

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

ODRAZ ÚČINKU ANTIDEPRESIV NA  
KVALITU ŽIVOTA

REFLECTION OF THE EFFECT OF ANTIDEPRESSANTS ON  
QUALITY OF LIFE



Bakalářská diplomová práce

Autor: **David Vítek**

Vedoucí práce: **PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.**

Olomouc

2020

Chtěl bych poděkovat svému vedoucímu práce PhDr. Mgr. Romanu Procházkovi, Ph.D. za odborné vedení a vždy přítomnou ochotu. Také bych chtěl poděkovat své rodině nejen za podporu při tvorbě této práce, ale i při celém studiu. V neposlední řadě bych chtěl poděkovat své přítelkyni a přátelům, za jejich podporu a motivaci.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma: „Odras účinku antidepresiv na kvalitu života“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 9.4.2020

Podpis .....

# OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
<b>OBSAH</b> .....		<b>3</b>
<b>ÚVOD</b> .....		<b>5</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....		<b>6</b>
<b>1 Deprese</b> .....		<b>7</b>
1.1 Etiopatogeneze .....		7
1.1.1 Biologické aspekty .....		8
1.1.2 Psychosociální prostředí.....		8
1.1.3 Komorbidity .....		10
1.2 Příznaky depresivní poruchy .....		10
1.2.1 Tělesné příznaky.....		11
1.2.2 Narušení kognitivních funkcí .....		12
1.3 Diagnostika.....		13
1.3.1 MKN-10 .....		13
1.3.2 DSM-V .....		14
1.3.3 Diferenciální diagnóza .....		15
1.4 Epidemiologie.....		16
1.5 Druhy depresivních poruch .....		16
1.6 Teorie deprese .....		18
1.6.1 Kognitivní teorie.....		18
1.6.2 Psychoanalytická teorie.....		18
1.7 Léčba deprese .....		19
1.7.1 Biologická léčba .....		20
1.7.2 Psychoterapeutická léčba .....		20
1.7.3 Suicidalita.....		21
<b>2 Antidepressiva</b> .....		<b>23</b>
2.1.1 Mediátory a neuronový přenos.....		23
2.1.2 Fáze léčby antidepressivy .....		24
2.2 Inhibitory reuptake monoaminů .....		25
2.2.1 Antidepressiva I. generace .....		25
2.2.2 Antidepressiva II. generace.....		27
2.2.3 Antidepressiva III. generace .....		27
2.2.4 Antidepressiva IV. generace .....		29
2.2.5 Jiná antidepressiva .....		31
2.3 Inhibitory monoaminoxidázy (MAO) .....		31
2.4 Možné rizika při užívání antidepressiv .....		32

<b>3</b>	<b>Aspekty užívání antidepresiv .....</b>	<b>34</b>
3.1	Psychosociální vliv na účinek antidepresiv .....	34
3.2	Aktuální výzkumy na podobnou problematiku .....	35
3.3	Kvalita života.....	37
	<b>VÝZKUMNÁ ČÁST.....</b>	<b>39</b>
<b>4</b>	<b>Výzkumný problém.....</b>	<b>40</b>
4.1	Výzkumné cíle.....	40
4.2	Výzkumné otázky .....	40
<b>5</b>	<b>Metodologický rámec výzkumu .....</b>	<b>42</b>
5.1	Typ výzkumu.....	42
5.2	Metody získávání dat.....	42
5.2.1	Interview .....	42
5.2.2	Sběr dat.....	43
5.3	Metody zpracování a analýzy dat .....	44
5.4	Etické aspekty výzkumu.....	45
<b>6</b>	<b>Výzkumný soubor .....</b>	<b>46</b>
6.1	Výběr výzkumného souboru.....	46
<b>7</b>	<b>Výsledky .....</b>	<b>48</b>
<b>8</b>	<b>Interpretace .....</b>	<b>72</b>
<b>9</b>	<b>Diskuze .....</b>	<b>81</b>
<b>10</b>	<b>Závěr.....</b>	<b>87</b>
<b>11</b>	<b>Souhrn .....</b>	<b>89</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>93</b>
	<b>PŘÍLOHY.....</b>	<b>98</b>

# ÚVOD

Antidepresiva jsou v dnešní době čím dále více užívaným psychofarmakem, dle statistik preskripce farmak pro duševní onemocnění se dokonce nachází na prvním místě. Důvodem tohoto jevu mohou být kvalitnější a přesnější znalosti společnosti v oblasti léčby duševních poruch, se kterou ruku v ruce přichází i vyvíjení čím dále účinnější a bezpečnější léčby. Právě v případě novějších skupin antidepresiv můžeme najít preparáty, jejichž užití poměrně spolehlivě sahá i mimo paletu jejich primární indikace, kterými jsou depresivní onemocnění. Toto je jeden z důvodů, proč si myslím, že je téma zajímavé a v současné době relevantní. Dalším důvodem byla osobní zkušenost s osobami trpícími depresí, kdy jsem viděl, co dokáže deprese s člověkem udělat, jak ho může změnit a omezit v běžném životě. V neposlední řadě je pro mě toto téma zajímavé z profesního hlediska a zájmu o profilaci směrem do klinické psychologie.

Cílem této práce je prozkoumat a popsat jaké dopady má užívání antidepresiv na kvalitu života pro jejich uživatele. Z podstaty antidepresiv je očekáváno, že dojde ke změně primárně ve zdravotním stavu jedince, stejně tak ale může vnímat změny i v jiných oblastech. Velice pravděpodobně půjde jak o pozitivní, tak negativní dopady. Cílem je tedy také prozkoumat jakým způsobem jedinec tyto změny vnímá, případně jestli jsou ovlivněny nějakým dalším efektem a jestli mezi nimi existuje nějaké provázání a vztah v rámci účinku antidepresiv.

# TEORETICKÁ ČÁST

# 1 DEPRESE

Dle Fišara (2009, 249) lze depresi definovat „*jako patologickou poruchu nálady neodpovídající okolnostem.*“ Z hlediska etymologie je slovo deprese latinského původu. Podobnost slovu depressus (stlačit), obecně můžeme říci, že jde o stlačení, snížení či oslabení částečné nebo celkové funkce člověka (Křivohlavý, 2003). Podle MKN-10 dochází u osob trpících depresí ke zhoršení nálady, snížení energie a aktivity. Nadále k narušení osobních zájmů, koncentrace, spánku a chuti k jídlu. DSM-5 dodává, že obecně dochází k postihu v emoční, somatické a kognitivní funkčnosti člověka. Nemocný si připadá znavený i po minimální aktivitě. K poklesu dochází i v sebehodnocení a sebedůvěře. Naopak je prokázán nárůst pocitů viny a beznaděje. Může dojít ke ztrátě libida a psychomotorické retardaci (Praško, Prašková, & Prašková, 2003). Negativně je ovlivněno prožívání emocí, běžně je narušeno nebo až eliminováno prožívání radosti. Deprese bývá provázána s úzkostí, občas z úzkosti vzniká. V těžším případě dochází k pocitu beznaděje, zoufalství, bezmocnosti, v extrému až k afektivnímu stuporu (Vágnerová, 2014).

Důležitý je fakt, že se nejedná pouze o dočasný pokles nálady, který může být zaviněn prožitím negativně nabitě situace. Stejně tak nejde o lenost, ale o dlouhodobý vůlí nekontrolovatelný stav, který narušuje každodenní běžné fungování osoby (Martin, 2006).

## 1.1 Etiopatogeneze

Již v dávné historii se lidé pokoušeli zjistit, co je ta (dnes nazývaná) deprese a čím je způsobena. Hippokrates ji označoval za „melancholii“, vzniklou nadbytečným množstvím černé žluči v organismu. Ve středověku šlo o posedlost nadpřirozenými bytostmi s negativní afiliací jako démony, ďábel a podobně. Sigmund Freud měl za to, že jde o potlačenou zlost vůči jiným osobám, která se obrátí vůči nám samým. Zastánci biologie prosazovali příčinu vzniku v biochemických změnách v mozku. V současné době jsme přesvědčeni, že se jedná o kombinaci biologických a sociálních vlivů, životosprávy a událostí, které vytvářejí možnou predispozici. (Praško et al., 2003). Dle bio-psycho-sociálního modelu je za rozvojem nemoci vícero faktorů. Biologické, kterými jsou genetické faktory (tj. predispozice), podpořeny rizikovými vývojovými a psychosociálními faktory. Mohou vést k vybudování zranitelnosti, která se při nadměrném stresu může změnit v patologii (Praško, Látalová, & Grambal, 2011).

Aby člověka postihla deprese, musí v sobě mít nějaké predispozice, které plní roli jakési latentní příčiny. Ke kompletnímu propuknutí onemocnění je potřeba tyto dispozice aktivovat nějakým podnětem (Vágnerová, 2014).

### **1.1.1 Biologické aspekty**

Dědičnost predispozice k rozvoji deprese se pohybuje okolo 40 % (Raboch, Hrdlička, Mohr, Pavlovský, & Ptáček, 2015), jiní autoři přidávají genetické predispozici větší důraz a udávají až 65 % (Vágnerová, 2014). V případě, že některé z jednovaječných dvojčat trpí depresí, je až 70 % šance, že onemocní i to druhé. Pokud jde o dvojvaječná dvojčata, šance klesá na rozsah 13-20 % (Martin, 2006).

Bylo prokázáno, že vysoké skóre v neuroticismu je rizikovým faktorem pro vznik MDD<sup>1</sup>. Zvyšuje pravděpodobnost nástupu depresivní epizody při reakcích na stresující životní události (Raboch et al., 2015). Zároveň byla dle Honzáka (1999) snaha o nasbírání důkazů prokazující serotoninovou hypotézu (konkrétně oslabený serotoninový systém), dle které jsou v postižených rodinách kromě projevu depresivní poruchy i poruchy spojované s nedostatkem kontroly impulsů jako agresivita či obsedantně kompulzivní poruchy.

Vágnerová (2014) tvrdí, že pokud se dítě narodí s krátkou alelou genu pro serotoninový transporter 5-HTT, výsledkem je nižší hladina serotoninu v mozku a s ní zvýšená citlivost na negativní podněty, vedoucí k větší náchylnosti na rozvoj deprese.

Přesto, že byla prokázána role genetických markerů hrajících roli v dispozici pro depresi. Není pravděpodobné, že existuje určitý gen zodpovědný za její hereditabilitu. Domníváme se, že geneticky se může přenášet spíše schopnost jedince čelit stresovým faktorům než samotný vznik afektivní poruchy (Raboch, 2012).

### **1.1.2 Psychosociální prostředí**

Genetické faktory jsou nesporné, avšak jejich projevení většinou závisí na působení vnějších vlivů. Stejně tak vnitřní interpretace vnějších vlivů bude ovlivněna biologickými podklady. I v případě jednovaječných dvojčat budou jejich interakce odlišné, stejně tak tudíž i jejich výsledný vliv na jedince (Vágnerová, 2014). Orel & Facová (2016, 49) k tomuto

---

<sup>1</sup> Major depressive disorder=depresivní porucha/deprese



„*V genezi psychických poruch je brán vážně také vliv individuálně jedinečných osobnostních charakteristik a intrapsychických dispozic a předpokladů.*“

Můžeme jmenovat predispoziční faktory jako jsou například hypersenzitivita, vulnerabilita nebo určitá porucha osobnosti. Také může jít o události v životě, například úmrtí nebo separace blízkých osob. Predispozicí může být mnoho, přesto k rozvinutí depresivní poruchy pouze na základě jejich existence dojít nemusí (Martin, 2006). Významnou roli v rozvoji deprese hraje stres a individuální schopnost zpracovávat jej. Jedná se o spouštěč spíš než o predispozici, predispozicí by byla nízká odolnost vůči stresu a vzhledem k tomu, že se naše odolnost vůči stresu v průběhu života mění, jsme tedy v odlišných obdobích života rozdílně náchylní. Například i osoby přirozeně odolné, avšak osamělé, či procházející ztrátou (např. úmrtí blízkého). Mohou být z důvodu těchto příčin v dlouhodobém stresu, což může vést k senzitivizaci na stres a případné změně rovnováhy hladiny neuromodulátorů (serotonin, noradrenalin, dopamin) v mozku a následnému rozvoji deprese (Praško et al., 2003).

Jedním ze způsobů, jak můžeme měřit závažnost psychologických faktorů a jaký vliv mají na propuknutí deprese je použití inventáře životních událostí. V případě, že součet bodů přesáhne 250, je pacient v rizikové skupině. Pokud je výsledný skóre nad 350 bodů, je u pacienta přítomný významný stres, který se velmi pravděpodobně odrazí na psychickém i fyzickém zdraví (Honzák, 1999).

Raboch (2012) se přiklání k tomu, že existují určité typy osobnosti nebo charakterové vlastnosti, které zvyšují riziko propuknutí afektivních obtíží. Řadí mezi ně osoby projevující rigiditu, obsedantnost, dominanci nebo závislost.

Rodina je jedním z nejvlivnějších sociálních činitelů. Z toho plyne, že zkušenosti z raného dětství nesporně formují naši osobnost, jejich dlouhodobé negativní působení (např. týrání, zanedbání, ztráta rodiče) může vést k rozvoji dysfunkčních předpokladů viz kognitivní model deprese (Orel & Facová, 2016). S čímž souhlasí i Raboch et al., (2015) a dodávají, že vyšší množství a rozdílnost negativních zkušeností zvyšuje celkové riziko. Zajímavé je, že v rámci odlišných kultur dochází k rozdílné frekvenci propuknutí onemocnění.

Bylo potvrzeno, že nepříznivé sociální podmínky, jakými jsou třeba nedostatečná nebo negativní stimulace, mají významný vliv při rozvoji reziduálních stavů například i u

depresí. Stejně tak v případě ztráty může adekvátní sociální opora kladně přispět k průběhu a důsledku jejího zpracování (Praško et al., 2011).

Rozvinutí poruchy je většinou způsobeno vícero zátěžemi a když dojde k jejich spojení, společně mohou vytvořit spouštěč. Předpokládá se zde závislost na individuální resilienci a vulnerabilitě (Vágnerová, 2014).

### 1.1.3 Komorbidity

Deprese také může propuknout v rámci reakce na rozvinutí jiné nemoci. Jako nebezpečný rizikový faktor pro rozvoj deprese jsou obecně vnímány chronické somatické onemocnění nebo tělesné postižení. Dle statistik se MDD projeví u 5-10 % pacientů v primární péči a u 10-14 % ambulantních pacientů. Největší risk představují ischemická porucha srdeční, cerebrovaskulární onemocnění, neurologické poruchy, nádory a diabetes mellitus. Častý problém nastává v rozlišení diagnózy, protože některé somatické symptomy deprese mohou být zavádějící (Hanwella & De Silva, 2008). Z hlediska duševních poruch se jedná o hraniční poruchu osobnosti, panickou poruchu, obsedantně-kompulzivní poruchu, mentální anorexii, mentální bulimii či poruchy spojené s užíváním látek (Raboch et al., 2015).

Obecně přítomnost bolesti jakéhokoliv původu při léčbě deprese vrhá na léčbu negativní prognózu. Bylo zjištěno, že vede k častějším relapsům, horší odpovědi na farmaka či chronifikaci deprese (Maršálek, 2007).

Cushingova choroba, která je způsobena nadměrnou produkcí ACTH, což vede k tomu, že nadledvinky vylučují více kortizolu. Skoro u poloviny pacientů s touto chorobou byla prokázána deprese či suicidální myšlenky. Tento projev může být vysvětlen za pomoci stresové teorie vzniku deprese a přítomnosti vysoké hladiny kortizolu (Vavrušová, 2008).

Časté propuknutí deprese u diabetických pacientů je možné vyložit dle (Vágnerové, 2014, 354). jako: *„Potvrzení souvislost mezi aktivitou serotoninu v CNS a periferním metabolismem glukózy, zhoršením utilizace glukózy spojené s poruchou citlivosti k inzulinu.“*

## 1.2 Příznaky depresivní poruchy

Jako příznaky depresivní poruchy definuje (MKN-10) přítomnost zhoršené nálady, snížení energie a aktivity. Narušení schopnosti prožívat radost, koncentrace, chuti k jídlu a

spánku (insomnie či hypersomnie). Postižený nejeví zájem o činnosti, které ho běžně naplňovali. Pokles je pozorovatelný i v sebehodnocení a sebedůvěře, propukání pocitů viny a beznaděje. Přičemž deprese bývá nejhorší ráno.

