že si záměrně snížili dávku antidepresiva.

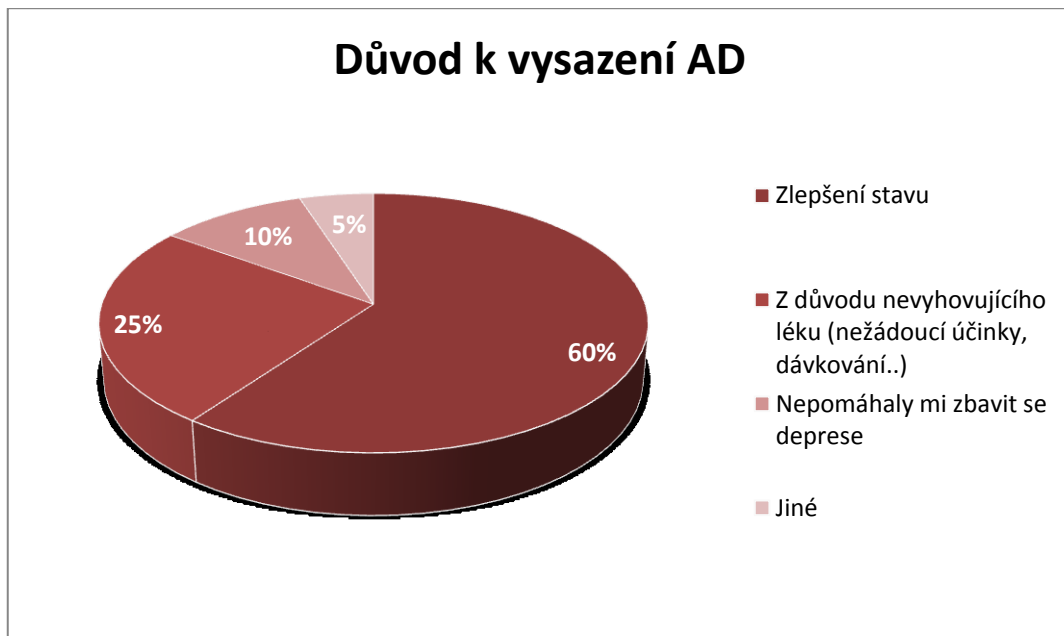
**Výzkumná otázka č. 7: Jaký byl nejčastěji uváděný důvod k svévolnému vysazení antidepresiv?**

**Tabulka 25:** Nejčastěji uváděné důvody k vysazení antidepresiv

Důvod k vysazení AD	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zlepšení stavu	12	60,0 %
Z důvodu nevyhovujícího léku (nežádoucí účinky, dávkování..)	5	25,0 %
Nechuť užívat léky	0	0 %
Nepomáhaly mi zbavit se deprese	2	10,0 %
Jiné	1	5,0 %
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>100,0 %</b>

Z tabulky je zřejmé, že nejvíce respondentů vysadilo antidepresiva z důvodu zlepšení stavu. Tuto možnost uvedlo 12 respondentů. Pět respondentů vysadilo svévolně medikaci

z důvodu nevyhovujícího léku a dva respondenti uvedli, že jim léky nepomáhaly zbavit se deprese. Ani jeden respondent nevedl, že ho k vysazení antidepresiv vedla nechuť léky užívat. Jeden respondent uvedl jako odpověď jiný důvod, zde uvedl, že léky vysadil kvůli jinému onemocnění.



**Graf 15:** Nejčastěji uváděné důvody k vysazení antidepresiv

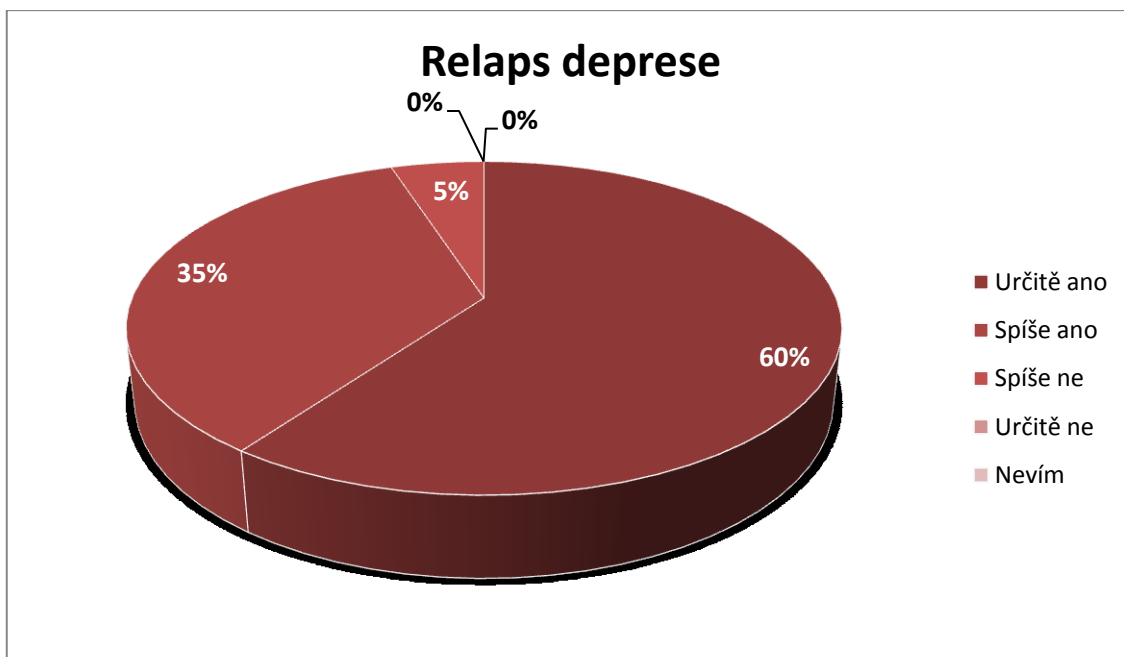
Z grafu vyplývá, že 60 % respondentů předčasně vysadilo antidepresiva z důvodu subjektivního zlepšení stavu. Z důvodu nevyhovujícího léku předčasně vysadilo medikaci 25 % respondentů. U 10 % byl důvodem fakt, že jim léky nepomáhaly zbavit se deprese. Odpověď jiné zvolilo 5 % respondentů.

Jak už bylo uvedeno, předčasné vysazení medikace bez konzultace s lékařem je poměrně velkým rizikem pro léčbu, zejména z důvodu relapsu onemocnění. Do dotazníkového šetření tedy byla zařazena otázka, která se vztahuje ke vzniku relapsu deprese po vysazení antidepresiv.

**Tabulka 26:** Relaps deprese po svévolném vysazení léků

<b>Relaps deprese</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
<b>Určitě ano</b>	12	60,0 %
<b>Spíše ano</b>	7	35,0 %
<b>Spíše ne</b>	1	5,0 %
<b>Určitě ne</b>	0	0,0 %
<b>Nevím</b>	0	0,0 %
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>100,0 %</b>

Z tabulky je zřejmé, že po svévolném vysazení léků došlo k návratu příznaků deprese u většiny dotazovaných. Odpověď určitě ano zvolilo 12 respondentů. Sedm respondentů v dotazníku uvedlo odpověď spíše ano. Na otázku, zda došlo k návratu příznaků deprese, jeden respondent uvedl, že spíše ne. Určitě ne a nevím neuvedl ani jeden respondent.



**Graf 16:** Relaps deprese po svévolném vysazení léků

Z grafu vyplývá, že 60 % respondentů odpovědělo na otázku, zda došlo k návratu příznaků deprese, určitě ano. Odpověď spíše ano zvolilo 35 % respondentů. Spíše ne jako odpověď uvedlo 5 % respondentů. Odpověď určitě ne a nevím neuvedl ani jeden respondent, 0 %.



## 8 Diskuze

Prezentovaný soubor o celkovém počtu 87 respondentů se skládal z 60 (71,3 %) žen a 25 (28,7 %) mužů. Rozdíl mezi pohlavími bývá zjištěním u mnoha epidemiologických studií depresivní poruchy. Praško a kol. (2003) udávají, že deprese se vyskytuje u žen 2x častěji než u mužů. Vzhledem k rozložení mužů a žen v našem výzkumném souboru, lze tento výskyt potvrdit. K hlavním rozdílům ve výskytu deprese mezi pohlavími patří množství teorií, jako jsou neuroendokrinní teorie, psychické a psychosociální, sociologické teorie až po teorie genderu (Turbová, Cagaš, 2004). Čěšková (2010) udává, že řada depresivních mužů, nebývá postihnuta zdravotnickým systémem. Jako důvody udává například neschopnost požádat o pomoc, atypičnost depresivních symptomů, nebo i špatné postavení diagnózy.

Věkové rozložení respondentů prokázalo, že nejčastěji se antidepresivy léčí osoby mezi 46-65 lety. Ve výzkumném souboru se do této skupiny zařadilo 52,9 % respondentů. Dle studie EHIS se průměrný věk pacientů s depresemi nejčastěji pohyboval od 45 do 64 let. Naopak dle výsledků Strineho (2008) se deprese objevovala nejčastěji u osob mezi 18-24 lety (Šonka, Raboch, 2009). Ve výsledcích našeho výzkumného šetření byla věková kategorie od 15 do 24 let zastoupena pouze 3,5 % respondentů. Je možné se domnívat, že se u osob v této věkové skupině deprese objevují, ale neléčí. Švestka (2000) dokonce udává, že až 50 % osob trpících depresí se nedostaví k lékaři. Dle studie HUNT se deprese velmi často vyskytují ve stáří, v této studii to bylo 20 % osob nad 80 let (Holmerová, Jurašková, Vaňková, 2007). V našem výzkumném šetření bylo osob nad 66 let a více pouze 4,6 %.