Zde je specifitější výčet příznaků depresivní poruchy dle Fišara (2009):

#### **Základní příznaky**

- Depresivní nálada, a to po většinu dne, nezávisle na okolnostech
- Ztráta zájmu a radosti
- Snížená energie a aktivita, zvýšená únavnost

#### **Vedlejší příznaky**

- Ztráta sebedůvěry a sebeúcty, sebepodceňování
- Pocity provinění a sebeobviňování
- Suicidální úvahy a chování
- Neschopnost rozhodování a soustředění, zpomalení myšlení
- Psychomotorická retardace nebo agitovanost
- Insomnie nebo hypersomnie
- Snížení či zvýšení chuti k jídlu, doprovázené změnou tělesné hmotnosti

Honzák (1999, 20) k tématu podotýká: *“Shrneme-li depresivní příznaky do obecnějších a širších okruhů, můžeme říct, že v oblasti psychologické reality deprese narušuje tři základní oblasti lidských aktivit a prožívání. Jsou to forie, dynamogenie a hedonie“*

### **1.2.1 Tělesné příznaky**

Depresivní porucha se neprojevuje u postiženého pouze v úrovni psychiky. Často můžeme pozorovat i somatické projevy. Dochází k celkovému zpomalení, unavení při veškerých vykonávaných činnostech. Nemocný si připadá povětšinu času utlumený a pociťuje bolest v různých částech těla. Spadají sem i poruchy spánku jak předčasné probouzení v ranních hodinách, tak neschopnost usnout. Přítomnost střevních potíží a nauzey (Vágnerová, 2014). Nejčastější somatické příznaky u deprese jsou svalově-kostní bolesti 32 %, bolesti zad 30 %, a dalších části těla 14 % (Bouček & Pidman, 2005).

Přesto, že čistě tělesné příznaky většinou nejsou rozhodující pro přesné diagnostikování deprese, nesmí se opomíjet (Křivohlavý, 2003). MKN-10 uvádí možnou přítomnost těchto „somatických“ symptomů:

- Ztráta zájmů a pocitu uspokojení
- Časné ranní probouzení v rozdílu hodin
- Přítomnost psychomotorické retardace a agitovanosti
- Ztráta chuti k jídlu a snížení váhy
- Ztráta libida

Ve studii (Frasure-Smith a Lesperance, 2006) byly prokázány náznaky zánětvých procesů u žen v remisi deprese, která byla neléčena. Právě tyto zánětlivé procesy jsou rizikovým faktorem pro rozvoj kardiovaskulárních onemocnění (Vavrušová, 2008).

Specificky somatickým druhem deprese je tzv. larvovaná deprese, při které nemocný pociťuje převážně somatické symptomy, bez toho, aniž by prožíval těžký smutek. Důsledkem absence příznaků může dojít k naprostému opominutí možného diagnostikování deprese (Vágnerová, 2014).

## **1.2.2 Narušení kognitivních funkcí**

Depresivní porucha nepostihuje pouze náš psychický prožitek reality a tělesnou funkci organismu. Výzkumy ukázaly, že často dochází i k narušení kognitivních funkcí. Jedná se například o výzkum Rushe et al. (1983), kteří dokázali na vzorku 22 pacientů s unipolární depresí, že osoby trpící endogenní depresí mají v neuropsychologických testech horší výsledky než pacienti bez endogenní deprese. Akutní fáze postihuje psychomotorické tempo, reakční časy, vizuomotoriku a exekutivní funkce (Bouček, & Pidrman, 2005).

Vágně řečeno dochází ke změně interpretace a hodnocení všeho kolem nás. Přítomnost autoakuzáčních myšlenek, výčitky, přehnaný pesimismus, degradace sama sebe v porovnání s ostatními lidmi. Negativní orientace postihuje minulost, přítomnost i budoucnost. Ovlivněna je i schopnost učení, myšlení je fixováno na ulpívavé negativní myšlenky, či jejich problémy, ve kterých se dokola utápí. Nedochozí k úbytku inteligence, pouze ke zpomalení a útlumu, vzhledem ke kombinaci s výše uvedenou autoakuzací a přesvědčení o bezcennosti však může být nemocným vnímáno jako „stávám se hloupějším“ (Vágnerová, 2014).

Zhoršení kognitivních a exekutivních funkcí odborně označujeme jako kognitivní deficit. Narušuje převážně psychosociální oblast života nemocného, což se odráží i ve vnímání jeho kvality. Na vzniku se podílí jak dysbalance neurotransmiterového systému, tak narušení plasticity mozku dlouhodobým stresem. Narušení funkcí není specifické, pravděpodobně jde o globálně-difuzní charakter. Závažnost deficitu je ovlivněna dalšími faktory jako je hloubka a subtyp deprese, účinek farmak, vliv hospitalizace a v neposlední řadě věk pacienta (Přikrylová Kučerová, Preiss, Navrátilová, & Přikryl, 2010).

Ve svém přínosu (Veiel, 1997) publikoval metaanalýzu kognitivního vývoje u depresivních pacientů. Bylo zjištěno, že nejvíce dochází k oslabení exekutivních funkcí, zatímco pozornost byla postihnuta nejméně.

Kognitivní deficit hraje roli v celkové práci schopnosti, proto se k depresivní poruše váže závažné zasažení do pracovního života osoby. Vzhledem k veškerým důsledkům, které nemoc provází se ve vyspělých státech jedná o nejčastější důvod ztráty pracovní schopnosti (Raboch, 2012).

## 1.3 Diagnostika

### 1.3.1 MKN-10

V desátém vydání Mezinárodní klasifikaci nemocí se deprese nachází mezi afektivními poruchami (F30-F39), kde je unipolární deprese specifikována jako „depresivní fáze“ (F32). (Vágnerová, 2014, 351) k afektivní poruše: „*Základním projevem afektivní poruchy je chorobná nálada, která neodpovídá reálné životní situaci nemocného a narušuje jeho uvažování, chování i somatické funkce.*“

Závažnost deprese dělíme a kódujeme dle počtu a tíže příznaků na:

- Lehkou depresivní fázi (F32.0) - přítomnost alespoň dvou zmíněných příznaků po dobu alespoň 14 dnů. V jejím důsledku dochází k deprimaci, přesto nedochází ke ztrátě schopnosti vykonávat běžné denní aktivity.
  - Bez somatických příznaků (F32.00)
  - Se somatickými příznaky (F32.01)
- Středně těžká depresivní fáze (F32.1) – přítomnost čtyř a více zmíněných příznaků po dobu alespoň 14 dnů. Což vede k větším obtížím i při vykonávání běžné činnosti.
  - Bez somatických příznaků (F32.10)

- Se somatickými příznaky (F32.11)
- Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků (F32.2) – přítomnost většiny zmíněných příznaků po dobu alespoň 14 dnů. Běžně dochází ke ztrátě sebehodnocení, pocitům viny a beznaděje. Objevují se časté suicidální myšlenky či přímo pokusy, včetně somatických příznaků.
  - Příklad: Velká deprese (MDD), Agitovaná deprese
- Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky (F32.3) – depresivní fáze totožná s F32.2, navíc jsou přítomny halucinace, bludy, psychomotorická retardace nebo stupor. Důsledkem je, neschopnost pravidelných sociálních aktivit a možné spáchání sebevraždy hladověním či žízněním.

### 1.3.2 DSM-V

Dle DSM-V se deprese nachází v kategorii depresivních poruch, stejně jako disruptivní dysregulativní poruchy nálady, perzistentní depresivní porucha (dystymie), premenstruační dysforická porucha, depresivní porucha vyvolaná užíváním léků/látek, depresivní porucha způsobena jiným somatickým onemocněním, jiná specifikovaná depresivní porucha nebo nespecifikovaná depresivní porucha. Aby bylo možné přidělit diagnózu velké depresivní poruchy (MDD), je nutné splnění následujících kritérií A, B a C.

- A)** Výskyt alespoň pěti z níže uvedených symptomů, po dobu dvou týdnů. Zároveň musí být zřetelná změna v úrovni fungování osoby a mezi vyskytujícími symptomy musí být přítomna depresivní nálada nebo ztráta zájmů či potěšení.
1. Depresivní nálada po většinu téměř každého dne, a to dle subjektivního popisu nebo pozorování ostatními.
  2. Zřetelné snížení zájmu nebo radosti alespoň ve většině činností během téměř každého dne, dle subjektivního popisu či pozorování ostatními.
  3. Signifikantní úbytek na váze bez redukční diety nebo příbytek hmotnosti, nárůst či snížení chuti k jídlu.
  4. Téměř každodenní insomnie či hypersomnie.
  5. Psychomotorická agitovanost nebo zpomalení pozorovatelné ostatními téměř každý den.
  6. Téměř každodenní únava nebo ztráta energie.
  7. Pocity marnosti nebo nadměrné či neodpovídající pocity viny (mohou být bludné) téměř každý den.

8. Téměř každodenní snížená schopnost myšlení, koncentrace nebo rozhodování, dle subjektivního hodnocení či pozorování ostatními.
  9. Opakované myšlenky na smrt (ne pouhý strach ze smrti), opakující se sebevražedné myšlenky bez konkrétního plánu, suicidální pokusy či konkrétní plán na provedení sebevraždy.
- B)** Projevené symptomy musí způsobit klinicky významný distres nebo mít dopad v sociální, pracovní či jiné důležité oblasti
- C)** Epizody nemohou být přičteny fyziologickým účinkům látek nebo jiným somatickým onemocněním
- D)** Přítomnost depresivní epizody nelze vysvětlit schizoafektivní poruchou, schizofrenií, schizofreniformní poruchou, trvalou poruchou s bludy nebo jinou specifickou nebo nespecifikovanou poruchou schizofrenního spektra nebo jinou psychotickou poruchou
- E)** Přítomnost manické nebo hypomanické epizody nebyla nikdy prokázána (podmínka neplatí, pokud byly vyvolány látkami nebo jiným somatickým onemocněním.)

### **Kódování v rámci DSM-V**

Hlavní hlediska, která se berou v potaz při kódování určitého typu deprese je přítomnost určitých faktorů. Tedy zda jde o ojedinělou či rekurentní epizodu, závažnost poruchy, možnou přítomnost psychotických znaků a remise (Raboch, et al., 2015).

### **1.3.3 Diferenciální diagnóza**

Prevenčí pro nesprávné určení diagnózy je důkladná anamnéza a několik vyšetření. Přesto je běžné, že vyvstává možnost diferenciální diagnózy. U deprese patří mezi nejčastější:

- Smutek (například ze ztráty), dystymie
- Porucha nálady způsobená jiným somatickým onemocněním
- Manická epizoda doprovázená podrážděností nebo nespecifikovaná epizoda
- Porucha osobnosti, demence
- Depresivní syndrom vyvolán užíváním psychoaktivních látek
- Porucha pozornosti s hyperaktivitou
- Porucha přizpůsobení s depresivní náladou (DSM-5; Češková, 2001).

## 1.4 Epidemiologie

V populaci se udává 10-18% prevalence. Četnost je geograficky a kulturně odlišná (například v severských zemích je častější). První projev nemoci obvykle spadá mezi 20. a 40. rok života (Vágnerová, 2014; Češková, 2001). Je zde odhad, že přibližně 50 % trpících depresí ani nenavštíví lékaře nebo jsou chybně diagnostikováni. Navíc jen u některých nemocných je nasazena adekvátní léčba, což vede k jejímu prodloužení například ve formě recidivy nebo ke zvýšení rizika sebevraždy. Těžká forma deprese má populační prevalenci okolo 1 % (Fišar, 2009). Brown (2001) se dle své studie domníval, že s postupným nárůstem očekávaného věku dožití v průmyslově vyspělých státech bude docházet k většímu šíření duševních problémů a v roce 2020 půjde o druhou nejčastější nemoc.

Ve Spojených státech amerických je deprese jedna z nejčastějších a nejvíce zatěžujících nemocí s prevalencí 16,6 % u dospělých osob (Dunn et al, 2015), DSM-5 uvádí pouze 7 %. V Evropě se před patnácti lety udávala prevalence 17 % (Bouček, & Pidrman, 2005). Zároveň je pozorovatelná odlišná prevalence dle věku, kde se v rozmezí 19 až 29 let nachází třikrát více osob trpících depresí než u jedinců nad 60 let. Rozdíl mezi muži a ženami se pohybuje v poměru od 1:1,5 až po 1:3 (Raboch et al., 2015), či v celkové populaci 1:2 (Vágnerová, 2014; Martin, 2006).

## 1.5 Druhy depresivních poruch

### Bipolární afektivní porucha

V rámci bipolární afektivní poruchy (F31 dle MKN-10) dochází ke střídání fází deprese a mánie (stačí jedna manická fáze). Každá fáze může trvat rozdílnou dobu nezávisle na předešlé. V cyklu deprese postižený pociťuje typické příznaky a projevy deprese. Tedy, intenzivní dlouhodobý smutek, úbytek energie, výkonnosti a tak dále (Praško et al., 2003). Při propuknutí mánie (která může nabývat různé intenzity) obecně dochází k celkové excitaci, naladění je euforické, ale v případě nesouhlasu a může díky vysoké iritabilitě dojít k agresivní reakci. Osoba překypuje sebevědomím a nadceňuje své schopnosti. Může dojít k excesům v sexuální či finanční sféře. Běžné je zanedbávání spánku bez pocitu jeho potřeby (Raboch, 2012).

Z hlediska epidemiologie je u bipolární poruchy, vysoká pravděpodobnost propuknutí kvůli dědičnosti, nadále je běžné, že přejde z prvotně projevené depresivní poruchy. Obzvláště u nemocných v adolescenci či při přítomnosti psychotických příznaků



(Raboch et al., 2015). Prevalence se pohybuje okolo 3 %, nediskriminuje pohlaví (Bankovská Motlová & Koukolík, 2006)

Pro léčbu je indikováno nejčastěji lithium, které může být užito i jako augmentační léčba při depresi. V případě rychlého cyklení je vhodnou volbou valporát (Paclt, 2012). V případě nasazení antidepresiv na osobu trpící bipolární poruchou se musíme zaměřit na přechody mezi fázemi a vyvarovat se tzv. rychlému cyklování, v případě změny na manickou fázi je nutno antidepresiva vysadit (Cohen & Hrdlička, 2002).

### **Periodická depresivní porucha**

V případě, že dojde k vrácení depresivní fáze (ve 20 % případů), jedná se o rekurenci, tedy dle klasifikace o periodickou (rekurentní) depresivní poruchu (F33 dle MKN-10). Prevalence se pohybuje mezi 4-19 %, dvakrát častěji u žen než u mužů, s nejčastějším výskytem ve třicátých letech života (Raboch, 2012).

### **Perzistentní afektivní poruchy**

V případě dystymie se jedná o stav, který je intenzitou méně závažný než deprese, avšak dosahuje výrazně delšího trvání (alespoň 2 roky). Nastupuje pozvolna, nejčastěji v rané dospělosti. Pro rozvoj je typické, že osoba prochází obdobím velkého stresu. Klíčovým symptomem je neschopnost cítit radost, což vede k upuštění od aktivit, které nás uspokojovaly. Také se dostavuje neschopnost překonávat běžné problémy bez vydání subjektivně enormního množství energie. Může se stát, že dojde k propojení s velkou depresivní poruchou, poté se jedná o dvojitou depresi (Praško et al., 2003). Dále sem patří cyklotymie, při které dochází k opakovanému střídání fází deprese a hypománie, avšak nesplňují jejich diagnostická kritéria. Typickým příznakem jsou změny úrovně energie, chování a produktivity (Češková, 2001).

### **Sezónní afektivní porucha**

Neboli SAD (seasonal affective disorder). Projevuje se značnými změnami nálad, které jsou dostatečně různorodé a intenzivní, aby splňovali diagnostická kritéria depresivní epizody v MKN-10 či velké depresivní poruchy v DSM-IV. Nejčastěji k těmto změnám dochází na podzim a v zimě (Vavrušová, 2008). Kromě typických depresivních symptomů je zvýšená i iritabilita a agresivita. Prevalence se pohybuje mezi 2-4% světové populace. Poměr mezi ženami a muži je 3,5:1 až 9:1, což je výrazně větší rozdíl než u klasické deprese (Winkler, 2006).