Vzdělání u respondentů bylo nejčastěji středoškolské (45 %). Druhou nejpočetnější skupinu tvořili respondenti vyučení (25 %). Vysokoškolského vzdělání dosáhlo 22 % dotazovaných. Galiková (2011) ve svém šetření udává, že výskyt deprese a užívání antidepresiv III. generace je vyšší u osob vysokoškolsky vzdělaných.

Klinický účinek antidepresivní léčby byl zjišťován za pomoci standardizovaného dotazníku- BDI. Nejvíce respondentů (69 %) bylo zařazeno do skupiny s minimálními projevy deprese. Naopak těžké projevy deprese prožívalo 6 % dotazovaných. Kopeček (2007) udává, že u pacientů s depresí je až 50% pravděpodobnost snížení příznaků při začátku užívání antidepresiv. A u 37 % pacientů deprese zcela ustoupí a dostane se do remise. Průměrná hodnota získaná v dotazníku BDI byla 10 bodů, to znamená minimální projevy deprese.

Celková míra deprese za pomoci dotazníku BDI, byla sledována v závislosti na několika proměnných.

Subjektivní posuzování míry deprese Beckovou sebeposuzovací škálou bylo porovnáváno v závislosti na typu užívaných antidepresiv. Klinický účinek depresivní léčby byl dle BDI zjištěn u léků IMAO. Průměrná hodnota BDI byla u respondentů 6 bodů. Je nutné ovšem brát na zřetel nerovnoměrné rozdělení respondentů užívajících různé druhy antidepresiv. Léčba antidepresivy typu IMAO bývá poměrně úspěšná, většinou se předepisují tam, kde jiná antidepresiva byla neúčinná (Praško, Prašková, 2006). Dle našeho šetření jsou nejčastěji předepisovaná antidepresiva jednoznačně léky III. generace. Dle farmakologických postupů jsou to léky první volby (Češková, 2008). Respondenti užívající antidepresiva III. generace vykazují minimální projevy deprese. V našem výzkumu byla průměrná hodnota BDI u respondentů 9 bodů. Gáliková (2011) udává průměrnou hodnotu 16 bodů u respondentů užívajících antidepresiva III. generace. V jejím výzkumném souboru ovšem byli i hospitalizovaní pacienti. Antidepresiva IV. generace v našem šetření byla jako druhá nejvíce zastoupená skupina. Respondenti vykazovali mírné projevy deprese, průměrná hodnota BDI byla 14 bodů. Roli v tom může hrát i fakt, že tyto léky bývají předepisovány až po neúspěšné léčbě antidepresivy III. generace. Z klinických studií ovšem vyplývá, že právě antidepresiva IV. generace mají nejlepší klinický účinek na remisi deprese. U ambulantních pacientů dosáhne remise až 52 % nemocných (Češková, 2008).

Antidepresiva II. generace byla užívána pouze jedním respondentem, to dokazuje, že jejich předepisování je v dnešní době spíše výjimečné. Dotazovaný vykazoval ve škále minimální projevy deprese. Češková (2008) udává, že tyto antidepresiva II. generace mají v ambulantní léčbě lepší odpověď na léčbu než antidepresiva III. generace. Kombinace antidepresiv III. a IV. generace uvedlo pět respondentů. Ti vykazovali mírné projevy deprese. Praško, Prašková (2006) uvádějí, že kombinace antidepresiv jsou typické pro léčbu farmakorezistentních depresí a jejich úspěšnost odpovědi na léčbu je u 2/3 pacientů.

Při posuzování celkové míry deprese u respondentů léčených antidepresivy III. a IV. generace byl zjištěn bezvýznamný rozdíl ( $p \geq \alpha$ ).

Další proměnnou byla ve výzkumném šetření délka užívání antidepresiv ve vztahu k výsledkům Beckovy sebeposuzovací škály. V dotazníkovém šetření byli respondenti rozdělení do skupin podle délky léčby. Méně než 9 měsíců je léčba pokračovací, v této fázi léčby respondenti vykazovali minimální projevy deprese. Respondentů v této fázi léčby bylo 11,5 %. Od 10 měsíců do dvou let je léčba udržovací, v této skupině

respondenti měli minimální projevy deprese. V této skupině bylo 27,6 % respondentů. Od 3 do 5 let užívalo antidepresiva 26,4 % respondentů, tato fáze léčby je profylaktická. U respondentů byly taktéž uváděny minimální projevy deprese. Více než pět let se léčí pacienti, kteří měli 3 a více epizod, většinou se však doporučuje až léčba doživotní (Praško, Prašková, 2006). Do této skupiny, která se léčí více než 5 let se zařadilo 33,3 % respondentů. V této skupině bylo zjištěno, že pacienti mají minimální projevy deprese. Za pomoci Wilcoxonova neparametrického testu bylo porovnáváno, zda se subjektivní posuzování deprese mění u respondentů užívajících antidepresiva dva roky a méně (od akutní do udržovací fáze léčby) a u respondentů užívajících antidepresiva více než pět let (profylaktická fáze u pacientů s více než třemi depresivními epizodami). Z výsledků testu bylo zjištěno, že mezi těmito dvěma skupinami respondentů je bezvýznamný rozdíl ( $p \geq \alpha$ ). Praško, Prašková (2006) udávají, že profylaktická léčba snižuje návrat příznaků deprese až o 70-80 %. Všechny fáze léčby by měly vést k minimalizování projevů deprese. Z našich výsledků je patrné, že respondenti v průměru udávají pouze minimální projevy deprese.

Ve výzkumném šetření bylo dále zjišťováno, jaký je rozdíl mezi subjektivním hodnocením míry deprese u mužů a u žen. Dalo se předpokládat, že respondentů ženského pohlaví bude jednoznačně více než mužského. Při vyhodnocování bylo opět využito Wilcoxonova neparametrického testu, který ukázal, že mezi subjektivním posouzením míry deprese mezi ženami a muži není významný rozdíl ( $p \geq \alpha$ ). Turbová a Cagaš (2004) ve výzkumném šetření zjistili, že ženy v sebesposuzovacích škálách udávají vyšší intenzitu depresivních příznaků. Na druhou stranu připouštějí, že u žen je výraznější sklon vyhledávat psychologickou pomoc, který může vést k pozitivnějšímu postoji k psychickým onemocněním. Ženy také lépe akceptují onemocnění u sebe samé, mají pozitivnější postoj k psychoterapii a větší potřebu dostávat výraznější emoční podporu (Turbová, Cagaš, 2004). Z našich výsledků bylo zjištěno, že v průměru respondenti udávali pouze minimální projevy deprese v závislosti na pohlaví. Čěšková (2012) uvádí, že projevy deprese při léčbě antidepresivy u žen jsou v interakci s věkem. U mužů se toto nepotvrdilo.

Další oblastí výzkumného šetření bylo zjistit výskyt nežádoucích účinků u jednotlivých typů antidepresiv. Výskyt nežádoucích účinků potvrdilo 60 % účastníků šetření. Nejvíce vyjádřenými nežádoucími účinky bylo zvýšení hmotnosti (15 %), sucho v ústech (14 %), sexuální poruchy (10 %) a zvýšené pocení (10 %). Žourková (2008) udává, že sexuální poruchy jsou typickým nežádoucím účinkem pro antidepresiva I. a III.

generace. Váhový přírůstek je nejvíce vyjádřen u antidepresiv I., III. generace, naopak váhově neutrální antidepresiva, jsou léky IV. generace.

Nežádoucí účinky nejvíce udávali respondenti (64 %) užívající antidepresiva III. generace. V tomto případě je nutné brát opět zřetel na to, že v této skupině bylo jednoznačně nejvíce respondentů. Dle výsledků Gálikové (2011) uvádělo 87 % respondentů nežádoucí účinky u antidepresiv III. generace. Nejvíce vyjádřeným nežádoucím účinkem v této generaci antidepresiv byly poruchy sexuální funkce, ve smyslu snížení libida (37 %). A 20 % respondentů udávalo váhový přírůstek (Galiková, 2011). V našem výzkumném šetření respondenti užívající III. generaci antidepresiv uváděli nejčastěji váhový přírůstek.

Respondenti užívající antidepresiva IV. generace v našem šetření udávali výskyt nežádoucích účinků ve 21 %. Paclt (2002) udává, že u těchto léků bývají často poruchy sexuální funkce, sucho v ústech a zvýšené pocení. Z našich výsledků byl nejvíce vyjádřen nežádoucí účinek- zvýšené pocení.

V závislosti na výskytu nežádoucích účinků bylo zjišťováno, jakým způsobem ovlivňují léčbu antidepresivy. Respondenti nejčastěji uváděli, že nežádoucí účinky jejich léčbu spíše neovlivňují, protože nejsou natolik závažné. To uvedlo 54 % respondentů. Dále 30 % respondentů uvedlo, že nežádoucí účinky léčbu rozhodně neovlivňují. Z důvodu nežádoucích účinků muselo být změněno antidepresivum u 11 % respondentů. Martinický (2008) udává, že nežádoucí účinky léčby ovlivňují compliance pacientů k užívání antidepresiv. Z jeho výsledků vyplývá, že 37 % respondentů vlivem nežádoucích účinků negativně hodnotí postoj k antidepresivům. Ve výzkumném šetření Galikové (2011) ovšem postoje k léčbě vlivem nežádoucích účinků antidepresiv ovlivněny nebyly.