## **1.6 Teorie deprese**

### **1.6.1 Kognitivní teorie**

#### **Teorie beznaděje (Hopelessness theory)**

Tvrdí, že osoba nacházející se v beznadějně situaci je náchylnější na rozvoje deprese. Předpokládá, že postižený očekává nejhorsí možný výsledek z dané situace, bez jakékoliv možnosti zvratu. Průběh viz příloha č.2, kdy a) za negativní situaci může stabilní a globální příčina (např. přesvědčení nedostatečné inteligence), b) negativní situace vede k dalším negativní důsledkům a c) situace vede k negativní sebe-charakteristice. Tímto stylem pokračuje dále do beznaděje až se začnou projevovat symptomy beznadějně deprese (Abramson et al, 2002).

#### **Beckova teorie**

Staví na principu maladaptivních sebe-schémat. Dle Becka je problém v nefunkčním přístupu při řešení ztráty, neúspěchu či bezcennosti, tyto dysfunkce můžou jedince natolik poškozovat, že je náchylnější k depresi. U takto smýšlejících osob se často vykytuje bezmezné hodnocení sebe na základě ohlasu ostatních. Avšak bez stresového spouštěče nedochází k přímému spojení s negativními myšlenkami ani depresivními symptomy (Abramson et al, 2002). Schéma v příloze č.3.

Beck (1987) se ve své teorii domníval, že rozvoj deprese také záleží na individuálních rozdílech. Osoby, které nachází hodnoty v sociálních vztazích budou v případě odmítnutí či neuspokojení v této oblasti náchylnější k rozvoji deprese. Zatímco u osob orientovaných na sebe a své úspěchy je rizikové jejich osobní pochybení či ohrožení.

### **1.6.2 Psychoanalytická teorie**

Deprese je dle psychoanalytické školy zapříčiněna ztrátou objektu, který nás uspokojuje, například blízké osoby. Taktéž k ní může vést ztráta sebevědomí, kterou pociťujeme při frustraci vedoucí z neschopnosti naplnit naše cíle (Wilkins, 1971). Pro vznik deprese je nutné narušení v oblasti narcismu, přítomného ve formě auto agresivního sebepojetí tj. „jsem k ničemu, stojím za nic“. Což postupně negativně ovlivňuje naši náladu, sebevědomí, tělo a náhled na sebe i okolí (Milrod, 1988).

Deprese se projevuje jako konflikt mezi drívou a uspokojením, které počínaje v dětství a jsou přeneseny do dospělosti. Hlavní pilíře psychoanalytické teorie deprese si zakládají na těchto bodech:

1. Existence predispozice vytvořené prožitím traumatu (např. zanedbání matkou) v prvních osmnácti měsících života vedoucí k fixaci na orální stádium.
2. Jedná se o následek ztráty objektu. Může jít jak o reálnou, tak fantazijní ztrátu, která může být uvědomělá nebo nevědomá.
3. Následkem je identifikace s objektem, ke kterému je vybudován ambivalentní vztah. Je milován, stejně tak nenáviděn.
4. Důsledkem identifikace se nenávist provázena agresí přenáší na vlastní osobu (Milrod, 1988).

## 1.7 Léčba deprese

Cílem léčby je odstranění příznaků deprese, navrácení již uzdraveného člověka zpět do života se schopností fungovat v sociální a pracovní sféře jako dříve, a nakonec zamezení relapsu. Fáze léčby se dělí na akutní, udržovací a profylaktickou (Höschl, 2004).

Výsledek léčby je popisován dle úspěšnosti, stanovené výsledným skórem na standardní škále hodnotící depresi (např. HAMD<sup>2</sup>). Za remisi (vymizení depresivních symptomů) je považována 75 % a větší redukce symptomatiky. Odpověď na léčbu značí, že došlo k redukci symptomů alespoň o 50 % oproti výchozímu stavu. Částečná odpověď na léčbu je definována jako pokles symptomů o 25-50 %. Pokud dojde ke snížení menší než 25 % jedná se o nedostatečnou či chybějící odpověď (Bareš & Novák, 2008).

Rychlost nástupu léčby ovlivňuje rychlost uzdravení, v případě léčení jedinců s příznaky existujícími pouze několik měsíců můžeme očekávat bezproblémové uzdravení. S nižší pravděpodobností uzdravení jsou spojovány psychotické příznaky, nápadná úzkost, poruchy osobnosti a závažnost aktuálních symptomů. Rozdíly v reakci či délce léčby nebyly zaznamenány (Raboch et al., 2015).

---

<sup>2</sup> Hamilton Depression Rating Scale

### **1.7.1 Biologická léčba**

Farmakoterapie, z biologické léčby nejčastější, je poměrně rychlá a náročná, přináší odstranění depresivních příznaků, ale nese s sebou nežádoucí účinky (Raboch, 2012). Farmakoterapii antidepressivní je věnována další kapitola.

Elektrokonvulzivní terapie (ECT) má indikaci pouze u těžkých případů deprese nebo v případě špatného efektu farmakoterapie. Prokázala se jako funkční pro unipolární, bipolární i rekurentní deprese. Výhodou je velmi rychlý nástup účinku. Nevýhodou je většinou krátkodobá retrogradní amnézie. Při častém opakování může navodit nevratnou retrogradní amnézii, či celkovou anestezii. U širší veřejnosti je často negativně stigmatizována (Seifertová, 2002).

Repetitivní transkraniální magnetická stimulace je často indikovaná pro depresivní poruchu v případě na farmaka rezistentního pacienta. Kromě léčby depresivních symptomů je při použití rTMS pozorováno zlepšení kognitivních schopností (Corlier et al., 2020).

Dále můžeme jmenovat fototerapii, při které je užíváno intenzivního světla, nebo stimulaci bloudivého nervu (Raboch, 2012).

### **1.7.2 Psychoterapeutická léčba**

Psychoterapie je náročná a zdouhavá, avšak nemá nežádoucí účinky (pokud provedena správně) a řeší jádro problému, avšak jako samostatná se prokázala účinná pouze u lehkých a středně těžkých depresí s problémy převážně v psychosociální oblasti (Raboch, 2012). Další nevýhodou oproti farmakoterapii je časová náročnost, potřeba intenzivní spolupráce a někdy i finanční náklady. Její výsledek záleží na osobnostech zúčastněných, schopnostech terapeuta a spolupráce nemocného (Höschl, 2004).

#### **Kognitivně-behaviorální terapie**

Mezi nejčastěji užívané terapeutické směry při léčbě deprese patří kognitivně-behaviorální terapie (KBT), která se objevila přibližně v sedmdesátých letech 20. století (Baštecká & Mach, 2015). Její základní rysy popisuje Kratochvíl (1998):

- Aktivní spolupráce je základem úspěšného vztahu mezi terapeutem a pacientem
- Vychází z teorie učení
- Zaměřuje se na přítomnost

- Zaměřuje se na konkrétní ohraničené problémy
- Stanovení konkrétních funkčních cílů
- Cílem je směřovat k osvojení dovedností, zvýšení pocitu vlastní zdatnosti a soběstačnosti klienta
- Důraz na vědeckost
- Její trvání je úsporné, orientované na problém

Běžným postupem je rozebírat dané nežádoucí chování (B) včetně kognice, dále podněty, které ho vyvolali (A) a na konec důsledky chování (C).

### **Interpersonální terapie**

Metoda vyvinuta v 80. letech minulého století Klermannem a Weissmannovou. Funguje na principu krátkodobé (běžně 20 sezení) na problém orientované terapie. Užívá se primárně při terapii depresivních poruch. Není zde snaha o trvalé ovlivnění osobnosti, ani odmítání jiné léčby, naopak je kompatibilní (např. psychofarmak). Cílem léčby je oslabení symptomů a zlepšení vztahu s lidmi. Dělí se do tří etap a to (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015):

1. Diagnostické zhodnocení a anamnéza, ve které navíc dochází i k edukaci klienta.
2. Práce v jedné ze čtyř oblastí, na které se deprese dělí. Deprese z důsledku ztráty blízkého člověka. Deprese vzniklé jako adaptační reakce na změnu rolí. Deprese vzniklé na základě sociálních nedovedností a komunikačních nedostatků a deprese vzniklé z důvodu interpersonálních konfliktů.
3. Poslední fáze se zabývá pocity z ukončení léčby a zaměřuje se na shrnutí dosaženého pokroku.

### **1.7.3 Suicidalita**

Odhaduje se, že v české republice je 10-25 % sebevražd spáchaných z důvodu afektivní poruchy. Dle provedených autopsií by moly být viníkem dokonce 70-80 % dokonaných sebevražd (Höschl, 2004). U žen byla zaznamenána vyšší frekvence sebevražedných pokusů, přesto z hlediska dokonaných suicid skórují výše muži. (Raboch et al., 2015). Celkově sebevraždu dokoná přibližně 15 % nemocných depresí (Bareš, & Novák, 2008), (Raboch, 2012) odhaduje interval s nižší spodní hranicí, tedy 10-15 %.

U depresivně nemocných můžeme většinou sledovat podobný průběh. Začínající myšlenkami na sebevraždu, kterým se brání, bojují s nimi. Při přesunu do další fáze se

nemocný myšlenkám podvoluje, shledává sebevraždu jako jediné možné řešení, avšak stále nemá potřebnou odvahu na její provedení. Postupně zvažuje metody provedení a uchyluje se k rozhodnutí. Zde je možný pokles tenze, kdy se nemocný jeví „normálně“ a blízcí si oddechnou, avšak opak je pravdou a při první příležitosti dojde k realizaci (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Symptomy, které by měli zvyšovat naši pozornost v rámci zvýšené šance na sebevraždu jsou: autoakuzace, úzkostnost s neklidem až agitovanost, výrazná nespavost a obavy ze závažného tělesného onemocnění. S čímž nejvíce rizikový je počátek a konec depresivní fáze (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

## 2 ANTIDEPRESIVA

Jedná se o psychofarmaka s velkou diverzitou účinného záběru. Indikace primárně pro depresivní poruchy, ale mají využití i v léčbě například úzkostných, panických a fobických poruch, chronických bolestí, psychosomatických onemocnění, obsedantně-kompulzivních poruch, poruše spánku nebo příjmu potravy a posttraumatické stresové poruše (Orel, 2016; Fišar, 2009).

Ze statistického hlediska jsou antidepresiva nejčastěji předepisovaná psychofarmaka vůbec (Dreher, 2017). Toto tvrzení můžeme vysvětlit třeba faktem, že deprese je jedno z nejpalčivějších onemocnění z hlediska snížení pracovního potenciálu a předčasného úmrtí ať už vlivem přitížení somatické komorbidity či spácháním sebevraždy (Látalová & Pidrman, 2004).

Antidepresiva dělíme dle mechanismu účinku na tři skupiny, přičemž jejich účinnost je srovnatelná a pohybuje se v rozmezí 50-75 % terapeutickou odpovědí. Dělíme je na:

1. Inhibitory zpětného vychytávání monoaminů
2. Antidepresiva přímo ovlivňující receptory
3. Inhibitory biodegradace monoaminů (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

### 2.1.1 Mediátory a neuronový přenos

Hypotéz pokoušejících se odhalit mechanismus účinku antidepresiv bylo formulováno mnoho (hypotéza biogenních aminů atd.). Dnes se domníváme, že antidepresiva ovlivňují chod neurotransmiterových systémů, koncentrace transmiteru v synaptické štěrbině a počet receptorů pro neurotransmitery. Jelikož deprese ovlivňuje převážně deficit serotoninového, noradrenegního a dopaminoergního systému. Veškerá antidepresiva jsou zaměřena na zlepšení efektivity, právě některých z těchto vybraných systémů (Honzák, 1999; Látalová & Praško, 2011; Raboch, 2012; Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Každý neuron se skládá z těla s jádrem, dendritů a axonu. Neurony mezi sebou komunikují pomocí přenášení elektrických vzruchů mezi presynaptickou částí, tedy částí tvořenou axonem, a postsynaptickou částí, zastoupenou dendrity jiného neuronu. Většina axonů je obalena do myelinové pochvy. Čím silnější vrstva pochvy, tím dochází k větší

izolaci axonu, a tedy i k rychlejšímu přenosu. Pochvy jsou pravidelně přerušované Ranvierovými zářezy, které přinutí vzruch přeskočit na další pochvy a tím dochází k dalšímu zrychlení přenosu. Na konci axonu se nachází tzv. synaptický uzel obsahující synaptické váčky, do kterých jsou vypuštěny neurotransmitery (Merkunová & Orel, 2008).

Aby byla komunikace skrz synapsi možná, musí dojít k elektrickému vzruchu dosahujícímu určitého akčního potenciálu (pro většinu membrán 60/70mV). Akční potenciál je tvořen pohybem a přítomností iontů. Konkrétně rozmístěním kationtů a aniontů uvnitř a vně membrány, vytvářející tzv. membránový potenciál. Stručně řečeno, pokud je vnitřek membrány oproti vnějšku negativně nabitý, kationty budou přitahovány dovnitř. A tedy dojde k vypuzení aniontů vně membrány. Poté dojde k vypuštění neurotransmiterů nashromážděné ve vezikulách (proces „exocytóza“) do synaptického prostoru, kde jsou navázány na postsynaptickou část jiného neuronu (Martin, 2006).

### **2.1.2 Fáze léčby antidepressiv**

„Akutní fáze léčby“ za předpokladu úspěšné léčby trvá 6-8 týdnů, jejím cílem je remise viz příloha č.4 (Bareš & Novák, 2008). Je vhodné léčbu začínat monoterapií, dle klinického stavu klienta, která maximalizuje efekt léčby a minimalizuje riziko nežádoucích účinků. V případě nedostatečné odpovědi se volí farmaka s jiným mechanismem účinku. Až pokud je léčba opět bez odpovědi, zvažujeme nasazení více farmak najednou, kde musíme brát v potaz možné interakce (Orel, 2016). Výjimkou jsou těžké deprese, u kterých je primárním cílem rychlost nástupu účinku, kde v případě akutního rizika sebevraždy podáváme i anxiolytika (Bouček & Pidrman, 2005). Nástup jejich účinku není instantní, naopak by se dalo říci, že je zdoluhavý, a proto je potřeba počítat s dvou až šesti týdenní prodlevou mezi počátkem užívání a očekávaným zlepšením zdravotního stavu (Dreher, 2017; Orel, 2016). Někteří odborníci volí kratší dobu dva až tři týdny (Látalová & Praško, 2011).

Taktéž se stává, že pacient na první předepsaná antidepressiva nereaguje. V takovém případě je nutné ověřit, zda jsou léky podávány ve správném množství a zda je pacient doopravdy užívá. Pokud jsou farmaka i za výše uvedených předpokladů bez účinku, je nutné zvýšení dávky, augmentace (např. antipsychotiky) nebo změna antidepressiv. Výměna je nutná také v případě silných vedlejších účinků či interakcí jiné medikace (Boyce et al., 2019). Začlenění antipsychotik do léčby se prokázalo jako efektivní u deprese



s psychotickými příznaky, avšak při pečlivém zvážení může mít pozitivní efekt i u některých pacientů rezistentních na běžnou léčbu (Mulder et al., 2018).

Predikce odpovědi na užívání antidepresiv byla zkoumána mnohými odborníky, kteří tvrdí, že se dá odhadnout z pozitivní či nulové reakce viditelné po prvním až druhém týdnu užívání. Pacienti s kladnou odezvou mezi druhým až čtvrtým týdnem reagovali na zbytek léčby v 80-90 % případů pozitivně (Bagby, Ryder, & Cristi, 2002). Pokud pacient po dvou týdnech léčby nereaguje, neočekává se značné zlepšení ani nadále a je doporučeno zvýšit dávku nebo změnit předepsané antidepresivum (Boyce et al., 2019). Jiní autoři doporučují u stejné léčby zůstat čtyři týdny (Licht & Quitzau, 2002).

„Pokračovací léčba“ má za cíl prevenci relapsu, běžné trvání se pohybuje okolo 4 až 9 měsíců v závislosti na závažnosti deprese, v případě těžké depresivní epizody je vhodné přesažení 9 měsíců (Bareš & Novák, 2008).