V dotazníkovém šetření bylo dále zjišťováno, zda byli respondenti před zahájením léčby informováni lékařem o možném výskytu nežádoucích účinků. Přes 66 % respondentů uvedlo, že určitě bylo informováno. Dle Brileho (1998) jsou možnou příčinou vzniku nespolupráce s pacientem nevyřešené problémy spojené s nežádoucími účinky (Raboch, 2000). Martinický (2008) poukazuje na fakt, že se výrazně zvyšuje compliance při léčbě, pokud je zvolena správná komunikace. Nemocní by měli vědět, jaké nežádoucí účinky se u nich mohou vyskytnout a mít možnost se s nimi svému lékaři svěřit. V našem šetření uvedlo 7 % respondentů, že spíše o nežádoucích účincích nevěděli.

Třetí oblastí výzkumného šetření bylo zjišťování svévolného vysazení medikace u respondentů. Z výsledků vyplynulo, že 17 % respondentů předčasně léčbu ukončilo a 6 % respondentů si záměrně snížilo dávku antidepresiva. Martinický (2008) udává, že až 53 % respondentů léčbu ukončí předčasně. Nejčastěji to bývá z důvodu zlepšení stavu (55 %). V našem šetření uvedlo 60 % respondentů jako důvod k vysazení medikace zlepšení stavu. Martinický (2008) dále udává, že 23 % respondentů vysadí předčasně medikaci kvůli výskytu nežádoucích účinků. V našem šetření to bylo 25 % respondentů. Dle Martinického (2008) 10 % respondentů vysadí léky kvůli nedostatečné účinnosti. V našich výsledcích to také bylo 10 % respondentů, kteří uvedli, že jim léky nepomohly zbavit se deprese. Z těchto výsledků je tedy patrné, že nejvíce má vliv na předčasné ukončení léčby zlepšení psychického stavu a výskyt nežádoucích účinků.

Na otázku, zda došlo k návratu příznaků deprese po svévolném vysazení medikace, 60 % respondentů uvedlo, že určitě ano a 35 % respondentů spíše ano. Kosová (2004) udává, že až 77 % případů po předčasném vysazení antidepresiv relabuje. Vysazení antidepresiv je v léčbě deprese vždy velkým rizikem pro prognózu onemocnění, proto je důležité navázat správný terapeutický vztah mezi lékařem a pacientem. Zajištění adekvátní léčby po dostatečně dlouhou dobu vede k výraznému zlepšení kvality života léčených pacientů (Kosová, 2004).

Na základě výsledků lze tedy konstatovat, že pacienti v našem šetření, za použití hodnocení výsledků BDI, mají minimální a nízké projevy deprese. Z toho lze usoudit, že antidepresiva mají u respondentů dobrou účinnost. Zajímavé by bylo sledovat účinnost antidepresiv za použití BDI u pacientů v akutní fázi. Zároveň by bylo velmi obtížné od těchto pacientů získat výsledky, vzhledem k zhoršenému psychickému stavu. U více než poloviny pacientů bylo v dotazníku uvedeno, že mají nežádoucí účinky léčby antidepresivy. V šetření se ukázalo, že 17 % respondentů svévolně vysadilo medikaci. Nejčastějším důvodem bylo právě zlepšení projevů deprese a výskyt nežádoucích účinků. Z toho vyplývá, že právě subjektivní zlepšení projevů deprese a nežádoucí účinky léčby mají dopad na předčasné ukončení léčby antidepresivy.

Na závěr je nutné dodat, že deprese je nemocí duše a proto by se měla léčit komplexně, jak farmakologicky tak psychoterapeuticky.

## Závěr

Diplomová práce s názvem: „Antidepressiva pohledem ambulantně léčených psychiatrických pacientů“ měla za **cíl sledovat souvislosti mezi subjektivním posouzením míry deprese, výskytem nežádoucích účinků na možné riziko svévolného vysazení medikace.**

V jedné z přednášek Dr. Rusnáka bylo řečeno, že deprese se vyskytuje u lidí, kterým musela být odebrána síla. A to proto, že byla vkládána do něčeho špatného nebo neuskutečnitelného. Proto by se mělo pohlížet na nemoc jako na informaci. A na základě této informace se pokusit změnit názor na svět. V dnešní době je tento psychosomatický model nevyužíván, a proto se pacientům s depresí předepisují antidepressiva. Na jedné straně věřím, že pacientům pomohou, ale na druhé straně se nedá říci, že by přímo zasáhly příčinu. Ze své praxe na psychiatrickém oddělení vím, že pacienti s depresemi se na oddělení neustále vrací. Často to bývá připisováno špatné spolupráci a předčasným vysazením antidepressiv. Osobně se domnívám, že je to také tím, že pacienti nevědí, jak si pomoci sami a nechtějí se pouze spoléhat na léky. Na jednu stranu je pohodlné léky předepisovat a léčit, na druhou stranu něco jiného je uzdravovat.

V teoretické části práce bylo pojednáno o depresi jako o onemocnění, dále o antidepressivech a nakonec o pohledu pacientů na léčbu antidepressivy. V praktické části byly prezentovány výsledky výzkumného šetření, které proběhly u ambulantních psychiatrů v Olomouci a v Jihlavě. Bylo stanoveno osm výzkumných otázek a tři hypotézy. Bylo zjištěno, že u subjektivního posouzení míry deprese a zjišťovanými proměnnými (typ antidepressiv, délka užívání antidepressiv a pohlavím respondentů) byl zjištěn bezvýznamný rozdíl. Všechny hypotézy byly statisticky zpracovány Wilcoxonovým neparametrickým testem.

Na základě výzkumných otázek bylo zjištěno, že se u většiny respondentů vyskytují nežádoucí účinky při léčbě antidepressivy. A že zlepšení projevů deprese a nežádoucí účinky mají vliv na předčasné vysazení medikace.

Na závěr bych chtěla říci, že je velmi důležitý správný přístup k nemocnému v léčbě deprese, a zároveň také přístup nemocného k sobě samému.

## Souhrn

Deprese je nemoc, která je v dnešní době velice rozšířena a to i přes to, že na ni máme dostupné léky. Diplomová práce se zaměřuje na onemocnění deprese, na antidepresivní léčbu a pohled na antidepresiva z hlediska pacientů. Cílem této práce bylo sledovat souvislosti mezi subjektivním posouzením míry deprese, výskytem nežádoucích účinků na možné riziko svévolného vysazení medikace.

V teoretické části práce jsou uvedeny informace týkající se onemocnění deprese. A to nejen jakým způsobem vzniká, ale také jak se diagnostikuje a léčí. Další kapitola je věnována antidepresivům. Zde je uveden přehled antidepresiv, které se k léčbě deprese využívají. Jelikož se práce zabývá pohledem psychiatrických pacientů na antidepresiva, je v další kapitole pojednáno, jakým způsobem pacienti na léčbu pohlížejí.

Obsahem praktické části je zpracování výsledků dotazníkového šetření, které probíhalo v psychiatrických ambulancích v Jihlavě a v Olomouci. Výsledky jsou přehledně zpracovány do tabulek a grafů. V práci bylo využito statistického zpracování dat za pomoci Wilcoxonova párového testu. V dotazníkovém šetření bylo zjištěno, že na svévolně vysazení medikace má vliv působení nežádoucích účinků a zlepšení stavu deprese.

**Klíčová slova:** Antidepresiva, deprese, compliance, nežádoucí účinky, vysazení terapie

## Summary

Depression is an illness that is nowadays widely spread in spite of the fact that we have available to her medication. Thesis focuses on diseases depression to antidepressant treatment and in view of antidepressants in terms of patients. The aim of this work was to investigate the relation between the subjective assessment of the degree of depression, adverse effects on the potential risk of indiscriminate withdrawal of medication.

The theoretical part provides information on the disease of depression. And that's just how it arises, but also how it is diagnosed and treated. Another chapter is devoted to antidepressants. Below is a list of antidepressants are used to treat depression. Since it deals with a view of psychiatric patients to antidepressants, the next chapter discussed how patients perceive the treatment.

The practical part is the processing of the results of the survey, which took place in psychiatric outpatient clinics in Jihlava and Olomouc. The results are arranged into graphs and charts. In this work was used for statistical data processing help Wilcoxon paired test. In the questionnaire survey, it was found that the medication has arbitrarily stopping the exposure side effects and improvement of depression.

**Key words:** Antidepressants, depression, compliance, side effects, withdrawal of therapy



## Referenční seznam

### Knižní zdroje:

1. BERAN, J. A KOL., 2010. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada. 240 s. ISBN: 978-80-247-1125-6.
2. BOUČEK, J. PIDRMAN, V. 2005. *Psychofarmaka v medicíně*. 1.vyd. Praha: Grada. 286 s. ISBN: 80-247-1136-2.
3. DUŠEK, K. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. 2010. *Diagnostika a terapie psychických poruch*. Praha: Grada. 632 s. ISBN: 978-80-247-1620-6.
4. FIŠAR, Z. 2009. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 383 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4727-370.
5. GELDER, M. 2001. *Shorter Oxford Textbook of psychiatry*. Fourth edition. New York: Oxford University Press. ISBN: 0-19-263-241-8.
6. GELDER, M. HARRISON, P. COWEN, P. 2006. *Shorter Oxford textbook of psychiatry*, New York: Oxford University Press. 846 s. ISBN: 0-19-856896-7.
7. HOSÁK, L. 2000. *Farmakoekonomika v psychiatrii*. Praha: Galén. 144 s. ISBN: 807-262-0541.
8. HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA J., 2002. *Psychiatrie*. Praha: Tigis. 895 s. ISBN: 80-900130-1-5.
9. HYNIE, S. 2000. *Speciální farmakologie*. 2.vyd. Praha: Karolinum. 299 s. ISBN 80-246-0122-2.
10. HYNIE, S. 2001. *Farmakologie v kostce*. Praha: Triton. 520 s. ISBN: 80-7254-181-1.
11. JUKLOVÁ, K., SKORUNKOVÁ, R. 2009. *Základy psychopatologie*. Vyd. 2. Hradec Králové: Gaudeamus. 115 s. ISBN 978-80-7041-815-4.
12. JUŘENÍKOVÁ, P. 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 80 s. ISBN: 978-80-247-2171-2
13. KANTOROVÁ, A. 2011. *Trendy ve spotřebě antidepresiv v ČR v letech 2003-2008*. České Budějovice. Diplomová práce. Vysoká škola ekonomická v Praze.

14. KRATOCHVÍL, S. 1998. *Základy psychoterapie*. Vyd. 3. Praha: Portál. 392 s. ISBN: 80-7178-414-1.
15. KŘIVOHLAVÝ, J. 2012. *Optimismus, pesimismus a prevence deprese*. Praha: Grada. 138 s. ISBN: 978-80-247-4007-2.
16. KŘIVOHLAVÝ, J. 2003. *Jak zvládat depresi*. 2., rozš. vyd. Praha: Grada. 176 s. ISBN 80-247-0575-3.
17. KUMAR, P. CLARK, M. 2002. *Clinical medicine*. Fifth editon. London: W.B.Saunders. 1446 s. ISBN: 0-7020-2579-8.
18. LÜLLMANN, H., MOHR, K., HEIN, L. 2001. *Barevný atlas farmakologie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. 382 s. ISBN 80-716-9973-X.
19. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. 2002. *Psychiatrie. Učebnice pro zdravotní sestry a pomáhající profese*. Praha: Portál. 143 s. ISBN: 80-7178-700-0.
20. ONDRIÁŠOVÁ, M. 2005. *Psychiatria*. Bratislava: Osveta. 117 s. ISBN: 80-8063-199-9.
21. PÍRKO, M. 2012. *Pohled evoluční psychologie na depresivní poruchu: Diplomová práce*. Brno: Masarykova univerzita, Filozofická fakulta. 94 s. Vedoucí diplomové práce: Tomáš Urbánek.
22. PRAŠKO, J. BULIKOVÁ, B. SIKMUNDOVÁ, Z. 2009. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Praha: Galen. 91 s. ISBN: 978-80-7262-656-4.
23. PRAŠKO, J. et al. 2007. *Co je to deprese a jak se léčí*. 2. vyd. Praha: Triton. ISBN: 978-80-7387-065-2.
24. PRAŠKO, J. MOŽNÝ, P. ŠLEPECKÝ, M. a kol. 2007. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton. s. 1063. ISBN: 978-80-7254-856-1.
25. PRAŠKO, J. 2011. *Obecná psychiatrie*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 527 s. ISBN 978-802-4425-702.
26. PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. 2005. *Deprese a jak ji zvládat*. Praha:Portál. 184 s. ISBN: 978-80-7367-501-1.
27. PREISS, M. KUČEROVÁ, H. 2006. *Neuropsychologie v psychiatrii*. Vyd. 1. Praha: Grada. 411 s. ISBN 80-247-1460-4.

28. RABOCH, J., JIRÁK, R., PACLT, I. 2005. *Psychofarmakologie pro praxi*. Praha: Triton. 167 s. ISBN: 80-7254-602-3.
29. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. a kol. 2012. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. 466 s. ISBN: 978-80-246-1985-9.
30. RABOCH, J., LAŇKOVÁ, J. 2008. *Deprese: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 16 s. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-22-0.
31. RAHN, E. 2000. *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. vyd. 1. Praha: Grada, 466 s. ISBN 80-716-9964-0.
32. SELIGMAN, M. E. P. 2002. *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Relize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Free Press. ISBN: 0-7432-2297-0.
33. SMOLÍK, P. 2002. *Duševní a behaviorální poruchy*. 2. revid. vyd. Praha: Maxdorf. 506 s. ISBN: 80-85912-18-X.
34. SVOBODA, M. 1999. *Psychologická diagnostika dospělých*. 2 vyd. Praha: Portál. 342 s. ISBN: 80-7178-327-7.
35. ŠVESTKA, J. 2000. *Deprese, léčitelná duševní porucha se vzrůstajícím výskytem*. Praha: Galén. 15s. ISBN:80-86257-23-1.
36. VÁGNEROVÁ, M. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. vyd. 3. Praha: Portál. 870 s. ISBN 80-717-8802-3.
37. VOKURKA, M. HUGO, J. 2000. *Praktický slovník medicíny*. 5. vyd. Praha: Maxdorf. 490 s. ISBN: 80-85912-38-4.
38. VOKURKA, M. HUGO, J. 2007. *Velký lékařský slovník*. 7., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf. 1069 s. ISBN 978-80-7345-130-1.
39. VYBÍRAL, Z. ROUBAL, J. 2010. *Současná psychoterapie*. Praha: Portál. 743 s. ISBN: 978-8-7367-682-7.
40. VYMĚTAL, J. a kolektiv. 2004. *Obecná psychoterapie*. 2 vyd. Praha: Grada. 339 s. ISBN: 80-2470723-3.

41. VYMĚTAL, J. 2003. *Lékařská psychologie*. 3. aktualiz. vyd. Praha: Portál. 397 s. ISBN: 80-7178-740-X.
42. ZVOLSKÝ, P. RABOCH, Jiří. 2001 *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén. 622 s. ISBN 80-246-0390-X.
43. ZVOLSKÝ, P. 1998. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum. 206 s. ISBN 80-718-4666-X.

### Internetové zdroje:

1. ANDERS, M. ROTH, J. *Deprese v neurologické praxi. Část druhá: obecné léčebné přístupy* Praha: Galén. [online]. 2000 [cit. 2012-12-15]. Dostupné z: [http://www.lundbeck.com/cz/Professionals/what\\_we\\_do/depression/documents/neurologie02.pdf](http://www.lundbeck.com/cz/Professionals/what_we_do/depression/documents/neurologie02.pdf). ISBN 80-86257-15-0.
2. ANDERS, M., KITZLEROVÁ, E. *Mirtazapinum*. [online]. 2004. [cit. 2012-12-16] Dostupné z: <http://www.remedia.cz/Clanky/Lekove-profilu/Mirtazapinum/6-I-cF.magarticle.aspx>
3. BILSKER, D. *Antidepressant Skills at work: Dealing with Mood Problems in the Workplace*. [online]. 2007. [cit. 2012-09-22]. Dostupné z: [http://www.comh.ca/publications/resources/pub\\_asatw/AntidepressantSkillsatWork.pdf](http://www.comh.ca/publications/resources/pub_asatw/AntidepressantSkillsatWork.pdf).
4. BONNET, U. Moclobemide: therapeutic use and clinical studies. *CNS Drug review*. [online]. 2003. č. 9 [cit. 2012-12-17] Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12595913>
5. BRITISH MEDICAL JOURNAL. *Reboxetine for acute treatment of major depression: systematic review and meta-analysis of published and unpublished placebo and selective serotonin reuptake inhibitor controlled trials*. [online]. 2010. [cit. 2012-12-16] Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2954275/>
6. ČEŠKOVÁ, E. Deprese a antidepresiva v průběhu života ženy. *Postgraduální medicína*. [online] 2012 č. 1 [cit. 2012-10-27]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/deprese-a-antidepresiva-v-prubehu-zivota-zeny-462919>.

7. ČEŠKOVÁ, E. *Duálně působící antidepresiva*. [online]. 2008. [cit. 2012-12-16] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/dualne-pusobici-antidepresiva-388093>
8. ČEŠKOVÁ, E. *Postavení venlafaxinu v léčbě depresivních a úzkostných poruch*. [online]. 2008. [cit. 2013-03-20]. Dostupné z: <http://www.remedia.cz/Clanky/Farmakoterapie/Postaveni-venlafaxinu-v-lecbe-depresivnich-a-uzkostnych-poruch/6-L-jr.magarticle.aspx>
9. ČEŠKOVÁ, E. Trazadon v léčbě úzkostí a insomnie. *Psychiatrie pro praxi*. [online]. 2006. č. 3. s. 139-141.[cit. 2012-12-16] Dostupné z: [http://www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=1524&magazine\\_id=2](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=1524&magazine_id=2)
10. DIVÁČKÁ, I. *Antidepresiva v ordinaci praktického lékaře*. [online]. 2008. [cit. 2012-12-14] Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/11912>
11. FERGÁČOVÁ, L., KONÍKOVÁ, M., ZACHAROVÁ, Z. *Melancholia v klasifikacích duševných porúch MKCH-10 a DSM IV*. [online]. 2005. [cit. 2012-12-20] Dostupné z: [http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2005\\_7\\_362\\_366.pdf](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2005_7_362_366.pdf)
12. FERGUSON, M. J. SSRI Antidepressant Medications: Adverse Effects and Tolerability. *Primary Care Companion J Clinical Psychiatry*. [online]. 2001. [cit. 2012-12-14] Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC181155/>
13. FONAGY, P., ROTH A., HIGGIT, A. The outcome of psychodynamic psychotherapy for psychological disorders. *Clinical Neuroscience Research*. [online]. 2005.[cit. 2013-01-03]Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1566277205000071>.
14. HATTERMA, John M. *Genetics of depression*. Focus journal of the American Psychiatric Association [online]. 2010, roč. 7, č. 3 [cit. 2012-09-22]. ISSN 1541-4108. Dostupné z: <http://focus.psychiatryonline.org/data/Journals/FOCUS/1843/foc00310000316.pdf>.
15. HÖSCHL, C. *Blokáda 5-HT<sub>2</sub> receptorů a inhibice reuptake serotoninu – fyziologie, farmakologie a klinické důsledky*. [online]. 2005. [cit. 2012-12-16] Dostupné z: <http://www.hoschl.cz/?text=672&lang=cz>
16. INTERNET MENTAL HEALTH. *Maprotiline*. [online]. 2011. [cit. 2012-12-14] Dostupné z: <http://www.mentalhealth.com/>
17. JANŮ, L., RACKOVÁ, S. Jak správně poznat a léčit depresi. *Medicína pro praxi*. č. 1. [online]. 2007 [cit. 2012-12-14] Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/01/06.pdf>