Cílem „profylaktické léčby“ je udržení výsledků léčby, tedy zamezit rekurenci depresivní poruchy, její doba by měla trvat podle individuálního zhodnocení například na základě počtu již prodělaných epizod. Mohou to být léta nebo i po zbytek celého života v případě alespoň čtyř epizod. Dávka farmak by měla zůstat stejná, jako ta, se kterou bylo dosaženo zlepšení stavu (Látalová & Praško, 2011). Užívání antidepresiv i po fázi uzdravení se ukázalo být klíčové pro funkční prevenci, neboť výsledky ukázaly, že dochází až k 70% zamezení rekurence. Zároveň se zdá, že tento výsledek není ovlivněn délkou předešlé léčby (Geddes et al., 2003). Rizikové faktory recidivy jsou individuální, ale obecně se jedná o prožití již několika epizod, těžkou závažnost předešlé epizody, nízký věk, přetrvání depresivních příznaků během remise (Raboch et al., 2015).

## **2.2 Inhibitory reuptake monoaminů**

### **2.2.1 Antidepresiva I. generace**

Takzvaná tricyklická (TCA) a tetracyklická (TeCA) antidepresiva, vyvinuta koncem 50. let, byla vůbec prvním pokusem o zavedení farmak pomáhající při léčbě deprese. (Plevová & Boleloucký, 2000). Působí antidepresivně a analgeticky (již po 1 týdnu). Při užití dochází k neselektivní inhibici zpětného vychytávání serotoninu, noradrenalinu. Chronické užívání způsobí znečistlivění a snížení počtu (beta)-adrenergních receptorů a sníží počet receptorů pro serotonin (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Jejich antidepresivní účinek je nepopíratelný, avšak jejich užívání již ve středních dávkách má za důsledek mnoho

nežádoucích účinků, neboť ovlivňují mnoho jiných receptorů. Švestka (2002) je dělí dle pole působení na tři skupiny:

- Preferenční inhibice zpětného vychytávání noradrenalinu
- Preferenční inhibice zpětného vychytávání serotoninu
- Rovnoměrná inhibice zpětného vychytávání noradrenalinu a serotoninu

Mezi preparáty řadíme například amitriptylin, imipramin, dosulepin, klomipramin, dibenzepin (Bareš & Novák, 2008).

Z hlediska indikace se v současné době dává přednost novějším generacím antidepresiv, ale občas najdeme využití u pacientů s těžkou depresí nebo s potřebou tlumení chronických bolestí (Orel, 2016). Převážně se jedná o antidepresiva druhé volby (po III. a IV. generaci) kvůli řadě nežádoucích účinků, výjimkou první volby jsou případy těžké a rezistentní deprese. Indikací jsou depresivní poruchy, úzkostné poruchy, posttraumatická stresová porucha, mentální bulimie a enuréza (Švestka, 2004).

Dreher (2017, 24) dodává, že „*tricyklická a tetracyklická antidepresiva si však pro použití udržují speciální místo. Prastarý amitriptylin je s oblibou využíván u lehkých a středně těžkých depresí, když je zároveň zapotřebí sedace.*“

První generace je zdraví ohrožující pro nemocné náchylné na útlum (např. hypotenze), hypertrofií prostaty, gastrointestinálními problémy, glaukomem a demencí. U starších pacientů narůstá riziko deliriózních stavů. Také je velké riziko u kardiovaskulárních chorob, kde byla prokázána větší úmrtnost pacientů léčenými I. generací oproti léčbě za pomoci SSRI (Látalová & Praško, 2011).

S první generací přichází taktéž poměrně závažné (obzvláště s porovnáním novějších generací) nežádoucí účinky. Je tomu tak primárně, protože dochází k zablokování muskarinových, histaminových H<sub>1</sub> a alfa<sub>1</sub>-adrenergických receptorů. Dalším významným rizikem je četná interakce s jinou medikací a možná intoxikace (Fišar, 2009). Běžně se jedná o psychomotorický útlum, přibírání tělesné hmotnosti, sucho v ústech, zácpa, sexuální dysfunkce. U starších pacientů dokonce i srdeční arytmie zmatenost a retenci moče. Při předávkování jsou toxičtější než SSRI (Raboch, 2012). Náhlé vysazení může zapříčinit syndrom z vysazení (Látalová & Praško, 2011).

Existuje poměrně vysoký rozsah léků a látek, při jejichž užívání je nutné vyhnout se léčbě TCA a TeCA z důvodu možné interakce. Jedná se o léky, které mají sedativní vliv na CNS, či stimulují účinek antihistaminik a anticholinergik. Kombinace s tyreoidálními

hormony sice může zvýšit účinek TCA a TeCA, ale stejně tak může zapříčinit tachykardii a srdeční arytmií. V případě užívání warfarinu zpomalují jeho rozklad v těle. V kombinaci se serotonergními preparáty může způsobit serotoninový syndrom (Švestka, 2004).

### 2.2.2 Antidepressiva II. generace

Takzvaná heterocyklická antidepressiva, zvyšující koncentraci dvou monoaminů, tedy serotoninu a noradrenalinu (Vavrušová, 2008). Antidepressivní efekt je podobný jako u první generace, avšak celkově se dostavuje méně nežádoucích účinků. Toxicita při předávkování je stále vysoká (Praško, Grambal, Látalová, & Kamarádová, 2011).

Dříve v této skupině bylo mnoho preparátů, avšak s postupem znalostí došlo k jejich přemístění. Některé nynější léky zde zůstali například jen z historického hlediska (Orel, 2016). Patří sem například maprotilin, pro jeho sedativní účinek je vhodná indikace v případě poruchy pozornosti a hyperaktivitě. Předávkování je výrazně toxické (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Dalším preparátem je viloxazin. Kromě standardní indikace se dá nasadit při mentální bulimii, narkolepsii a noční enuréze. Účinkuje a vylučuje se rychle, proto je nutné brát vícekrát denně. Zlepšuje sexuální funkce, naopak nežádoucími účinky může být nauzea, insomnie, cefalgie<sup>3</sup>, tachykardie, kolaps, tremor, kožní ekzém, přesmyk do mánie. Kontraindikace v případě pacientů s kardiovaskulárním onemocněním nebo při užívání IMAO (Švestka, 2004).

### 2.2.3 Antidepressiva III. generace

Tato generace inhibuje zpětné vychytávání pouze jednoho cíleného monoaminu, existuje tedy více podskupin, dělených dle zaměření na daný monoamin viz níže (Vavrušová, 2008):

- SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu)
- SARI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a serotoninoví antagonisté)
- NARI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu) (Švestka, 2004).

---

<sup>3</sup> Difúzní nebo lokální bolest hlavy

Jejich nespornou výhodou oproti předchozím generacím je výrazné snížení vedlejších nežádoucích účinků. Nehrozí zde tak závažné riziko při předávkování, nepůsobí sedativně a nedochází k potenci účinku alkoholu (Fišar, 2009). Společně s TCA se jedná o antidepresiva první volby, avšak oproti TCA mají nesporně méně vedlejších efektů, a proto jsou upřednostněny (Hanwella & De Silva, 2008).

## **SSRI**

Dostatečná koncentrace serotoninu (5-hydroxytryptamine nebo 5-HT) vyvolává pocity štěstí či uspokojení. Lidé jsou tedy výrazně náchylnější k rozvinutí depresivní poruchy, pokud dojde ke snížení přenosové funkce tohoto neurotransmiteru. SSRI působí cíleně pouze na tento mediátor. (Fain & Gad, 2014).

Jedná se o preparáty citalopram, escitalopram, sertralin, fluvoxamin, fluoxetin a paroxetin (Praško et al., 2011). Mají široké pole indikace od depresivních poruch, organické deprese, atypické deprese, dystymie, obsedantně-kompulzivní poruchy, epilepsii, infarktu myokardu a obecně při potřebě snížení suicidálního chování, výjimkou je fluoxetin, který jej může naopak aktivovat (Švestka, 2004). Jsou vhodnou volbou pro pacienty, u kterých hrozí spáchání sebevraždy předávkováním, neboť by bylo relativně netoxické, dalšími klady jsou minimální ovlivnění tělesné hmotnosti a jednoduchost užívání (jednou denně). Neměly by mít sedačnický ani excitační efekt, pokud se vyskytne, je vhodná úprava užití po probuzení nebo před spaním (Látalová & Praško, 2011).

Antidepresiva ze skupiny SSRI jsou jedním z nejméně rizikových antidepresiv, což je také důvodem, proč jsou často první volbou. Je běžné, že v prvních týdnech léčby se projeví napětí, neklid či gastrointestinální problémy, které avšak po delším užívání odezní. Mezi nepřehlédnutelné výhody patří téměř nulový návykový potenciál (Dreher, 2017). Pravděpodobným důvodem nízkého výskytu nežádoucích účinků je působení pouze na jeden mediátor. Přesto se mohou dle Bareše a Nováka (2008) projevit ve formě nauzey, gastrointestinálních problémů, sexuální dysfunkce, insomnie, cefalgie, agitovanosti, tenze a úzkosti. V případě dlouhodobého užívání roste šance na projevení nežádoucích účinků ve formě narušení pozornosti a spánku, sníženého libida, poruchy termální regulace, poruchy sexuální funkce, sensorických interpretací a motorických funkcí či gastrointestinální problémy (Fain & Gad, 2014). Mezi další pravděpodobné nežádoucí účinky patří dle Goodwina, Price, De Bodinata, & Lareda (2017) emoční otupělost, kdy ve svém výzkumu

zjistili, že k otupění došlo přibližně u poloviny (46 %) léčených pomocí SSRI, SNRI. Z hlediska teratogenního působení se taktéž dostavuje nízké riziko, přesto jsou dle FDA (Food and Drug Administration) řazeny do kategorie C<sup>4</sup> (Bouček & Pidrman, 2005).

Kontraindikace jsou u pacientů se sexuálními dysfunkcemi (výjimkou je předčasná ejakulace), dlouhodobou insomnií a agitovaností. Je přísný zákaz kombinace s jinými serotonergními farmaky jako jsou IMAO, SNRI, SARI, a některé TCA. Důsledkem této interakce může být serotoninový syndrom (Švestka, 2004).

### **SARI**

Jak bylo zmíněno výše, SARI mají zdvojený serotoninový účinek (kromě inhibice zpětného vychytávání serotoninu působí antagonisticky vůči receptorům 5-HT<sub>2A</sub> a 5-HT<sub>2C</sub>). Zástupci jsou trazodon a nefazodon. Kromě antidepresivního efektu, který je srovnatelný s preparáty ze skupiny SSRI, působí i anxiolyticky. Pro jejich sedativní účinek se užívají zejména na noc, tento efekt může být prospěšný pro osoby trpící insomnií, na druhou stranu se může dostavit i nežádoucí účinek, kterým je útlum během dne. Mezi další nežádoucí účinky se řadí ovlivnění srdeční činnosti, sexuální poruchy a kožní potíže (Orel, 2016; Češková, 2006).

### **NARI**

Preparátem je reboxetin. Většinou užito pro pacienty, kteří netolerují či neodpovídají na serotonergní antidepresiva. Vzhledem k aktivačním účinkům je vhodná indikace při depresivní poruše, apatii, útlumu a ztrátě motivovanosti. To zároveň vylučuje jejich použití při bipolární poruše, neboť hrozí riziko přesmyku do manické fáze, také mohou vyvolávat epileptické záchvaty (Orel, 2016; Bareš & Novák, 2008), dále je možný výskyt insomnie zvýšeného pocení, hypertenze, třes, bolesti hlavy a tachykardie (Fišar, 2009).

## **2.2.4 Antidepresiva IV. generace**

Čtvrtá generace vznikla primárně s cílem zvýšit účinek antidepresiv a zachovat minimální nežádoucí účinky (Látalová & Praško, 2011). Je charakteristická zaměřením se na dva neurotransmiterové systémy ovlivňující vznik deprese. Pro jejich rozsah účinku jsou nazývány duálními antidepresivy.

---

<sup>4</sup> Studie na zvířatech prokázaly nepříznivý účinek na plod, avšak neexistují záznamy na lidských plodech. Díky potenciálnímu přínosu léku je oprávněné jej užít i přes možné riziko.

Dělí se na dvě skupiny, dle působení na rozdílné monoaminy (Dreher, 2017):

- SNRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu)
- NaSSA (noradrenergní a specifická serotoninergní antidepresiva)
- DNRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání dopaminu a noradrenalinu)

Mezi hlavní výhody patří rychlý nástup účinku, vysoká úspěšnost a snášenlivost z hlediska odpovědi na léčbu a udržovací terapii. Umožňují léčit jak depresivní, tak atypicky depresivní, včetně somaticky komorbidních pacientů (Látalová & Pidrman, 2004).

### **SNRI**

Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu. Patří sem venlafaxin, duloxetin. Díky působení na noradrenalin dochází k povzbuzivému efektu tzv. stimulační antidepresiva, a proto jsou vhodné pro pacienty vykazující nízkou aktivitu. (Dreher, 2017). Jsou účinné při léčbě nebo tlumení bolesti (Maršálek, 2007) s tím souhlasí i (Bareš, 2014) a dodává, že z hlediska teratogenního potenciálu nebyly prokázány závažné defekty, avšak k tomuto tématu je stále nedostatek výzkumů. FDA je zařadil do třídy C. Nabuzení se ovšem může odrazit i v negativních efektech, dochází tedy k nespavosti, agitovanosti, třesu, podnícení epileptických záchvatů a může dokonce podněcovat sebevražedné jednání (Orel, 2016).

### **NaSSA**

Noradrenergní a specificky serotoninergní antidepresiva, důsledkem jejich užití je potence sexuality, spánku a chuti k jídlu. Nemělo by docházet ke vzniku nauzey a problémy GIT. Má sedativní účinky, může zvýšit hladinu cholesterolu. Zástupcem je Mirtazapin s indikací u pacientů s agitovanou depresí, závažnými úzkostnými komorbiditami, poruchami spánku a anorexií. Kontraindikací jsou IMAO, mezi nežádoucí účinky patří parestezie, tlak v hlavě a nespavost, přičemž výskyt je minimální (Pactl, 2012; Bouček & Pidrman, 2005).

### **NDRI**

Inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu. Patří sem Bupropion. Indikace u depresivní epizody, sezónní afektivní poruchy, navíc snižuje touhu po tabáku, tedy vhodné při odvykání od závislostí. Pozitivně ovlivňuje sexuální funkce. Nežádoucími účinky jsou, agitovanost, tenze, úzkost, cefalgie, tremor, provokace záchvatu. Vyvolává

anorexii, možný úbytek tělesné hmotnosti, tachykardii, závratě, nauzeu. Kontraindikace při epilepsii, antipsychotických léčích nebo léčbě pomocí ECT. Dále u osob trpících insomnií a poruchami příjmu (Paclt, 2012; Látalová & Pidrman, 2004).

### **2.2.5 Jiná antidepresiva**

Existují další preparáty v s antidepresivním účinkem, které nepatří do žádné generace, ale působí na monoaminy. Bude uveden jejich stručný popis. Tianeptin, který ovlivňuje produkci serotoninu, ale funguje na opačném principu, stimuluje jeho zpětné vychytávání. Přesto se prokázal jako účinný při léčbě deprese. Další je výtažek z třezalky tečkované, který pravděpodobně působí na všechny tři systémy monoaminů. Účinek se zdá být poněkud slabší, v případě těžké deprese jde o nevhodnou volbu léčby bez účinku (Praško et al., 2011).

## **2.3 Inhibitory monoaminoxidázy (IMAO)**

Funkcí této skupiny antidepresiv je blokáce enzymu monoaminoxidázy, kterou tak brání v rozkladu monoaminů (serotonin, noradrenalin, dopamin) a tedy zvyšují jejich koncentraci. Dělíme je na 2. generace:

- 1. generace: která působí neselektivně a ireverzibilně na oba enzymy MAO-A i MAO-B
- 2. generace: působí buď selektivně na MAO-A (moklobemid) a jsou reverzibilní (RIMA) nebo ireverzibilní MAO-B (selegilin) (Plevová & Boleloucký, 2000).