18. KARDOŠOVÁ, D. *Pacienti s depresivní poruchou v psychiatrické ambulanci-PRAXE*. [online]. 2010 [cit. 2012-11-22]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/odborne-clanky/recenzovane-clanky/pacient-s-depresivni-poruchou-v-psychiatricke-ambulanci-praxe/>
19. KEBZA, V., PACLT, I. Depresivní poruchy- aktuální pojetí, způsoby klasifikace a možnosti zlepšení detekce, diagnostiky, terapii a prevence. [online]. 2002. [cit. 2013-02-04]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/depresivni-poruchy-aktualni-pojeti-zpusoby-klasifikace-a-moznost-143503>.
20. KELLER, M., NESSE, R. Is low mood an adaptation? Evidence for subtypes with symptoms that match precipitants. *Journal of Affective Disorders*. [online]. 2005. [cit. 2013-02-04]. Dostupné z: [www.researchgate.net/publication/7917072\\_Is\\_low\\_mood\\_an\\_adaptation\\_Evidence\\_for\\_subtypes\\_with\\_symptoms\\_that\\_match\\_precipitants/file/d912f507ecd362de4e.pdf](http://www.researchgate.net/publication/7917072_Is_low_mood_an_adaptation_Evidence_for_subtypes_with_symptoms_that_match_precipitants/file/d912f507ecd362de4e.pdf)
21. KOPEČEK, M. *Jak předpovědět, že pacient odpoví na léčbu antidepresivy?* [online]. 2007 [cit. 2012-12-04] Dostupné z: [http://www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=2780&magazine\\_id=2](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2780&magazine_id=2)
22. LUKEŠ, M.. *Dokonané sebevraždy v České republice mezi lety 1985-2005- sociologický a kriminologický kontext*. [online]. 2007. [cit. 2012-08-01] Univerzita Karlova. Dostupné z: [http://www.demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku&artclID=516](http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=516)
23. MARTINICKÝ, D. Compliance při léčbě depresivních poruch. *Lékařské listy*. [online]. 2008, č. 42. [cit. 2012-12-19] Dostupné z: [http://www.egis.sk/files/dl/depresia\\_uzkost\\_a\\_bolest.pdf](http://www.egis.sk/files/dl/depresia_uzkost_a_bolest.pdf)
24. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Depression in children and young people: Identification and management in primary, community and secondary care. *Nice clinical guidelines*. [online]. 2005. [cit. 2012-12-14] Dostupné z: <http://www.nice.org.uk/>
25. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Key priorities for implementation. *Nice clinical guidelines*. [online]. 2009. [cit. 2012-12-20] Dostupné z: <http://publications.nice.org.uk/depression-in-adults-cg90/key-priorities-for-implementation>.
26. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, *Bupropion*. [online]. 2009. [cit. 2012-12-16] Dostupné z: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginfo/meds/a695033.html>

27. NECHANSKÁ, B. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Činnost ambulantních psychiatrických zařízení v roce 2011* [online]. 2012. [cit. 2012-11-24]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-ambulantnich-psychiatrickych-zarizeni-roce-2011>
28. PACLT, I. *Novější antidepressiva v léčbě depresivních poruch v ambulantní praxi*. [online]. 2002. [cit. 2012-12-16] Dostupné z: <http://www.remedia.cz/Clanky/Prehledy-nazory-diskuse/Novejsi-antidepressiva-v-lecbe-depresivnich-poruch-v-ambulantni-praxi/6-F-gf.magarticle.aspx>
29. PRAŠKO, J. PRAŠKOVÁ, H. *Farmakoterapie deprese*. [online]. 2006. [cit. 2012-12-04] Dostupné z: [http://www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=1538&magazine\\_id=2](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=1538&magazine_id=2)
30. RABOCH, J. *Jak můžeme vyléčit depresi?* Praha: Galén. [online]. 2000. [cit. 2012-12-16]. Dostupné z: [http://www.lundbeck.com/upload/cz/files/pdf/Brozury/Muzeme\\_vylécit\\_depresi.pdf](http://www.lundbeck.com/upload/cz/files/pdf/Brozury/Muzeme_vylécit_depresi.pdf)
31. SAITO, M. A KOL. *Evaluation of the DSM-IV and ICD-10 criteria for depressive disorders in a community population in Japan using item response theory*. [online]. 2010. [cit. 2013-01-29] Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20645305>
32. SANSONE, R.. Agomelatine. *Journal List*. [online]. 2003. roč. 3, č. 11. [cit. 2012-12-18] Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3244295/>
33. SKOPOVÁ, J. *Informace pro pacienty a jejich blízké*. [online]. 2011. [cit. 2012-12-20] Dostupné z: [http://www.lundbeck.com/upload/cz/files/pdf/Brozury/Informace\\_pro\\_pacienty\\_a\\_jejich\\_blizke.pdf](http://www.lundbeck.com/upload/cz/files/pdf/Brozury/Informace_pro_pacienty_a_jejich_blizke.pdf)
34. STÁTNÍ ÚSTAV PRO KONTROLU LÉČIV. *Spotřeba léků v České republice pro rok 2008*. [online]. 2008. [cit. 2012-12-15] Dostupné z: <http://www.sukl.cz/3-ctvrtleti-2008?highlightWords=antidepressiva>
35. ŠVESTKA, J. Antidepressiva a QT interval. *Psychiatrie pro praxi*. [online]. 2001. č. 2 [cit. 2012-12-14] Dostupné z: [http://www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=2148&magazine\\_id=2](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2148&magazine_id=2)
36. TŮMA, L. Deprese a diabetes. *Vnitřní lékařství*. [online]. 2004, č. 51. [cit. 2012-12-14] Dostupné z: [http://www.prolekare.cz/pdf?ida=vl\\_05\\_06\\_19s.pdf](http://www.prolekare.cz/pdf?ida=vl_05_06_19s.pdf)

37. TURBOVÁ, J. CAGAŠ, P. *Rozdíly obrazu depresivního prožívání dle individuálních škál subjektivních potíží (ŠIP, N-5) uváděných muži a ženami v ambulantní péči.* [online]. 2004 [cit. 2012-11-22]. Dostupné z: <http://cmps.ecn.cz/pd/2004/texty/pdf/turbova-deprese.pdf>.
38. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY V ČR. *Psychiatrická péče 2010* [online]. Praha: UZIS ČR. 2011. [cit. 2012-11-24]. Dostupné z: [www.uzis.cz/system/files/psych2010.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/psych2010.pdf)
39. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY V ČR. *Poruchy duševní a poruchy chování.* [online]. 2013.[cit. 2012-12-16] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F30-F39.html>  
with symptoms that match precipitants. *Journal of Affective Disorders.* [online]. 2005, č. 86. [cit. 2012-12-19] Dostupné z: [http://www.matthewckeller.com/Keller\\_Nesse\\_Evol.Low.Mood\\_JAD\\_2005.pdf](http://www.matthewckeller.com/Keller_Nesse_Evol.Low.Mood_JAD_2005.pdf)
40. ŽAHOURKOVÁ, A. Bupropion v ambulantní praxi. *Psychiatrie pro praxi.* [online]. 2008. č. 3 [cit. 2012-12-16] Dostupné z: [http://www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=3245&magazine\\_id=2](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3245&magazine_id=2)
41. ŽOURKOVÁ, A. *Antidepressiva: základní údaje a některé praktické poznámky.* [online]. 2008. [cit. 2012-11-22]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/antidepressiva-zakladni-udaje-a-nektere-prakticke-poznamky-382725>

#### **Odborné časopisy:**

1. ČEŠKOVÁ, E. 2007. Jak správně zvolit antidepressivum. *Psychiatrie pro praxi.* roč. 5, č. 8, s. 240-244. ISSN: 1213-0508.
2. ČEŠKOVÁ, E. 2008. Individualizovaná léčba deprese ve světle současných doporučených postupů. *Psychiatrie pro praxi.* roč. 5, č. 9 s. 216-219. ISSN: 1213-0508.
3. FUJÁKOVÁ, M., KOPEČEK, M. 2012. Antidepressiva od teorie ke klinické praxi. *Klinická farmakologie a farmacie.* roč. 26, č. 1, s. 29-37. ISSN: 1212-7973.
4. KOSOVÁ, J. 2004. Vysazení medikace u úzkostných a afektivních poruch. *Psychiatrie pro praxi.* roč. 4 č. 2. s. 67-71. ISSN: 1213-0508.
5. MORAVEC, K. 2005. Mirtazapin v ambulantní praxi-24 měsíční zkušenost. *Psychiatrie pro praxi.* roč. 6, č. 2, s. 106-107. ISSN: 1213-0508.



6. PREISS, M. VRANÁ, K. KUCHAROVÁ, J. 2010. Depresivita a úzkost v průběhu života v návaznosti na pojetí Václava Příhody. *Československá psychologie*. roč. 54, č. 4, s. 357-365. ISSN: 0009-062X.
7. RABOCH, J. 2012. Od politiky k sociálnímu kontextu a přes neurovědy až po fenomenologii. *Lékařské listy*. roč. 13, č. 6, s. 24-25. ISSN: 1805-2355.
8. ROUBAL, J. 2005. Gestalt přístup v terapii deprese. *Praktický lékař*. roč. 2, č. 85, str. 118-120. ISSN: 0032-6739.
9. SKODOL, Andrew E. 2011. Relationship of Personality Disorders to the Course of Major Depressive Disorder in a Nationally Representative Sample. *The American Journal of Psychiatry*. roč. 168, č. 3, str. 257-264. ISSN: 1535-7228.

## **Seznam použitých zkratek**

**USA** – Spojené státy americké

**MKN**- Mezinárodní klasifikace nemocí

**DSM IV.** – diagnostic and statistical manual IV.

**ÚZIS**-Ústav zdravotnické informační statistiky

**EEG**- elektroencefalograf

**CT** – počítačová tomografie

**MR**- magnetická rezonance

**PET** – pozitronová emisní tomografie

**KBT** – kognitivně- behaviorální terapie

**IPT** – individuální podpůrná terapie

**TMS** – transkraniální magnetická stimulace

**ČR** – Česká republika

**ICHS** – ischemická choroba srdeční

**SSRI** – selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu

**SARI** – serotoninový antagonist a inhibitor reuptake serotoninu

**NARI** – inhibitor zpětného vychytávání noradrenalinu

**TCA** – tricyklická antidepresiva

**SNRI** – inhibitor zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu

**NASSA** – noradrenergní a specifická serotoninergní antidepresiva

**NDRI** – inhibitor zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu

**MAO** – inhibitory monoaminoxidázy

**BDI** – Beckova posuzovací škála

**RIMA** - reuptake inhibitor monoaminoxidázy

**SRE** – stimulanty zpětného vychytávání serotoninu

**RUI** – reuptake inhibitory

**MASSA** – agonisté melatoninových receptorů a antagonisté serotoninových receptorů

**SÚKL**- Státní ústav pro kontrolu léčiv

## Seznam tabulek

**Tabulka 1:** Vznik psychických onemocnění

**Tabulka 2:** Jak se cítím

**Tabulka 3:** Skupina symptomů depresivních poruch

**Tabulka 4:** Přehled tricyklických a tetracyklických antidepresiv

**Tabulka 5:** Přehled antidepresiv SSRI

**Tabulka 6:** Počet respondentů v jednotlivých psychiatrických ambulancích

**Tabulka 7:** Pohlaví respondentů

**Tabulka 8:** Nejvyšší dosažené vzdělání

**Tabulka 9:** návratnost dotazníků

**Tabulka 10:** Výsledky BDI u respondentů

**Tabulka 11:** Průměrná hodnota BDI

**Tabulka 12:** Typ užívaných antidepresiv

**Tabulka 13:** Hodnota BDI vzhledem k typu užívaných antidepresiv

**Tabulka 14:** Wilcoxonův párový test-typ antidepresiva

**Tabulka 15:** Délka užívání antidepresiv

**Tabulka 16:** Hodnota BDI vzhledem k délce užívání antidepresiv

**Tabulka 17:** Wilcoxonův párový test-délka užívání antidepresiv

**Tabulka 18:** Pohlaví respondentů

**Tabulka 19:** Hodnota BDI vzhledem k pohlaví respondentů

**Tabulka 20:** Wilcoxonův párový test-pohlaví respondentů

**Tabulka 21:** Výskyt nežádoucích účinků

**Tabulka 22:** Nežádoucí účinky

**Tabulka 23:** Výskyt nežádoucích účinků u jednotlivých typů antidepresiv

**Tabulka 24:** Svévolné vysazení antidepresiv

**Tabulka 25:** Nejčastěji uváděné důvody k vysazení antidepresiv

**Tabulka 26:** Relaps po svévolném vysazení antidepresiv

## **Seznam grafů**

**Graf 1:** Pohlaví respondentů

**Graf 2:** Výsledky BDI u respondentů

**Graf 3:** Typ užívání antidepresiv

**Graf 4:** Rozdělení respondentů dle užívání antidepresiv III. a IV. generace

**Graf 5:** Délka užívání antidepresiv

**Graf 6:** Rozdělení respondentů dle užívání antidepresiv-méně než 2 roky a více než 5 let

**Graf 7:** Pohlaví respondentů

**Graf 8:** Rozdělení respondentů dle pohlaví

**Graf 9:** Výskyt nežádoucích účinků

**Graf 10:** Nežádoucí účinky

**Graf 11:** Výskyt nežádoucích účinků u jednotlivých typů antidepresiv

**Graf 12:** Ovlivnění užívání antidepresiv vlivem nežádoucích účinků

**Graf 13:** Informovanost o nežádoucích účincích

**Graf 14:** Svévolné vysazení antidepresiv

**Graf 15:** Nejčastější důvody k vysazení antidepresiv

**Graf 16:** Relaps po svévolném vysazení léků

## **Seznam obrázků**

**Obrázek 1:** Etapy léčby deprese

**Obrázek 2:** Faktory ovlivňující complianci pacienta

## **Seznam příloh**

**Příloha 1:** Sebeposuzovací škála deprese

**Příloha 2:** PHQ-9

**Příloha 3:** Dělení antidepresiv dle mechanismu účinků

**Příloha 4:** Vývoj antidepresiv

**Příloha 5:** Antidepresiva I. typu

**Příloha 6:** SSRI

**Příloha 7:** Mýty a pověry o antidepresivech

**Příloha 8:** Dotazník

**Příloha 9:** Souhlas s dotazníkovým šetřením

**Příloha č. 1: Sebeposuzovací škála deprese (Praško, Prašková, 2005)**

<b>ZASRTNETE PROSIM TVRZENI, KTERE VAS NEJVICE CHARAKTERIZUJE</b>	
1. 0 Necítím se smutný(á) 1 Cítím se posmutněný(á), sklíčený(á) 2 Jsem stále smutný(á), smutku se nedokážu zbavit 3 Jsem tak nešťastný(á), že to nemohu snést	12. 0 Neztratil(a) jsem zájem o ostatní lidi 1 Mám menší zájem o ostatní lidi 2 Ztratil(a) jsem větší zájem o ostatní lidi 3 Ztratil(a) jsem všechny zájem o ostatní lidi
2. 0 Přilíš se budoucnosti neobávám 1 Budoucnosti se obávám 2 Vidím, že se už nemám na co těšit 3 Vidím, že budoucnost je beznadějná, má situace se nemůže zlepšit	13. 0 Dokážu se většinou rozhodnout v běžných situacích 1 Odkládám svá rozhodnutí častěji než dříve 2 Mám značné potíže v rozhodování 3 Vůbec se nedokážu rozhodnout
3. 0 Nemám pocit nějakého životního neúspěchu nebo smůly 1 V životě jsem měl(a) více smůly a neúspěchu, než obvykle mají jiné lidé 2 Vidím, že můj dosavadní život byl jen řadou neúspěchů 3 Vidím, že jsem jako člověk (otec, matka, manžel/ka/) úplně selhal	14. 0 Nemám větší starosti se vzhledem než dříve 1 Mám starosti, že vypadám už dost staře a neatraktivně 2 Mám dojem, že se můj zevnějšek značně zhoršil, takže vypadám dost nepěkně 3 Mám pocit, že vypadám hnusně až odpudivě
4. 0 Nejsem nijak zvlášť nespokojený(á) 1 Věci mě už netěší jako dříve 2 Nic mi již nepřináší uspokojení 3 Ať dělám cokoli, nevzbudí to ve mně sebemenší potěšení	15. 0 Práce mi jde jako dříve 1 Musím se nutit, když chci začít něco dělat 2 Dá mi velké přemáhání, abych cokoli udělal(a) 3 Nejsem schopn(na) jakékoli práce
5. 0 Netrpím pocity viny 1 Často mívám pocity viny 2 Hodně často mívám pocity viny 3 Stále trpím pocity viny	16. 0 Spím stejně dobře jako dříve 1 Nespím již tak dobře jako dříve 2 Probouzím se o hodinu až dvě dříve než obvykle a nemohu již spát 3 Denně se probouzím předčasně a nedokážu spát více než pět hodin denně
6. 0 Nemám pocit, že budu za něco trestán(a) 1 Mám pocit, že bych mohl(a) být potrestán(a) 2 Očekávám, že budu nějak potrestán(a) 3 Vím, že budu potrestán(a)	17. 0 Necítím se více unavený(a) než obvykle 1 Unavím se snáze než dříve 2 Téměř všechno mě unavuje 3 Unava mi zabraňuje cokoli dělat
7. 0 Necítím se příliš zklamán(a) sám(a) sebou 1 Zklamal(a) jsem se v sobě 2 Jsem dosti znechucen(a) sám(a) sebou 3 Nenávídím se	18. 0 Mám svou obvyklou chuť k jídlu 1 Nemám takovou chuť k jídlu, jakou jsem mival(a) 2 Mám mnohem menší chuť k jídlu 3 Zcela jsem ztratil(a) chuť k jídlu
8. 0 Necítím se horší než kdokoli jiný 1 Mám spoustu nedostatků a dělám hodně chyb 2 Stále si vycítám všechny své chyby 3 Za všechno špatné mohu já	19. 0 V poslední době jsem nezhubl(a) 1 Ztratil(a) jsem v poslední době více než 2,5 kg 2 Ztratil(a) jsem v poslední době více než 5 kg 3 Ztratil(a) jsem v poslední době více než 7,5 kg
9. 0 Nepřemýšlím o sebevraždě 1 Někdy pomýšlím na sebevraždě 2 Často přemýšlím o sebevraždě 3 Kdybych měl(a) příležitost vzal(a) bych si život	20. 0 Nestarám se o své zdraví více než obvykle 1 Děláji mi nyní starosti různé bolesti v těle (žaludek, mám zácpu, bušení srdce atd...) 2 Velice často myslím na své tělesné obtíže 3 Moje bolesti a těžkosti mě plně vyčerpávají
10. 0 Nepláču více než obvykle 1 Pláču nyní častěji než předtím 2 Pláču nyní stále, nedokážu přestat 3 Předtím jsem mohl(a) plakat, nyní to nejde i kdybych chtěl(a)	21. 0 Nepozoruji snížení zájmu o sex 1 Mám menší zájem o sex než dříve 2 Mám o hodně menší zájem o sex než dříve 3 Ztratil(a) jsem úplně zájem o sex
11. 0 Nejsem nyní podrážděný(á) více než obvykle 1 Jsem často podrážděný(á) a rozladěný 2 Jsem stále podrážděný(á) a rozladěný 3 Nemohu se již rozčilit ani věcmi, které mě dříve obvykle rozčilovaly	