Užití se liší v závislosti na cíli léčby. Inhibitor MAO-A pro depresivní poruchy, úzkostné poruchy, panické poruchy, posttraumatickou stresovou poruchu. Inhibitor MAO-B pro Parkinsonovu, Alzheimerovu chorobu a depresi. Z hlediska zaléčení deprese se využívají primárně RIMA, a to většinou pouze u slabé, atypické, inhibované či na jinou generaci antidepresiv resistantní (Švestka, 2004). V případě TRD (treatment-resistant depression) mají vyšší účinnost IMAO než TCA. Tato výhoda IMAO je limitována nízkým počtem předchozích pokusů o léčbu, s narůstajícími pokusy klesá (Thomas, Colin, & Jay, 2019) První generace IMAO se pro nežádoucí účinky celosvětově užívá minimálně (Orel, 2016).

Pro první generaci bylo zjištěno, že každý třetí uživatel trpí posturální hypertenzí. Přibližně u 10 % léčených se objevila i insomnie, neklid, cefalgie a sexuální poruchy. Občas se projevují anticholinergní příznaky (sucho v ústech). Zároveň je nutné kontrolovat množství tyraminu v přijímané potravě (pivo, salámy, jogurty, banány) a léky zvyšující koncentraci noradrenalinu. Při zanedbání může dojít k hypertenzní krizi (Švestka, 2004). U druhé generace reverzibilního inhibitoru MAO-A (moklobemid) jsou nežádoucí účinky výrazně nižší, přesto je přísná kontraindikace se serotonergními antidepresivy, aby se zamezilo vzniku serotoninového syndromu (Paclt, 2012).

Nesmí dojít k současnému užívání s TCA, TeCA, SSRI, SNRI a novějšími antidepresivy, stejně tak psychostimulancií a opiáty. V případě kombinace s noradronergními léky hrozí hypertenzní krize. V interakci se serotonergními léky vzniká riziko serotoninového syndromu. IMAO potencují účinek hypotenziv, antidiabetik, látek tlumící CNS a alkoholu (Bouček & Pidrman, 2005).

## **2.4 Možné rizika při užívání antidepresiv**

Kromě samotných nežádoucích účinků antidepresiv, které mohou uživatele natolik obtěžovat nebo omezovat, že v jejich důsledku dojde ke kompletnímu vysazení léčby (Češková & Horská, 2019). Mohou se projevit i další efekty. Většinou se ale jedná o důsledek z nedbalosti či odmítání užívání. Důsledky však mohou být fatální.

### **Serotoninový syndrom**

Dochází k němu při extrémním zvýšení hladiny koncentrace serotoninu, proto je některými odborníky nazýván spíše „serotoninovou toxicitou“. Většinou způsoben kombinací serotonergního účinku SSRI, IMAO nebo serotonergními TCA. Mimo antidepresiva může vznikat z interakce s určitými opioidy, antimegreniky, amfetaminovými deriváty. Mezi psychické příznaky se řadí anxiety, delirium, halucinace, agitovanost. Kvůli zvýšené vegetativní činnosti mohou být mezi příznaky břišní křeče, gastrointestinální problémy, pocení, hypertermie. Díky zvýšení neuromuskulární dráždivosti může dojít ke svalové rigiditě, zvýšení reflexivních pohybů a třesu. V těžkém případě jde o život ohrožující stav. Léčba je v závislosti závažnosti situace, buď stačí pouhé vysazení serotonergní medikace nebo akutní užívání antagonistů serotoninových receptorů (stimulátory zpětného vychytávání serotoninu) jako je cyproheptadin (Prokeš & Suchopár, 2019; Paclt, 2012).



## **Syndrom z odnětí/vysazení**

Jedná se o stav, který se dostaví u osob, u kterých dojde k náhlému vysazení antidepresiv po jejich užívání alespoň po dobu jednoho měsíce. Symptomy se projeví s latencí 2 až 4 dnů od vysazení. Projevují se v oblasti smyslové, somatické a kognitivně-emocionální, přesněji:

- Světelné záblesky
- Pocit „elektrických šoků“
- Nauzea a hypersenzitivita vůči světlu a zvuku
- Pocity ohrožení a úzkost
- Poruchy spánku a koncentrace
- Psychomotorický neklid
- Iritabilita (Raboch, et al., 2015; Vavrušová, 2008).

Možnost výskytu byla prokázána u TCA (imipramin, amitryptilin), SSRI (fluoxetin, paroxetin) a IMAO (fenelzin, selegilin). Pravděpodobnost projevení syndromu z vysazení je odvozen od užívané dávky,  $C_{max}^5$  a rychlostí vysazení. Zklidnění je možné zpětným nasazením léku či jiného preparátu fungujícím na podobném principu (Raboch et al., 2015).

Důvody předčasného vysazení antidepresiv můžeme dle (Kosové, 2004) dělit do tří kategorií. Jedná se o podíl lékaře (nedostatečná edukace pacienta), podíl pacienta (názor na léčbu a motivace) a poslední je podíl medikace (nežádoucí účinky), celá tabulka je v příloze č.5.

## **Nežádoucí účinky kvůli augmentaci**

Dle Češkové a Horské (2019) se při monoterapii antidepresivem zřídka dostaví znatelná změna tělesné hmotnosti. Při augmentaci atypickými antipsychotiky dochází průměrně k nárůstu tělesné hmotnosti o 4,2 kilogramu, zatímco při monoterapii antipsychotiky je nárůst hmotnosti v průměru nižší, konkrétně 1,9 kilogramu.

---

<sup>5</sup> maximální koncentrace léčiva v krvi

# 3 ASPEKTY UŽÍVÁNÍ ANTIDEPRESIV

## 3.1 Psychosociální vliv na účinek antidepresiv

### Farmakopsychologie

Zjednodušeně se jedná o obor zkoumající vztah pacienta k farmakoterapii. V případě, že někdo začne užívat nějaké léky, je pravděpodobné, že o jeho účincích (ať už kladných či záporných) bude mluvit se svým okolím. Tímto způsobem se buduje jakási pověst léku, která může být buď pravdivá nebo naprosto mylná. Mnozí si však neuvědomují, že způsob, jakým farmaka reagovala s danou osobou, se může diametrálně lišit v případě jiného člověka. Avšak nejedná se pouze o pacienta, zahrnujeme sem i postoj lékaře, dělíme je na:

- Vyvážený postoj – uznává farmaka jako účinnou léčbu, nezavrhuje ostatní druhy léčby, případně je kombinuje. Jejich a užívání volí racionálně.
- Farmakofilní postoj – zaujímají nekriticky důvěryhodný postoj k farmakám. Nespokojenost v případě nepředepsání/neobdržení léku.
- Farmakofobní postoj – obavy až odmítnutí léčby, lpí na nežádoucích účincích.

Placebo efekt kromě svojí role v léčbě může sloužit jako ideální prvek k rozeznání pacientova postoje k farmakoterapii (Orel, 2016).

### Kompliance

Charakterizuje pacientův postoj k léčbě. Může se projevit například v oblastech celkové léčby, konkrétně psychofarmak, osoby lékaře nebo psychoterapeuta. V závislosti na tom, jaké stanovisko jedinec zastává bude léčba ovlivněna pozitivně či negativně. V rámci psychofarmak se dá postoj poměrně jednoduše zjistit pomocí placeba (Baštecká & Mach, 2015). Pacientův vztah k léku může být ovlivněný komplexně postojem k farmakům, jeho předešlou zkušeností s konkrétním preparátem nebo také postojem osob v jeho okolí viz farmakopsychologie. Je samozřejmě správné nahlížet na předchozí účinnost, avšak bude-li pacient mít k léku odpor, vzniká tu riziko, že je pravděpodobně nebude užívat. Také je vhodné brát v potaz rodinnou anamnézu, reaktivita je více méně dědičná (Češková, 2008). Mezi nejčastější příčiny nelepšení se duševního stavu patří neuposlechnutí lékaře. Přibližně

20–30 % pacientů léčených pro depresi medikaci neužívá. Už jenom z tohoto důvodu je potřeba budovat kvalitní vztah s pacientem, přesvědčit ho o přínosech správné léčby. Doporučuje se také spolupracovat v tomto směru s jeho rodinou (Raboch, 2012).

I v případě, že se měl nemocný k léčbě od počátku pozitivní přístup. Může se stát, že při dlouhodobé léčbě, většinou ve formě profylaxe, dochází k sexuálním dysfunkcím, příbytku tělesné hmotnosti a útlumu. Dochází k pocitům, že už farmaka berou zbytečně a začnou je odmítat (Bouček & Pidrman, 2005).

Ukázalo se, že fyzická aktivita do jisté míry může ovlivnit průběh léčby deprese. Hallgren a kol. ve tří měsíční prospektivní studii pacientům trpících lehkou až středně těžkou depresí, přidali k jejich běžné léčbě navíc fyzické cvičení a kognitivně behaviorální terapii. Výsledky ukázaly, že pacienti pravidelně vykonávající vysokou fyzickou aktivitu mají lepší výsledky v na depresi zaměřené KBT, než pacienti s nižší až průměrnou fyzickou aktivitou (Hallgren et al., 2016). Ale pro obecné prohlášení, zda fyzická aktivita navozuje nebo snižuje závažnost deprese v souladu s primární léčbou se domníváme, že jsou nutné provést další studie a klinická šetření (Yun et al, 2020).

Sociální opory se nám může dostávat poskytnutím nebo výměnou emočních, informačních či materiálních zdrojů. Ve skutečnosti však záleží na tom, zda osoba vnímá reálnou dostupnost podpory, v takovém případě je přesvědčená, že když se něco v jeho životě pokazí, blízcí mu přijdou na pomoc, dochází tedy ke zvýšení vlastní hodnoty (Baštecká, Mach, 2015). Z hlediska působení nemocného na okolí zde hrají velkou roli zrcadlové neurony, díky jejich aktivaci je přenášeno negativní naladění na všechny přítomné osoby, zejména na nejbližší osoby bude přenos nejsilnější (Orel, 2016). Velmi často dochází k nedorozumění i u lidí, kteří netuší, že je daný člověk nemocný a může působit například nepřiměřeně lhostejně. Ještě horším případem je, když trpící jedinec nemá podporující a chápající rodinné zázemí. V takovém případě může docházet k časté akuzaci nemocného z lenosti, přehnaného stěžování a lhostejnosti. Ošemetným tématem také bývá možnost, že byl spouštěčem deprese někdo či něco z rodiny (Vágnerová, 2014).

## **3.2 Aktuální výzkumy na podobnou problematiku**

Ve studii, kterou provedli Jha et al., (2016) šlo o zmapování změn kvality života popisované respondenty užívající antidepresiva. Zkoumali, zda je počáteční změna odvislá od tíže deprese a zda nějakým způsobem ovlivňuje úspěšnost remise. Do studie bylo

zahrnuto 665 osob. Na měření závažností depresivních symptomů užíli QIDS-SROV. Pro hodnocení kvality života použili inventář na měření kvality života (QOLI), který vychází z hodnocení spokojenosti v 16 oblastech života (zdraví, sebevědomí, cíle a hodnoty, finance, práce, zábava, učení, kreativita, láska, přátelé, děti, pomáhání, příbuzní, domov, okolí a společenství). Doba určená pro možnou pozorovanou změnu v kvalitě života byla nastavena na 4 týdny od začátku léčby. Výsledky ukázaly, že ke zlepšení kvality života dochází již na začátku léčby, bez ohledu na formu deprese. Zároveň, že normalizace kvality života podle QOLI během 4 týdnů léčby vede k výrazně lepším klinickým výsledkům po dobu dalších 7 měsíců.

V rámci studie, kterou provedli Sheehan, Nakagome, Asami, Pappadopulos, & Boucher (2017), byla zkoumána problematika depresivně nemocného (konkrétně trpících MDD) a narušení jeho celkové funkční schopnosti s dopadem na ekonomickou zátěž. Pracuje s předpokladem, že odpověď na léčbu se hodnotí dle dostaveného zlepšení depresivních symptomů, avšak funkční zlepšení se dostavuje později. Bylo zjištěno, že důsledkem užíváním antidepresiv obecně docházelo k souběžnému zlepšení depresivních symptomů a celkové funkční schopnosti. U pacientů s rychlou reakcí na léčbu, tedy během 2 týdnů, se předpokládala vyšší šance na zlepšení celkové funkčnosti než u pacientů s pozdní odpovědí. Avšak u mnoha pacientů, zejména s částečnou odpovědí na léčbu antidepresivy, přetrvávala funkční poškození.

Studie Karyotaki et al., (2016) se snažila o porovnání efektivity různých přístupů v dlouhodobé léčbě dospělých osob trpících MDD. Srovnávanými léčbami byly samostatná farmakoterapie, samostatná psychoterapie oproti kombinaci farmakoterapie s psychoterapií. Bylo vybráno a následně analyzováno 23 randomizovaných kontrolovaných studií, které zahrnovaly 2184 osob vyhovujících kritériím. Specificky 15 studií zaměřených na akutní fázi léčby a 8 studií zaměřených na profylaktickou fázi léčby. Ve výsledku skórovala jak v rámci akutní, tak profylaktické léčby nejlépe kombinace terapií. Farmakoterapie využívala těchto antidepresiv: amitriptylin, fluoxetin, fluvoxamin, imipramin, nortriptylin a sertralin. Z terapeutických přístupů byla nejčastěji použita KBT, dále interpersonální psychoterapie, psychodynamická terapie, terapie zaměřená na řešení a trénink sociálních dovedností. Limity této studie jsou neznalost rozdílů mezi výsledky konkrétních psychoterapeutických přístupů, a proto výsledky studie nelze zobecnit na veškeré druhy psychoterapie. Taktéž nebylo možné rozeznat závažnosti MDD, neboť je již samotné studie nespecifikovaly.

Výsledky efektivity kombinace terapií oproti farmakoterapii mohly být nadhodnoceny publikační předpojatostí.

Další výzkum provedli Goodwin, et al., (2017). Jednalo se o studii zkoumající roli antidepresiv v přítomnosti emočního otupění jejich uživatelů. Data byla sebrána formou internetového dotazníku u osob léčených antidepresivy skupiny SSRI nebo SNRI, podmínkou byla monofarmakoterapie. Celkem bylo do studie zahrnuto 669 osob trpících depresí a 150 osob již z deprese vyléčených, všichni respondenti byli plnoletí. V rámci studie byl použit OQESA a HAD-D. Výsledky ukázaly, že 46 % respondentů, přičemž častěji muži než ženy (52 %, 44 %), prožilo emocionální otupění. Aktuální uživatelé antidepresiv skórovali výše v rámci OQESA než již vyléčení respondenti ( $42.83 \pm 14.73$  oproti  $25.73 \pm 15.00$ ,  $p < 0.0001$ ). Respondenti skórující v HAD-D  $>7$  ( $n=170$ ) průměrně skórovali v OQESA výše ( $49.23 \pm 12.03$ ), zatímco respondenti skórující v HAD-D  $\leq 7$  ( $n=140$ ), dosahovali v OQESA nižšího skóre ( $35.07 \pm 13.98$ ). Korelace mezi HAD-D a OQESA skórem byla ( $r=0.521$ ). Respondenti, kteří již nejsou v léčbě ( $n=150$ ) skórovali v OQESA ( $25.73 \pm 15.00$ ), tedy průměrně výrazně níže než respondenti skórující v HAD-D  $\leq 7$ . Emocionální otupění se prokázalo jako nežádoucí účinek antidepresiv, přesto existuje určitá provázanost s depresivními symptomy. Nejnižší frekvence efektu byla u bupropionu, ostatní preparáty měly podobnou četnost výskytu. Taktéž z výsledků vyvodili, že vysoká úroveň emočního otupění je asociovaná s negativním náhledem (37 %) na stav a celkovou léčbu. Zatímco slabé otupění vnímají někteří (38 %) depresivní pacienti jako zvladatelné či přínosné. Limity studie jsou povaha internetové studie, takže podléhá možnosti zfalšování či zkreslení dat respondentem, kdy v rámci klinického vyšetření by byl výsledek přesnější. Zároveň je pravděpodobné minimální zastoupení výzkumného souboru staršími respondenty. K rozpoznání rozdílů mezi jednotlivými skupinami a preparáty by byl zapotřebí větší výzkumný soubor.