**Příloha č. 2:PHQ-9 (Raboch, Laňková, 2008)**

<b>Máte během posledních 2měsíců (nebo i déle) následující potíže?</b>	<b>Vůbec ne</b>	<b>několikrát</b>	<b>Více než polovinu času</b>	<b>Téměř každý den</b>
1. Smutnou nebo pokleslou náladu, nebo pocit beznaděje?	0	1	2	3
2. Málo nebo žádnou radost; malé nebo žádné potěšení z práce, koníčků, věcí?	0	1	2	3
3. Špatný spánek, problémy s usínáním, buzení nebo naopak nadměrné spaní?	0	1	2	3
4. Únavu nebo nedostatek energie?	0	1	2	3
5. Nechuť k jídlu nebo naopak přejídání?	0	1	2	3
6. Pocity vlastní nedostatečnosti, selhání nebo neúspěchu?	0	1	2	3
7. Potíže soustředit se-např. při studiu, problém číst knížku, noviny nebo se dívat na televizi?	0	1	2	3
8. Pomalé myšlení, mluvení nebo pohybování, nebo nervozitu a neschopnost vydržet chvíli v klidu?	0	1	2	3
9. Myšlenky na to, že by bylo lepší nebýt nebo si vzít dokonce život?	0	1	2	3
<p><b>Bodování tíže deprese podle bodového skóre:</b></p> <p>0-4: žádná deprese                      5-9: mírná deprese (F32.0)                      10-14:středně těžká deprese (F32.1)                      15-19:těžká deprese (F32.2)                      20-27:velmi těžká deprese (F32.2)</p>				



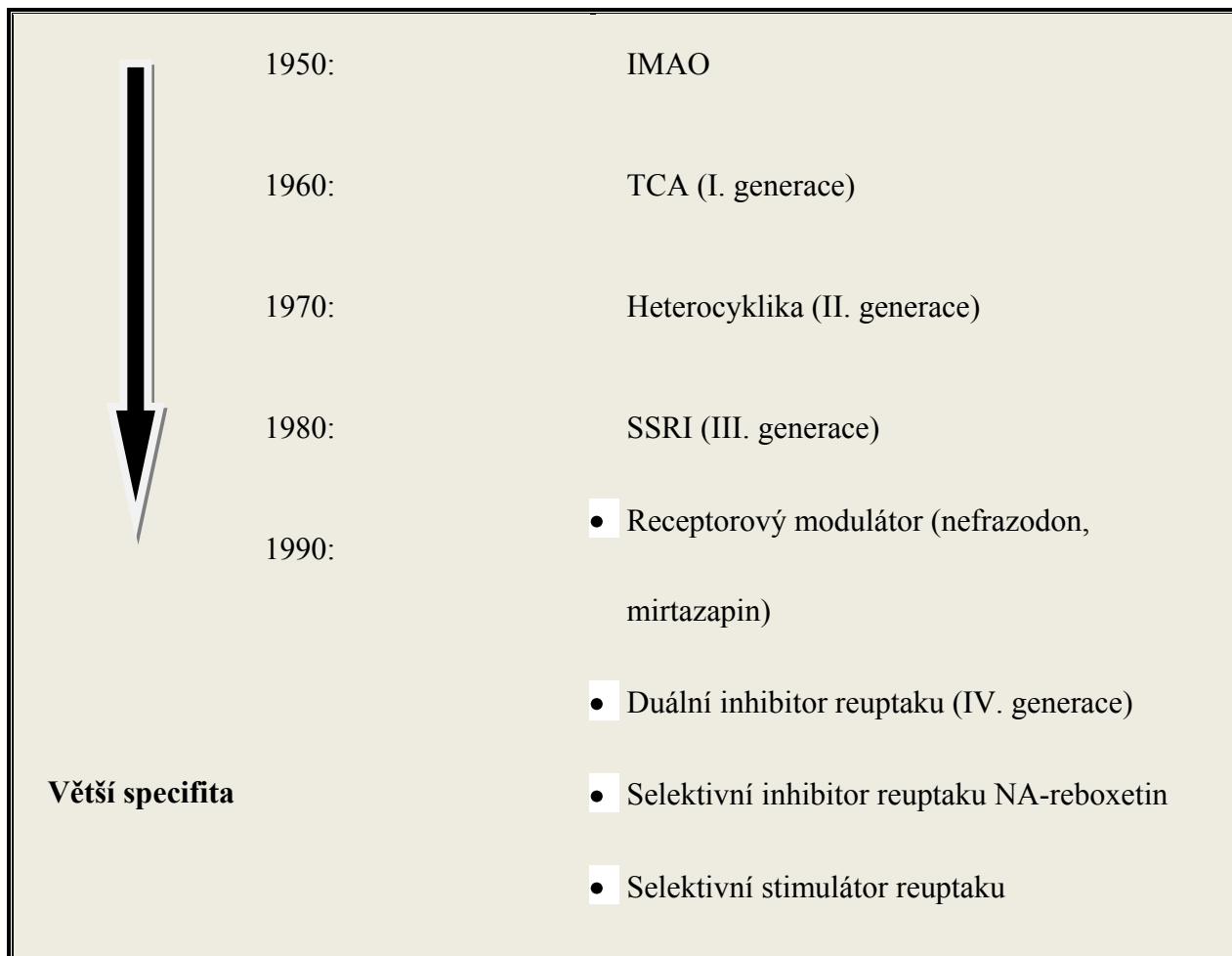
**Příloha č. 3:** Dělení antidepresiv dle mechanismů účinku (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010)

<b>INHIBITORY VYCHYTÁVÁNÍ MONOAMINŮ</b>		
<b>I. generace</b>	Tricyklicka, tetracyklicka	MIPRAMIN, AMITRIPTYLIN, NORTRIPTYLIN, DIBENZEPIN, DOSULEPIN
<b>II. generace</b>	heterocyklicka	MAPROTILIN
<b>III. generace</b>	SSRI: selektivní inhibitory vychytávání serotoninu	FLUOXETIN, FLUVOXAMIN, CITALOPRAM, PAROXETIN, SETRALIN, ESCITALOPRAM
	SARI: agonisté serotoninu a inhibitory zpětného vychytávání serotoninu	TRAZODON, NEFAZODON  (NENÍ REGISTROVÁN V ČR)
	NRI: inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu	REBOXETIN, ATOMOXETIN
<b>IV. generace</b>	SNRI: selektivní inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu	VENLAFAXIN, MILNACIPRAN, DULOXETIN
	NaSSa: noradrenergní a specificky serotonergní antidepresiva	MIANSERIN, MITRAZAPIN
	NDRI: selektivní inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu a domaninu	BUPROPION
<b>INHIBITORY BIODEGRADACE</b>		
	I. generace: neselektivní	Ireverzibilní- TRANYLCPROMIN (MAO)
<b>Inhibitory MAO</b>	II. generace: selektivní	I-MAO-A: reverzibilní- MOCLOBEMID  I-MAO-B: ireverzibilní- selegilin

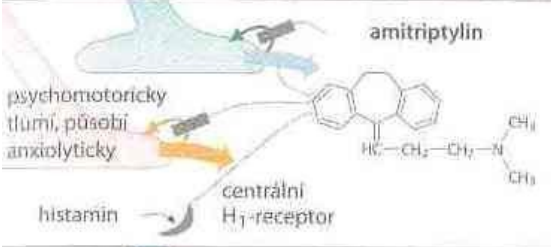
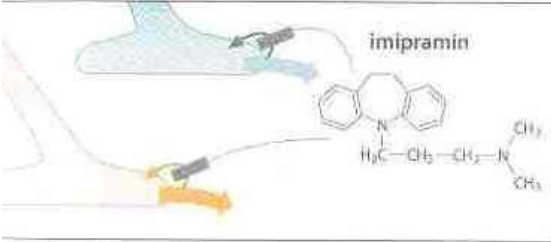
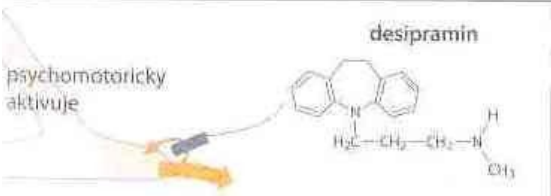
<p><b>Ostatní</b></p>	<p>SRE (stimulanty zpětného vychytávání serotoninu)</p> <p>RUI (reuptake inhibitory)</p> <p>MASSA (agonisté melatoninových receptorů a antagonisté serotoninových receptorů)</p>	<p>TIANEPTIN</p> <p>Extrakt z třezalky</p> <p>AGOMELATIN</p>
-----------------------	--	--

Raboch a Zvolský (2001) popisují i V. generaci antidepresiv, tam se zařazují inhibitory reuptake serotoninu, noradrenalinu a dopaminu.

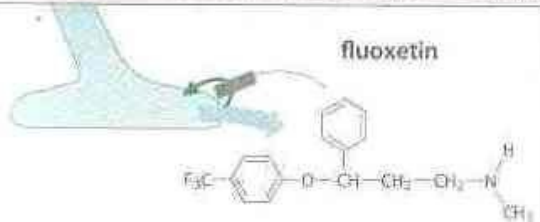
**Příloha č. 4: Vývoj antidepresiv (Češková, 2008)**



**Příloha č. 5: Antidepresiva I. generace (Lüllman, Mohr, Hein, 2001)**

tricyklická antidepresiva		
 <p>psychomotoricky tlumí, působí anxiolyticky</p> <p>histamin</p> <p>centrální H<sub>1</sub>-receptor</p> <p><b>amitriptylin</b></p> <chem>CN(C)CCc1ccc2c(c1)ccc3ccccc23</chem>	<p>pacient:</p> <p>anxiózní, agitovaný</p>	<p>parasymptolytické účinky:</p> <p>např. tachykardie, sucho v ústech, zácpa, poruchy mikce, kontraindikace při glaukomu s úzkým úhlem!</p>
 <p><b>imipramin</b></p> <chem>CN(C)CCc1ccc2c(c1)ccc3ccccc23</chem>	<p>pacient:</p> <p>normální dynamogenie</p>	<p>α<sub>1</sub>-blokáda: ortostatická hypotenze</p>
 <p>psychomotoricky aktivuje</p> <p><b>desipramin</b></p> <chem>CNCCc1ccc2c(c1)ccc3ccccc23</chem>	<p>pacient:</p> <p>inhibovaná dynamogenie</p>	<p>ve vysokých dávkách: kardiodeprese</p>

**Příloha č. 6: SSRI (Lüllman, Mohr, Hein, 2001)**

selektivní inhibitory zpětného příjmu serotoninu (SSRI)		
 <p><b>fluoxetin</b></p> <chem>CN(C)CCc1ccc(Oc2ccc(C(F)(F)F)cc2)cc1</chem>	pacient:  inhibovaná dynamogenie	nervozita, poruchy spánku, nechutenství, ztráta hmotnosti

## **Příloha č. 7: Mýty a pověry o antidepresivech**

Někteří pacienti se nechtějí léčit z důvodu různých mýtů a pověr. Přestože se srovnáním s minulostí se dostává médiím více pozornosti o psychiatrické osvětě, stále se ještě setkáváme s různými předsudky a neinformovaností (Skopová, 2011).

- Pokud budu užívat léky, už to nebudu opravdu já, budu vypadat a jednat nepřirozeně.
- Tyto léky jsou zdraví škodlivé a proto nebezpečné.
- Pokud budu užívat antidepresiva, budu na nich závislá.
- Nežádoucí účinky léků jsou nesnesitelné.
- Pokud se dostanu do velkého vypětí a ztratím kontrolu, mohu léky použít ke spáchání sebevraždy.
- Nechci je brát, budu si připadat jako blázen.
- Lidi se na mě budou dívat svrchu, když budu brát antidepresiva, uvidí, že jsem k ničemu.
- Je zahanbující brát léky, měl/a bych si pomoci vlastní vůlí.
- Když se napiju alkoholu, uleví se mi líp než po práškách.
- Léky mi zhorší paměť.
- Po léčbě budu ospalý/á (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009).

V důsledku těchto pověr trpící a váhající nemocný nejde k lékaři. Někdy není povzbuzován nebo je dokonce odrazován od léčby, i ze strany rodiny. (Skopová, 2011).

## **Příloha č. 8: Dotazník**

Vážený respondente,

jmenuji se Adéla Myslivcová a jsem studentkou Pedagogické fakulty na Univerzitě Palackého v Olomouci. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku k mé diplomové práci, která se vztahuje k problematice Antidepresiva pohledem ambulantně léčených pacientů. Veškeré informace, které zde uvedete, budou anonymní. Ve většině otázek je možné vybrat jednu správnou odpověď, pokud nebude uvedeno jinak.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu

Bc. Adéla Myslivcová

### **Jaký je Váš věk?**

- a) 15-25
- b) 26-35
- c) 36-45
- d) 46-65
- e) 66 a více

### **Jaké je Vaše pohlaví?**

- a) ženské
- b) mužské

### **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) Základní
- b) Vyučen(a)
- c) Středoškolské
- d) Vysokoškolské
- e) Jiné.....

---

### **1) Jaký je název antidepresiva, který nyní užíváte?**

### **2) Jak dlouho tento lék užíváte?**

- a) 9 měsíců a méně
- b) 10 měsíců až 2 roky
- c) 3-5 let
- d) Více než 5 let
- e) Nevím

**3) Vyskytly se u Vás během užívání antidepresiv tyto nežádoucí účinky? (Pokud ano, můžete zvolit více než jednu odpověď)**

a) ano, vyskytly

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Třes                   | <input type="checkbox"/> Sexuální poruchy      |
| <input type="checkbox"/> Snížení krevního tlaku | <input type="checkbox"/> Nevolnost             |
| <input type="checkbox"/> Zrychlení tepu         | <input type="checkbox"/> Zvýšené pocení        |
| <input type="checkbox"/> Poruchy paměti         | <input type="checkbox"/> Bolesti svalů, kloubů |
| <input type="checkbox"/> Zmatenost              | <input type="checkbox"/> Zvracení              |
| <input type="checkbox"/> Sucho v ústech         | <input type="checkbox"/> Bolesti hlavy         |
| <input type="checkbox"/> Zácpa                  | <input type="checkbox"/> Úzkostnost            |
| <input type="checkbox"/> Zvýšení hmotnosti      | <input type="checkbox"/> Vyrážka, svědění      |
| <input type="checkbox"/> Poruchy močení         | <input type="checkbox"/> Jiné.....             |
| <input type="checkbox"/> Závratě                |  |
| <input type="checkbox"/> Průjem                 |  |

b) Ne, žádné nežádoucí účinky se nevyskytly

**4) Byl(a) jste informován(a) o tom, že při užívání antidepresiv se mohou nežádoucí účinky objevit?**

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Rozhodně ne
- e) Nevím

**5) Pokud se u Vás vyskytly nežádoucí účinky, ovlivnily tyto nežádoucí účinky Vaši léčbu?(Pokud se u Vás nežádoucí účinky nevyskytly, můžete přejít na další otázku)**

- a) Určitě ano, kvůli výskytu nežádoucích účinků mi musel lékař změnit antidepresivum
- b) Spíše ano, z důvodu nežádoucích účinků antidepresiv musím užívat ještě jiné léky, které tlumí tyto účinky
- c) Spíše ne, nežádoucí účinky nejsou natolik závažné
- d) Rozhodně ne
- e) Nevím

**6) Vysadil jste někdy antidepresivum bez předchozí konzultace s lékařem?**

- a) Ano, vysadil(a) jsem léky
- b) Záměrně jsem si snížil(a) dávku antidepresiva
- c) Ne, nevysadil(a) jsem nikdy léky

**7) Pokud jste vysadil(a) léky nebo si záměrně snížil(a) dávku, jaký důvod Vás k tomu vedl?**

- a) Z důvodu zlepšení stavu
- b) Z důvodu výskytu nežádoucích účinků
- c) Z přesvědčení, že jsou tyto léky pro mě nevhodné
- d) Nepomáhaly mi zbavit se deprese
- e) Jiná odpověď.....



**8) Pokud jste vysadil(a) léky nebo si snížil(a) dávku, došlo u Vás k návratu deprese?**

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne
- e) Nevím

**Příloha č. 9: Souhlas s dotazníkovým šetřením**

Věc: Žádost o umožnění dotazníkové akce

**Jméno a příjmení:** Bc. Adéla Myslivcová

**Datum narození:** 5. 6. 1988

**Telefon:** 774 042 186

**Škola:** Palackého Univerzita v Olomouci, PdF, Katedra antropologie a zdravotní vědy

**Téma závěrečné práce:** Antidepressiva pohledem ambulantně léčených psychiatrických pacientů

**Prezentace dat:** Obhajoba diplomové práce

**Pracoviště:** Psychiatrická ambulance

Datum: 28. 11. 2012

.....  
Podpis a razítko

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Bc. Adéla Myslivcová
<b>Katedra:</b>	Katedra antropologie a zdravotní vědy
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Lucie Křeménková, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2013

<b>Název práce:</b>	Antidepressiva pohledem ambulantně léčených psychiatrických pacientů
<b>Název v angličtině:</b>	Antidepressants view of outpatient psychiatric patients
<b>Anotace práce:</b>	Diplomová práce se zabývá pohledem psychiatrických pacientů na léčbu antidepressiv. Cílem práce je sledovat souvislosti mezi subjektivním posouzením míry deprese, výskytem nežádoucích účinků na možné riziko svévolného vysazení medikace. V teoretické části je pojednáno o onemocnění deprese, o antidepressivech a dále o pohledu pacientů na tuto léčbu. V praktické části práce jsou zpracována data, která byla získána v dotazníkovém šetření. Výsledky jsou prezentovány v tabulkách a grafech.
<b>Klíčová slova:</b>	Antidepressiva, deprese, compliance, nežádoucí účinky, vysazení terapie
<b>Anotace v angličtině:</b>	This thesis discusses the perspective of psychiatric patients to treatment with antidepressants. The aim is to examine the link between subjective assessment of the degree of depression, adverse effects on the potential risk of indiscriminate withdrawal of medication. The theoretical part deals with disorders of depression, the antidepressants and the perspective of patients on this treatment. In the practical part of the work is processed data that was collected in the survey. The results are presented in tables and graphs.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Antidepressants, depression, compliance, side effects, withdrawal of therapy

<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Příloha 1: Sběposuzovací škála deprese Příloha 2:PHQ-9 Příloha 3: Dělení antidepresiv dle mechanismu účinků Příloha 4: Vývoj antidepresiv Příloha 5: Antidepresiva I. generace Příloha 6: SSRI Příloha 7: Mýty a pověry o antidepresivech Příloha 8: Dotazník Příloha 9: Souhlas s dotazníkovým šetřením
<b>Rozsah práce:</b>	94 stran
<b>Jazyk práce:</b>	Český jazyk