### **3.3 Kvalita života**

Když se řekne kvalita života, všem se více méně vybaví jednoduchý model. Čím je osoba ve svém životě spokojenější, tím kvalitnější a lepší život prožívá. Avšak při hlubším zamyšlení dochází k tomu, že pro někoho jde o uspořádání hodnot. Pro někoho je kvalitním životem spokojenost například v materiální, zdravotní, psychické, sociální sféře. Pro jiné jím může být pouze některá ze zmíněných oblastí. Obecně se dochází ke shodě, že by mohla stavět na třech fenoménech, kterými jsou fyzické prožívání, psychická pohoda a sociální

postavení jedince a jeho vztahy k druhým lidem (Křížová, 2005). Kvalitu života Dušek & Večeřová-Procházková (2015, 349) definují jako: „*míru spokojenosti s možnostmi, které jsou pro život člověka relevantní.*“

Z hlediska měření kvality života jde opět o rozporuplné téma. Pravděpodobně asi neexistuje ideální způsob, jak spolehlivě změřit něčí kvalitu života. Přesto existují inventáře, které se o to pokouší, například QOLI využitý ve výzkumu, který provedli Jha et al., (2016).

# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

V teoretické části došlo k přiblížení základních informací o depresivním onemocnění, jeho příčinách, příznacích, diagnostice, teoriích vzniku a způsobech léčby. V další kapitole došlo k uvedení antidepresiv, jejich primárního účelu a dělení. Přičemž byly některé skupiny a druhy rozebrány více dopodrobna, za účelem nastínění jejich indikace, efektu, případných nežádoucích účinků a interakcí. Také došlo k přiblížení mechanismu účinku antidepresiv a standardnímu průběhu jejich léčby. Nakonec byly zmíněny aktuální výzkumy zabývající se dopadem účinku antidepresiv a krátké pojednání o kvalitě života.

V rámci vymezení výzkumného problému práce by mělo dojít k vytyčení hranic zkoumané problematiky. V tomto případě se jedná o předpoklad, že u léčby antidepresivy, jakožto cíleně nasazené medikace na specifický problém, se primárně očekává pozitivní odezva. Přesto může dojít k výskytu nežádoucích účinků léků nebo špatné odpovědi léčených. V závislosti na závažnosti onemocnění, průběhu léčby a prostředí, ve kterém se léčený nachází může docházet ke změnám v sociální, intrapersonální nebo pracovní sféře. Taktéž je důležité brát v potaz postoj k užívaným lékům a léčenému onemocnění. Ať už jde o úspěšnou, či neúspěšnou léčbu, předpokládám, že s sebou vždycky ponese nějaký dopad na život léčeného.

### 4.1 Výzkumné cíle

Hlavním cílem mé práce tedy bylo **prozkoumat a popsat, v jakých oblastech a jakým způsobem ovlivnilo užívání antidepresiv kvalitu života** jejich uživatelů. Jelikož se jedná o antidepresiva, předpokládal jsem, že se bude jednat primárně o osoby léčené s depresivní poruchou, avšak díky širokému spektru užití antidepresiv jsem počítal i s ostatními možnými indikacemi či komorbiditami rozepsanými v teoretické části.

### 4.2 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky mají sloužit k identifikaci a vymezení zkoumaného problému, co spadá do našeho zájmu a odkud už je pro nás téma nepodstatné. Nejprve mají otázky běžně širší záběr, až v průběhu výzkumu se za pomoci lepšího porozumění specifikují potřebným směrem (Řiháček, Čermák, & Hytych, 2013). Dle cílů práce jsem se rozhodl pro stanovení



těchto hlavních a dílčích výzkumných otázek, přičemž účelem dílčích otázek je komplexnější porozumění problematiky a obohacení hlavních otázek.

Hlavní výzkumné otázky:

1. *Jaké jsou pozitivní dopady léčby antidepresivy na kvalitu života?*
2. *Jaké jsou negativní dopady léčby antidepresivy na kvalitu života?*

Dílčí výzkumné otázky:

3. *Došlo ke změně vztahu ostatních lidí k vám kvůli léčbě?*
4. *Došlo ke změně postoje k antidepresivům od začátku léčby?*
5. *Došlo díky léčbě ke změně pohledu na sebe samotného?*
6. *Jaký dopad mělo případné předčasné vysazení léku?*
7. *Jaký je aktuální názor na kvalitu léčby?*

# 5 METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU

Pro studii jsem zvolil kvalitativní design, který umožňuje co nejdůtelnější rozebrání a prozkoumání dané problematiky u konkrétního výzkumného souboru. Především jsem se soustředil na podrobnou exploraci a deskripci změn, které léčba přinesla v různých oblastech života, taktěž jakým způsobem jsou vnímány. Tohoto výsledku jsem chtěl docílit za pomoci rozložení informací na jednotlivé fragmenty, kterým jsem později přiřadil názvy. Snahou taktěž bylo najít určité podobnosti či vztahy mezi jednotlivými jevy, subkategoriemi a kategoriemi, která by vedla k určitému závěru. Z povahy kvalitativního výzkumu plyne, že jde obtížně replikovat a zobecnění výsledků na širší populaci je taktěž nepravděpodobné (Hendl, 2016).

## 5.1 Typ výzkumu

V rámci kvalitativního výzkumu máme dnes již poměrně širokou paletu uznávaných přístupů. Pro rozmanitost odpovědí a co nejpřesnější přiblížení zkušenosti každého respondenta byla pro tuto studii zvolena případová studie, která je typicky založena na práci s velkým obsahem dat u malého počtu případů, kterými jsou v tomto případě respondenti. Funguje na principu důkladného zkoumání jednotlivých případů, které se snaží co nejvíce komplexně, ale zároveň podrobně uchopit a přiblížit. Taktěž umožňuje porovnání již objevených celků a souvislostí napříč případy (Hendl, 2016).

## 5.2 Metody získávání dat

### 5.2.1 Interview

Jako metodu sběru dat jsem použil interview, které se řadí mezi nejvíce náročné, ale zároveň, pokud je provedeno správně, efektivní metody získávání dat. Můžeme jej definovat jako moderovaný rozhovor, s jednou až třemi osobami, prováděný za určitým cílem. Významnou roli v interview tvoří pozorování, bez kterého jej nelze provádět. Pokud je provedeno kvalitně, může být zdrojem dodatečných informací. (Miovský, 2006).

Konkrétně bylo použito polostrukturované interview pro jeho vlastnosti a vhodnost pro tento výzkum. Výhodou je možnost předem stanoveného hrubého jádra rozhovoru, což zajistí konzistentnost zkoumané oblasti a umožní mírnou profilaci rozhovoru. Zároveň oproti čistě strukturovanému interview dává respondentům prostor pro vlastní rozsah a barvitost odpovědi a stejně tak řeší nedostatky nestrukturovaného interview. Nevýhodou bývá náročnější technická příprava. Během interview je vhodné klást doplňující otázky, za účelem rozpracování tématu do hloubky a získání maxima informací. (Ferjenčík & Bakalář, 2010; Miovský, 2006).

V rámci výzkumu bylo využito i pilotní studie, abych se ujistil, zda mám vhodně zvolené tematické a doplňující otázky a jestli jsou adekvátně obsáhlé. Taktéž, abych si udělal představu o délce interview. Výsledky pilotní studie byly v oblasti otázek na první pohled mírně nevalné, neboť jsem ve struktuře měl příliš mnoho otázek a některé z nich byly příliš profilované jedním směrem. Když tedy pilotní respondent odpověděl na danou otázku (např. výskyt určitého fenoménu) negativně, došlo k automatickému vyřazení několika dalších otázek situovaných na hlubší prozkoumání stejné problematiky. Přesto, že by se mohlo na první pohled zdát, že šlo o neúspěch, opak byl pravdou. Ve skutečnosti pilotní rozhovor splnil svůj účel a došlo k odhalení nefunkční stránky rozhovoru, což vedlo k prostoru pro zlepšení a následným úpravám. Některé prvotní otázky, které jsem otestoval pomocí pilotní studie, se lišily od finálně použitých. Odpovědi z pilotní studie tedy nemohly být zařazeny do výzkumu.

Mé interview se skládalo ze 17 otázek, rámcově rozdělených do tří částí. Pro námět na tvorbu otázek jsem se částečně inspiroval oblastmi v inventáři QOLI, který užíli ve svém výzkumu Jha et al., (2016). V první jsem mapoval základní informace o respondentovi. V druhé jsem se zaměřil na respondentův každodenní život a onemocnění a ve třetí jsem se soustředil na léčbu, jakým způsobem respondentovi ovlivnila život a jak je s ní spokojen. Ne vždy bylo možné se držet přesného pořadí otázek, abych dosáhl co nejvyšší výtěžnosti dat (Miovský, 2006). Taktéž například z důvodu délky léčby nebyli někteří respondenti schopni přesně zhodnotit situaci před léčbou. Seznam otázek interview se nachází v příloze č.6.

## **5.2.2 Sběr dat**

Pro oslovení a případný zisk respondentů jsem se nejdříve zaměřil na zdravotnické instituce (psychiatrické nemocnice), kde jsem neuspěl buď kvůli nezájmu o spolupráci, nebo kvůli přísné ochraně osobních údajů pacientů. Také jsem se rozhodl pro oslovení skrze

sociální síť, na které jsem vypsal základní informace o výzkumu, včetně požadavků na respondenty, s tím, že mě případní zájemci mohli kontaktovat skrze soukromé zprávy nebo email ohledně další domluvy. V průběhu jsem kontaktoval i kritériím vyhovující známé, kteří případně předali informaci dalším osobám, tedy došlo zároveň k použití metody sněhové koule.

Za každým respondentem jsem dorazil osobně, na předem domluvené místo. Byly využity klidné a příjemné lokace jako kavárny a byty. Avšak kvůli individuálnímu dojíždění a z toho plynoucí rozdílnosti lokací a prostředí nemohla být dodržena přesná standardizace podmínek. Pro sběr dat jsem použil již zmíněný polostrukturovaný rozhovor s audio záznamem na diktafon a mobilní telefon, z důvodu zachycení veškerého obsahu a pozdějšího zpracování dat. Zároveň mi technika umožnila být „přítomný“ v aktuální situaci, ve které jsme se s respondentem nacházeli. Otázky jsem měl vytisknuté pro lepší orientaci a plynulost rozhovoru, a také abych si v případě potřeby mohl zapisovat poznámky. Interview bylo provedeno celkem s 8 respondenty, přičemž ve výzkumu byla nakonec použita data pouze ze 7 interview, více viz výzkumný soubor. Nejkratší interview trvalo jednu hodinu a dvě minuty, nejdelší interview trvalo dvě hodiny a padesát minut. Ukázka z interview v příloze č.7.

### **5.3 Metody zpracování a analýzy dat**

Na zpracování byla k dispozici data ze 7 rozhovorů fixovaných ve formě audio nahrávek. Prvním krokem tedy byl podrobný poslech a doslovná transkripce. Ve výsledku přepis dat z jednoho rozhovoru průměrně trval pět hodin a třicet minut. Později následoval druhý poslech, který sloužil jak k ověření přesnosti již přepsaných informací, tak k zamezení úniku nezachycených informací. Druhým krokem zpracování byla tzv. redukce prvního řádu, respektive vynechání tzv. slovní vaty, za jejíž pomoci docílíme zpřehlednění doslovného přepisu. Jde o klíčovou operaci, díky které text nabývá plynulejší formy, čímž je usnadněno jeho samotné pročitání, tak budoucí práce s textem (Miovský, 2006).

Finálním krokem zpracování dat bylo kódování. Provedeno primárně metodou tužka-papír viz příloha č.8, avšak již po projití druhého rozhovoru bylo pro lepší orientaci shledáno jako efektivním využít i programu na kvalitativní analýzu dat Atlas.ti viz příloha č.9. Nejdříve bylo cílem projít všechna data v jednom rozhovoru a rozdělit jeho části na dílčí skupiny a přidělit adekvátní kódy (názvy) pro vybrané fenomény. Zprvu byly veškeré informace co nejvíce fragmentovány a kódování probíhalo velmi pestře. Primárním účelem

v této fázi bylo vytvoření co nejpřesnějších kódů, aby došlo k vystižení respondentovi zkušenosti a nedošlo k nechtěné nebo předčasné redukci obsahu. S každým přibývajícím rozhovorem vznikalo více specifických kódů. Tento přístup byl důsledkem vzniku jejich počtu přesahující 1300 kódů, pozdější redukcí byl počet snížen přibližně na 750 kódů. V programu Atlas.ti byly následně vytvořeny vyvstávající kategorie a vztahy. Později byla použita metoda tužka-papír, tentokrát k vytváření schémat, umožňující celkovou lepší orientaci a uchopení tématu.

Z hlediska analýzy dat byla zvolena interpretativní fenomenologická analýza (dále jen IPA). To z důvodu rozsahu odpovědí a za účelem dosažení co nejpodrobnějšího popisu individuální zkušenosti každého respondenta. Analýza se doporučuje začínat vždy u jednoho rozhovoru, aby se zapříčinilo častému ovlivnění dalších případů předchozími. Taktéž v rámci interpretace do IPA zasahuje i subjektivita výkladu výzkumníkem a jeho zkušenost s problematikou (Řiháček et al., 2013).

## **5.4 Etické aspekty výzkumu**

V rámci etického hlediska byly všichni respondenti obeznámeni se základními aspekty týkající se výzkumu. Do studie se přihlásili dobrovolně a souhlasili s budoucím zpracováním dat.

V případě kontaktu přes sociální sítě jsem do informační zprávy o studii zdůraznil, že veškerá data budou přísně anonymizována a budu s nimi pracovat pouze já osobně. Potenciální respondenti mě v případě zájmu, měli možnost kontaktovali skrze soukromé zprávy nebo na cíleně vytvořenou emailovou adresu, aby byla dodržena ochrana soukromí.

Před začátkem rozhovoru jsem znovu respondentům oznámil, že budu pořizovat audio záznam našeho rozhovoru, včetně důvodu záznamu a zda s nahráváním souhlasí. Všichni souhlasili. Taktéž jsem zdůraznil, že data uvedená ve finální práci budou anonymizována dle potřeby, aby nedošlo k identifikaci osob. Stejně tak i v průběhu tvorby práce nebudou data přístupna jiným osobám. Data byla po rozhovoru nahrána do zaheslovaného počítače. Nebyla nikde ponechána volně nebo v zařízeních neschopných zabezpečení.

# 6 VÝZKUMNÝ SOUBOR

## 6.1 Výběr výzkumného souboru

Pod termínem výzkumný vzorek si představme objekt našeho zkoumání, tedy v našem případě veškeré osoby zahrnuté v tomto výzkumu (Ferjenčík & Bakalář, 2010). Pro výběr výzkumného souboru byl použit záměrný (účelový) výběr, dle kterého vyhledáváme respondenty cíleně podle stanovených vlastností (Miovský, 2006), zároveň tento výběr vede ke zvýšení homogenity. Pro výzkumný soubor studie byla stanovena **dvě kritéria**, jimiž jsou:

1. Respondent musí aktuálně užívat antidepresiva
2. Respondent musí užívat antidepresiva alespoň dva měsíce

Důvodem prvního kritéria byla logicky jak samotná podstata zkušenosti s antidepresivou, tak primárně aktuální zkušenost a její nezkreslené vnímání například uplynulou dobou od ukončení léčby. Druhé kritérium bylo vytvořeno na základě znalosti opožděného nástupu účinku antidepresiv, jak je uvedeno v teoretické části. Navíc byla přidána i dostatečná časová rezerva. Z hlediska věku nebyly při tvorbě výzkumném souboru stanoveny limity, neboť výsledkem studie není snaha o zobecnění výsledků na širší populaci. Stejně tak nebyl výběr zaměřený na vyvážené zastoupení pohlaví respondentů v souboru.

Jelikož jde o kvalitativní výzkum, byl předpokládán rozsah výzkumného souboru 5-10 respondentů. Spodní a horní hranici zmíněného rozsahu jsem zvolil na základě úsudku odhadu možné přístupnosti k cílové skupině a z „realistického“ hlediska kapacitních schopností v oblasti zpracování a vyhodnocení dat.

Jak již bylo zmíněno výše, v kapitole o sběru dat, celkový počet osob, se kterými bylo uskutečněno interview bylo 8. Bohužel bylo později zjištěno, že jeden respondent nevyhovoval jednomu ze stanovených kritérií, a proto musel být následně ze souboru, včetně sebraných dat, vyřazen. Finální výzkumný soubor tedy tvořilo 7 osob, konkrétně 5 žen a 2 muži. Respondenti se pohybovali ve věku od 20 do 23 let, průměrný věk tedy byl 21,6 let. Základní informace o respondentech jsou uvedeny v tabulce č.1

Tabulka č.1: Základní informace o výzkumného souboru

Jméno	Věk	Aktuálně užívaná antidepresiva	Denní doba užití	Délka léčby	Jiná užívaná farmaka
Cecílie	22	Sertralin 50mg	0-0-1	4,5 roku	Vitamín B12
Iva	21	Citalopram 20mg	1-0-0	3 měsíce	Alprazolam 0,25mg
Blanka	20	Escitalopram 10mg, Agomelatin 25mg, Mirtazapin 30mg	1-0-0, 0-0-1, 0-0-1	6 let	žádné
Marcel	23	Escitalopram 10mg, Trazodon 50mg	2-0-0, 0-0-2	2,5 roku	Gabapentin 300mg, Prometazin, kortikoidy
Nela	22	Sertralin 100mg	0-0-1	2 roky	Lamotrigin
Lukáš	21	Escitalopram 20mg	0-0-1	4 roky	Alprazolam
Markéta	22	Trazodon 150mg, Vortioxetin 10mg, Amisulprid 50mg	0-0-1, 1-0-0, 1-0-0	2 roky	Asduter

## 7 VÝSLEDKY

V této kapitole budou postupně prezentovány výsledky z každé případové studie. Nejdříve budou uvedeny základní informace, aby došlo k rychlému nastínění respondentovy minulosti v rámci důvodu užívání léků. Taktéž jsem se ptal na iniciátora léčby, neboť se domnívám, že ovlivní prvotní postoj k antidepressivům. Finálně bude nastíněna životospráva respondenta před léčbou. Poté za pomoci získaných informací z analýzy rozhovorů budu odpovídat na každou výzkumnou otázku doplněnou o výroky daného respondenta, které budou vyznačené kurzívou. V rámci rozhovoru měli respondenti taktéž možnost nerozvádět témata, která pro ně byla citlivá, což bylo respektováno, avšak vyskytlo se minimálně.

V rámci anonymizace jsou veškerá jména fiktivní a nemají nic společného s reálnými respondenty, stejně tak došlo k vynechání studijních či pracovních oborů z důvodu potenciální identifikace, ponechána byla jenom fakulta nebo oblast ve které osoba působí.

Hlavní výzkumné otázky:

1. *Jaké jsou pozitivní dopady léčby antidepressivy na kvalitu života?*
2. *Jaké jsou negativní dopady léčby antidepressivy na kvalitu života?*

Dílčí výzkumné otázky:

3. *Došlo ke změně vztahu ostatních lidí k vám kvůli léčbě?*
4. *Došlo ke změně postoje k antidepressivům od začátku léčby?*
5. *Došlo díky léčbě ke změně pohledu na sebe samotného?*
6. *Jaký dopad mělo případné předčasné vysazení léku?*
7. *Jaký je aktuální názor na kvalitu léčby?*

### **Blanka**

Paní Blance je v době rozhovoru 20 let, je studentkou na filozofické fakultě. Zároveň ve volném čase doučuje. Se studiem a prací je spokojena a zvládá je bez větší psychické či fyzické zátěže, v tomto ohledu jsou léky zátěží jenom z hlediska plánování pravidelných týdenních návštěv psychiatra, které zaberou celý den. Léčba započala před šesti lety z iniciace praktického lékaře, kdy kvůli depresivním a úzkostným propadům ve čtrnácti letech přestala fungovat v běžném životě. Prvotní postoj k lékům byl neutrální, „*tak v těch 14 letech to člověk asi moc neřeší, potom když se to překlenulo v těch patnáct, tak jsem začala strašně*“



*pochybovat...jestli to vůbec jako je normální.*“ Léčba započala sertralinem, v průběhu léčby došlo ke změně léčiv několikrát, z důvodu nulové odpovědi nebo vybudování tolerance, kvůli délce léčby si názvy veškerých preparátů nepamatuje. Přibližně rok po začátku léčby začalo docházet k manickým fázím a podezření na bipolární poruchu. Z antidepressiv aktuálně užívá necelý rok cipalex, a před dvěma měsíci přidány valdoxan a mirtazapin, kvůli propadu do stavu před léčbou kvůli rodinným problémům. Žádná jiná farmaka pravidelně neužívá.

Z hlediska životosprávy má dlouhodobě nekonzistentní délku spánku, variující se od 4 po 11 hodin, odvislé od tíže prožívaného období. Subjektivně dostačující pouze někdy a často neodpovídající jeho délce. Nemá tři pevná jídla denně, protože nesnídá a zároveň poslední tři roky trpí na občasné anorektické epizody trvající přibližně týden. Alkohol konzumuje pouze příležitostně na oslavách, přičemž maximálně dvě sklenky vína nebo piva. Nekuřák, drogy neguje. Vrcholově sportovala do 16 let, poté kvůli zátěži, kterou sport přinášel musela skončit. Aktuálně sportuje příležitostně. V průběhu dne si připadá konstantně ve stresu *„těžko rozlišit zdravěj stres a nezdravěj stres, alespoň pro mě“*. Jako velikou zátěž vnímá autoakuační myšlenky, které jsou na denním pořádku a o to intenzivnější čím výše v životě míří. Volný čas tráví kresbou, četbou a hrou na hudební nástroje, kdy nárůst aktivit od počátku léčby vnímá jako nástroj k zametení duševních problémů. Dříve pomáhala ventilace zpěvem a křikem.

### *1. Jaké jsou pozitivní dopady léčby antidepressivy na kvalitu života?*

Paní Blanka vidí přínos léčby v oblasti spánku z hlediska délky nedošlo k velké změně, vždy měla problém s jeho nepravidelností, variující se od 4 po 11 hodin, odvislé od tíže prožívaného období. V rámci kvality došlo k eliminaci dlouhého usínání a předčasného buzení, zlepšení prisuzuje účinku léků a přestěhováním se od rodiny k příteli. Dále zmiňuje změnu postoje ve formě většího porozumění a citlivost vůči lidem v podobných problémech *„každej kdo bere prášky, tak není slaboch...když to řeknu stručně.“* Jako největší přínos léčby paní Blanka hodnotí zlepšení zdravotního stavu, kdy má možnost normálně fungovat a užívat si život. Aktuálně je pro ni každodenní život přiměřenou zátěží, před léčbou nebyla schopna ničeho *„před těma šesti lety jsem fakt...jako...taková chodící mrtvolka spíš no (pousmátí).“*

### *2. Jaké jsou negativní dopady léčby antidepressivy na kvalitu života?*

Hned s prvními antidepresivy měla paní Blanka negativní zkušenost. Užívala je dva měsíce a léčba byla bez odpovědi, dostavili se pouze nežádoucí účinky ve formě nauzey „*na to, že jsem pořebovala fakt jako vytáhnout tak...*“. V průběhu změny farmak se vždy dostavily běžné nežádoucí účinky z nasazení. Došlo ke zhoršení paměti zejména k večeru, kdy má od nasazení mirtazapinu živé sny, které vedou k potížím rozeznat večer od snu „*já si nejsem schopná pamatovat, jestli to, co se stalo večer bylo pravda nebo se mi to zdálo...se pak musím druhý den přeptat na čem jsme se domluvili, protože si to nepamatuju.*“ Tento problém se dostavil po nasazení každý večer, aktuálně třikrát do týdne. Od doby, co paní Blanka užívá všechny tři prášky si přijde celkově více utlumená, má dojem, že i v oblasti kognitivního výkonu, konkrétně zhoršená pozornost. U alkoholu „*no mě přijde, že nevydržím víc jak skleničku (smích)...většinou jednou max dvěma skleničkami to končí*“. V posledním ročníku na střední škole měla kvůli častým návštěvám psychiatra vysokou absenci. V důsledku nežádoucích účinků antidepresiv byla vyvinuta intolerance na laktózu. Zátěž to určitě je, ale nejde o zásadní problémy.

3. *Došlo ke změně vztahu ostatních lidí k vám kvůli léčbě?*

Paní Blanka se nesečkala se změnou vztahu, pravděpodobně vzhledem ke genetické zátěži, kdy matka a babičky užívali antidepresiva. O léčbě ví pouze rodiče a přítel, vnímá podporu, avšak upozornila, že kvůli léčbě nebude dělat ústupky. Rodiče přítele jsou velmi konzervativní, jejich postoj by byl pravděpodobně negativní a z toho důvodu o léčbě neví. „*Dost by mi třeba pomohlo, kdyby to věděli kamarádky, aby se nedivily, proč odcházím brzo, když je nějaká oslava nebo proč se chovám divně...pak bych asi mohla být uvolněnější a tolik se nehlídat. Neřeknu jim to, protože se strašně bojím.*“

4. *Došlo ke změně postoje k antidepresivům od začátku léčby?*

Ano došlo, aktuálně je paní Blanka přesvědčena, že ji antidepresiva dokáží pomoci a veškeré negativní pocity směrem k lékům vymizeli. „*Postupně jsem se s tím tak dobře smířila, že vlastně, teď už to nijak negativně nevnímám.*“

5. *Došlo díky léčbě ke změně pohledu na sebe samotného?*

Z pohledu na sebe došlo u paní Blanky k určitým změnám, některé jsou negativní některé pozitivní. „*Někdy mi přijde jako hrozně osobní selhání to, že se furt nemůžu zbavit toho co si o sobě myslím...jakoby v tom negativním. Zas na druhou stranu jsem hrozně ráda, že na tom pracuju. -Tím teď myslíš ty vtíravý myšlenky?- mhm jo.*“ Například dříve si

kompletně odpírala přestávky mezi učením z důvodu akuzálních myšlenek. Dnes automaticky nezamítá tyto tělesné potřeby, a naopak se jim snaží vyhovět. Paní Blanka zmínila, že došlo i k dalším změnám, ale vzhledem k délce léčby nedokáže posoudit, jestli jejich příčina tkví v lécích nebo vývoji osobnosti.

#### 6. *Jaký dopad mělo případné předčasné vysazení léku?*

K záměrnému vysazení léku nikdy nedošlo „*to by si netroufla upřímně řečeno.*“ Omylem došlo k vynechání na jeden nebo dva dny. Před měsícem si paní Blanka omylem zapoměla vzít léky sebou na týdenní dovolenou, důsledkem byla nauzea a pocity elektrického probíjení, tyto projevy zmizely se znovu nasazením medikace.

#### 7. *Jaký je aktuální názor na kvalitu léčby?*

K psychiatrovi dochází jednou týdně nebo jednou za čtrnáct dní, podle závažnosti stavu. Přičemž poslední dobou je vše lepší. K lékům využívá i psychoterapii. S aktuální léčbou je spokojena. I přes délku léčby má stále nekompletní diagnózu.

### **Cecílie**

Paní Cecílii je v době rozhovoru 22 let, před půl rokem se stěhovala do jiného města a změnila školu. Nastoupila jako student na Janáčkovu akademii múzických umění. Se změnou je spokojena a v celkově lepší psychické kondici. Také má brigádu v zoo a je uvaděčkou v menším divadle. Studium a práce ji naplňují, zvládá je bez větší psychické zátěže. Léčí se 4 a půl roku, z důvodu obsedantních úzkostných myšlenek a depresivního nastavení, s progresivním přitížením trvajícím přibližně půl roku. Iniciátorem léčby byla matka. Léčba započala monofarmakoterapií, užívá Asentru (sertralin) jednou denně v dávce 50mg a po celou dobu léčby nedošlo ke změně preparátu. Začátek léčby doprovázely smíšené pocity obav a kladných očekávání „*už je fakt něco v nepořádku, furt jsem si říkala to je nějaká norma, se ti něco v hlavě trochu děje...jako dobrý...tady už je problém a začalo mě to děsit...jó jako myslela jsem si, že mi to pomůže, protože to pro mě byla vlastně jediná možnost, nebylo jiný cesty*“. Volný čas nejradši tráví čas sama doma, kde se dokáže uzemnit a odpočívat.

Z hlediska životosprávy má paní Cecílie různorodý spánek, během pracovního dne spí 6-7 hodin, o víkendech dospává okolo 11 hodin a některé noci vůbec nespí a raději využije čas efektivněji, čehož druhý den po dopadu únavy lituje. Subjektivní pocit odpočinku se různí ve vlnách, kdy jeden týden nepocítuje únavu i při vynechání spánku

naopak jiné týdny si přijde neustále unavená bez ohledu na délku spánku „*třeba někdy v tý škole nedokážu vůbec vydržet a třeba se chodím domu dospávat a spala bych celý den a takhle to vlastně mám třeba celý týden...furt chci chodit spát, furt jsem unavená.*“ Z hlediska stravy je paní Cecílie vegan, o to více dbá na její kvalitu. Snídaně vynechává naopak obědy a večeře „*jsou takové nájezdovky.*“ Sportovní aktivita žádná. Alkohol, cigarety a drogy neguje, je abstinentem. Největší zátěž během dne pocítuje v rámci přednesu před lidmi, v čemž pro ni umělecká škola byla zprvu velmi náročná, domnívá se, že trpí sociofobií. Posledního půl roku si konečně připadá, že někam směřuje a její život má smysl.

### 1. *Jaké jsou pozitivní dopady léčby antidepresivy na kvalitu života?*

Před léčbou byla paní Cecílie ve stavu, ve kterém nebyla schopna jíst, což se po začátku léčby urovnalo. Prvotně se dostavilo zlepšení z hlediska pracovní schopnosti, schopnost užívat si život přišla až po letech léčby „*dříve jsem si myslela, že už nikdy nebudu schopná cítit krásu přírody, protože už mi bude navždycky blbě...tyvole nikdy nebudeš mít děti, protože jestli to s tebou takhle půjde dál, tak za chvíli umřeš nebo budeš úplně neschopná nebo budeš v blázinci...s tím jsem byla smířená.*“ V posledním půl roce došlo k výraznému snížení četnosti propadů, do té doby byl díky léčbě počet nižší, ale stále k nim docházelo alespoň jednou do týdne. Došlo k minimalizaci vyčerpání, které přinášely i slabší úzkosti „*občas jsem měla pocit, že v MHDčku omdlím, to už se mi neděje.*“ Chtělo to čas, ale léčba přinesla možnost fungovat, soustředit se a pracovat, to před léčbou nebylo možné, vtíravé myšlenky strhávaly celou pozornost „*třeba jsem viděla válečný film, tam se zastřelí člověk a ty teďka prostě vidíš tu krev a todleto, najednou máš tu krev před očima, furt, furt, začneš jí cítit v puse, máš ji úplně všude...ta krev...a tyhle myšlenky se nedokážeš zbavit celý den a je ti z ní permanentně špatně.*“ Celkově lépe zvládá psychické výkyvy, žije v pozitivnějším naladění a nabyla flegmatictější přístupu k životu „*i když jsem ve stresu, i když se bojím...vždycky se jakoby těším na nějaký věci.*“

### 2. *Jaké jsou negativní dopady léčby antidepresivy na kvalitu života?*

Nežádoucí účinky z nasazení nebyly zásadní „*už mi huř ani nemohlo být, nedokážu rozlišit.*“ V rámci dovolené, kdy kvůli užití léků na oddálení menstruace (název si již nepamatuje), došlo k návratu do stavů před léčbou, dle psychiatra šlo o interakci. Pocítovala psychickou bolest, únavu a tlak na hrudi vedoucí k naprostému vyčerpání, většinu dne pouze ležela a čekala na zlepšení, které přicházelo k večeru, aby se mohla najíst „*každý den se to zhoršovalo...poslední den jsem nevěděla ani co jsem, prostě už jsem byla úplně...mrtvá.*“

Na druhou stranu byla ráda, když zjistila, že šlo o lékovou interakci, měla strach, že kompletně spadla do stavu před léčbou.

3. *Došlo ke změně vztahu ostatních lidí k vám kvůli léčbě?*

Rodina i přátelé o léčbě ví, neměla kvůli léčbě problémy, ani nezaznamenala změnu chování vůči své osobě. Matka léčbu iniciovala a stále ji podporuje. Otec i bratr také užívají antidepresiva. Kvůli duševním potížím a stavům s nimi spojeným přišla o partnera, roli antidepresiv z hlediska v této ztrátě nedokáže určit, ztrátu dává za vinu svému chování v rámci duševních potíží.

4. *Došlo ke změně postoje k antidepresivům od začátku léčby?*

Došlo ke kompletní změně pohledu. Paní Cecílii užívání již neděsí, bere antidepresiva jako svou součást, díky které je schopna bojovat. Taktéž se již za léčbu nestydí a bez potíží o ni s lidmi, které to zajímá hovoří „*vlastně to беру jako každéj jinéj prášek a je mi to úplně jedno...(smích)*.“ Na druhou stranu přišli pochybnosti ze strany aktuální efektivity, přemýšlela, zda mají léky ještě efekt nebo jde o zlepšení kvůli změně prostředí. „*když je mi dobře, tak si říkám, že do sebe zbytečně cpu prášky, měla bys to zkusit vysadit...zase na druhou stranu je to nějaká prevence.*“

5. *Došlo díky léčbě ke změně pohledu na sebe samotného?*

Paní Cecílie určitě pozoruje změnu, hlavně v oblasti vnímání faktu přítomnosti, samotného prožívání a schopnosti zpracování úzkostných myšlenek „*mám tyhle ty myšlenky, je to dobrý, když něco přijde, tak mě to neděsí, ale řeknu si á další sráč přišel a jako dobrý...není to konec světa, že bych si řekla, ježiš marja, tak teď jsem blázen...to fakt už ne.*“

6. *Jaký dopad mělo případné předčasné vysazení léku?*

Záměrně nedošlo k vysazení. V případě nechtěného vysazení šlo o opomenutí v rozsahu jednoho dne, přičemž důsledkem jsou závratě po celý nadcházející den. V průběhu léčby opakovaně došlo ke změně dávky podle aktuálního psychického stavu a očekávané zátěže, tyto rozhodnutí provádí dle svého uvážení, psychiatr je počínání vědom. Jedná se o změnu dávky mezi 25-50 mg. Paní Cecílie popisuje rozdíl mezi dávkami jako znatelný, přesto jej kvůli délce léčby těžko posuzuje „*beru ty prášky tak dlouho...už nedokážu odlišit jakoby jestli se cítím líp kvůli práškům nebo jestli mám lepší den nebo co (smích)*.“ Již několikrát uvažovala nad kompletním vysazením antidepresiv, také kamarád navrhl

k vysazení „řiká, že je to placebo a svinstvo“. Dle paní Cecílie by vysazení sloužilo k ověření, zda léky fungují a jestli je stále potřebuje „viděla bych, jestli se mi ty stavy vrátí nebo ne...sama bych poznala do jaký míry mi ty prášky tu náladu mění nebo ne...taky že budu čistší a nebudu brát prášky“, avšak nechce zbytečně riskovat, takže možnost prozatím odložila.

#### 7. Jaký je aktuální názor na kvalitu léčby?

Pravidelně psychiatra již nenavštěvuje. Před lety docházela na psychoterapii, která ji přišla neefektivní, navíc měla negativní zkušenost s terapeutem, další pomoc nevyhledala, protože ztratila důvěru. Antidepresiva hodnotí kladně, ale nebere je jako léčbu, „určitě nejsem spokojená...mě vlastně nikdo jako neléčí, já ani nemám jasnou diagnózu, nemůžu tomu říkat léčba, já vím, že mám prášky, který mi pomáhaj a jakoby ted'ka žiju, s tím jsem spokojená.“ V budoucích měsících má nastoupit na psychoterapii, zaujala ji terapeutka, od které očekává pozitivní přínos.

#### Lukáš

Panu Lukášovi je v době rozhovoru 21 let, je studentem na lékařské fakultě. Studium ho naplňuje, pracovní je zatěžuje maximálně, psychicky jen v případě, když vysadil léky. Od 15 let pocíval úzkostné stavy a depresivní ladění. V 17 letech v rámci vyostřených rodinných vztahů došlo ke zhoršení stavu a skončil v Bohnicích, kde byla diagnostikována úzkostně-depresivní porucha, nasazen citalek (citalopram) 10mg a nařízeno zrušení střídavé péče. První pocit z léků nebyl pro pana Lukáše nijak zásadní, stejně tak jeho očekávání byla neutrální „nijak jsem to nevnímal těžce, neměl jsem k nim ani negativní ani pozitivní vztah. Jenom mně vadilo asi jak jsem měl tu nižší dávku, tak jsem neměl úplně moc pocit, že by to nějak zabíralo...nebo jako ono se to asi zlepšilo, ale ne úplně, třeba jako ted'“. Aktuálně pan Lukáš nemá jasnou diagnózu, každý psychiatr navrhoval rozdílné onemocnění, od OCD, přes těžší formu úzkostně-depresivní až po kombinaci obojího. Užívá jednou denně cipralex (escitalopram) 20mg a v případě silného úzkostného propadu neurolept (alprazolam) „nestanou se nesnesitelné, když nevysadíš (smích) tyhle prášky.“

Z hlediska životosprávy pan Lukáš potřebuje ideálně 9 hodin spánku, ale to se mu nedaří, většinou spí 6-7 hodin. Navíc má tendence přehazovat denní režim. Občas usíná během dne, kdy důsledkem nespí v noci. Stravuje se přiměřeně, subjektivně dostatečně. Jen si stěžuje, že by mohl jíst častěji teplá jídla „jenže to vaření zabírá moc času.“ Sportovní aktivitu má několikrát do týdne, běh, cyklistika a plavání. Konzumace alkoholu příležitostně,

maximálně 2 piva nebo vína „netoužím po něm a není to úplně dobrý k těm lékům.“. Nekuřák, zkušenost s marihuanou a lysohlávkami, od začátku léčby neužil nic. Volného času moc nemá, snaží se jej trávit aktivně, bohužel často usne, pak nemá čas žádný, a to ho mrzí.

### 1. Jaké jsou pozitivní dopady léčby antidepresivy na kvalitu života?

Před léčbou nebyl schopný ničeho, veškerou pozornost strhávali úzkosti. Potřeboval extrémně dlouhý spánek okolo 20 hodin, který byl subjektivně stejně bez efektu. Také popisuje nalezení chuti k jídlu „*jak seš v těch úzkostech, tak máš i ten stáhlej žaludek, nemáš vůbec chuť na jídlo, pak máš hlad a je ti z toho blbě...*“. Došlo i k ovlivnění sportovní aktivity, v depresích měl pan Lukáš neustálý pocit zimy, tudíž neměl na venkovní aktivity ani pomyšlení. „*V létě to je kupodivu asi nejhorší, je hezký počasí, všichni jsou takový veselý a ty jsi furt v hajzlu a nemůžeš s tím nic dělat...to tě úplně dodělá*“. Když užíval slabší dávku, každé ráno a dopoledne bylo doprovázené úzkostnými pocity z katastrofických scénářů různých intenzit, kdy zacyklení i v těch nejmírnějších stačilo k fyzickému vyčerpání a nevolnosti „*až do absurdit, že o tom snad ani nechci mluvit, až jako bludných představ...třeba sem čínská vláda pošle nějaký zabijácký drony...takový až nesmysly, který když ti je potom dobře tak zjistíš, jaký to jsou sračky uplný*.“ V létě došlo ke zvýšení dávky (10mg na 20mg), od té doby pan Lukáš pocituje výraznou úlevu „*jsem jako kdybych ty problémy neměl*.“ Propady jsou stále přítomné, avšak přibližně jednou za dva měsíce, s čímž je schopný kvalitně žít „*maximálně se někdy něco stane, nevím...a máš jeden den, kdy je ti fakt blbě...a pak si uvědomíš, jak to předtím vypadalo pořád*.“ Léčbu shrnul jako možnost být pracovně efektivní, „*téměř z nuly na plnej pracovní výkon*“, kdyby léky neužíval, určitě by ho vyhodili ze školy. Je schopný prožívat radost, věnovat se zájmům a netrávit veškerý čas spánkem a v úzkostech

### 2. Jaké jsou negativní dopady léčby antidepresivy na kvalitu života?

V průběhu užívání 10mg cipralexu pan Lukáš zažádal o změnu farmak, neboť mu připadali neefektivní. Dostal zolof, který neměl žádnou odpověď, pouze nežádoucí účinky „*z toho jsem měl hlavu jako balón...furt jsem spal*“ načež došlo návratu k předešlé léčbě. Kvůli dojmu nedostatečného efektu lék opakovaně vysadil, což vedlo kromě jiného k ohrožení studia a vztahu s partnerkou. Z aktuálních léků má občasné extrémní excitace, až s podezřením na bipolární poruchu „*najednou opak tý deprese...úú nádhera všechno úžasný, extrémně optimistický pohled, i psychomotorická excitace, musíš jít běhat ven, ale nikam nedoběhneš, protože bys běhal tak ze strany na stranu (smích)*.“ Většinou k ní dochází

jednou za měsíc a trvá 2 až 3 dny, občas se objeví ve slabší intenzitě na jeden večer. Důsledkem je absolutní neschopnost soustředění, což hodnotí jako reálný problém jenom v rámci studia „*nepřečteš ani stránku...už jsem kvůli tomu neudělal několik zkoušek a musíš čekat, než to přejde.*“ Vedlejším problémem je, že když excitace skončí, tak pan Lukáš odpadne a spí i přes den, což mu okolí vyčítá. Neví, jestli jde o nežádoucí účinek léku nebo důsledek dávky, protože od jejího zvýšení došlo k výraznému zhoršení této excitace. O problému se psychiatričce nezmínil, protože nechce dostat prášky podobné zolofu, když aktuálně funguje a potřebuje studovat. I mimo excitaci má problém se soustředěním, musí se něčemu věnovat delší dobu, nemůže přeskakovat mezi činnostmi.

### 3. *Došlo ke změně vztahu ostatních lidí k vám kvůli léčbě?*

Matka užívala antidepresiva. Otec má negativní postoj k farmakům, ze začátku měl s léčbou problém. Avšak změnu vztahu s rodinou pan Lukáš nepozoruje. Partnerka užívala antidepresiva, „*nemáme si co vyčítat (smích)*“ v léčbě se navzájem podporují. Zmiňuje špatnou zkušenost z řad přátel, kdy lituje svěřeni se jedné osobě, která důvěrnou informaci rozšířila po škole „*už bych o tom asi nebyl tak otevřený, kdybych o tom znova mluvil...na to kolik si myslím, že to bere procent populace...neměl jsem pocit, že by jako pro to měli nějak zvlášť pochopení a že by si to nechali jako pro sebe.*“ Vnímal, že lidé, kteří ho osobně neznali, k němu přistupovali s předsudky, ať už jde o soucit nebo pohrdání „*nic z toho není jako příjemného...cítíš, že k tobě ten člověk nepřistupuje, jako kdyby se potkal s každým jiným.*“ Za léčbu se nestydí, ale diskuzi by na ni už nezačínal. Obecně nedoporučuje lidem v podobné situaci svěřovat se osobám, ve které nemají důvěru.

### 4. *Došlo ke změně postoje k antidepresivům od začátku léčby?*

U pana Lukáše došlo k zásadní změně. Na začátku neměl k lékům žádný vztah, stejně tak od nich nic neočekával „*nevěděl jsem, že jde o psychiatrický problém...spíš jsem si myslel, že je to problém mého vychování...osobnosti.*“ Aktuálně antidepresiva vnímá jako potřebné a věří, že mu pomohou. Velikou roli ve změně postoje k lékům hrálo zvýšení dávky před půl rokem. Od té doby si pan Lukáš uvědomil, jak významně mohou antidepresiva pomoci.

### 5. *Došlo díky léčbě ke změně pohledu na sebe samotného?*

U pana Lukáše došlo ke změně pohledu na osobní hodnoty a osoby ve stejných problémech. „*najednou pochopíš, že dostat se mezi ty lidi, který společnost často odsuzuje*



*není vůbec těžký a není to často tvoje vina.*“ Příčinu této změny přisuzuje prožitým problémům, domnívá se, že přímo antidepressiva v tom nehrají zásadní roli.

#### 6. *Jaký dopad mělo případné předčasné vysazení léku?*

Záměrně byli antidepressiva vysazené třikrát. Poprvé na dva měsíce, opětovně nasadil kvůli návratu stavů před léčbou. Druhé vysazení bylo dlouhodobé, nejdříve nepozoroval rozdíl od stavu při užívání, avšak po roce se setkal s větší zátěží a došlo k extrémnímu zhoršení ve všech oblastech, *„ty nejhorší deprese, snad ještě horší než na začátku...těžko to posoudit“*. Byl schopný spát 20 hodin denně, několik dní po sobě a subjektivně byl stále unavený. Také prodělal rozchod s partnerkou, prý se choval a vypadal naprosto mimo sebe, vztah se poté podařilo obnovit, pravděpodobně kvůli jejich náhledu na efekt léčby a vysazení. Zároveň popisuje jako zázrak, že ho nevyhodili ze studia. *„Měl jsem pocit, že to nějak nefunguje...asi jsem si chtěl dokázat, že to zvládnou bez nich.“* Třetí vysazení bylo třičtvrtě roku zpět v rámci týdnů *„člověk snadno zapomene jaký měl problémy, když mu je chvíli dobře,“* a opět došlo ke zhoršení stavu. Po této zkušenosti pana Lukáše přesvědčila přítelkyně, aby změnil psychiatra, který nasadil dvojnásobnou dávku (20mg). *„ono, když máš tu slabou dávku, tak ono ti to pomáhá tak z poloviny jo a furt jakoby máš ty problémy...takže prostě máš pocit, že ty léky k ničemu nejsou...když si v tom stavu, tak to jako moc nesrovnáváš.“* Neměl tušení, že by nějaké léky mohly problémy ztlumit kompletně, tak o tom nemluvil. Od doby, co má vyšší dávku, léky pomáhají úplně a rozhodně by je nevysadil.

#### 7. *Jaký je aktuální názor na kvalitu léčby?*

Pan Lukáš vystřídal více psychiatrů, aktuálně dochází jednou za dva měsíce, jejich přístup hodnotí velmi individuálně. *„Některým je to úplně u prdele, ale úplně...totálně u prdele...budou ti psát špatnej lék, i když ví, že je to špatnej lék nebo ti nenapišou žádněj...pak jsou skvělí, kteří se snaží a jsou skvělí.“* Docházel na psychoterapii, která mu nepřišla zvláště efektivní, navíc zdůraznil, že špatný psychoterapeut může i přitížit. Aktuálně je s léčbou velmi spokojen, efekt vyšší dávky kompletně změnil jeho přístup. Je nespokojený se systémem, kdyby neměl rodinu, která ho finančně podrží, nebyl by schopný platit účty a už by byl dávno zadlužen *„strašně lehce ti to zkazí život...už se z toho nemusíš vyhrabat.“*

## Iva

V době rozhovoru je paní Ivě 21 let, je studentkou na filozofické fakultě. Také doučuje a pracuje v administrativním sektoru, tato práce je pro ni psychicky velmi náročná, před léčbou téměř nemožná, „*dostala jsem třeba čtyři ataky za sebou...nemohla jsem nic dělat*“ v podstatě čekala, někdy až doufala, že bude vyhozena. Léčbu iniciovala sama z důvodu depresí a úzkostí. Tvrdí, že nezná jiné než depresivní stavy. Vytvořila si naučený vzorec myšlení „*když něco udělám špatně, automatická myšlenka je měla by ses jít zabít.*“, Vzpomíná si na „*záseky*“ již v dětství. Deprese prý vyvrcholili ve 12 letech, kdy ukončila vztah s matkou. Mírné zlepšení pozorovala s nástupem na vysokou školu, kdy už nemusela bydlet doma. „*Nějak v tom přežívám, ale ty úzkosti pro mě byly nový...nevěděla jsem si s tím poradit.*“ Aktuálně se léčí 3 měsíce, užívá antidepresiva a anxiolytika, jednou denně citalopram 20mg, přibližně obden alprazolam 0,25mg, který ji přijde pouze jako placebo. Léčbu antidepresivy očekávala, byly důvodem proč za psychiatrem šla, přesto byly přítomné obavy, ale převažovala pozitivní očekávání „*hm jako jo jsem v háji...ale myslím si, že jsou ty léky dobrý a potřebuju je.*“

Z hlediska životosprávy před léčbou spala 12-13 hodin a subjektivně byla stále unavena, občas nebyla schopna vůbec vstát, navíc kdykoliv si lehla, okamžitě usnula. Dospávala tedy v průběhu odpoledne všedních dnů i o víkendech. V posledním půl roce se dostala až za hranici podváhy, celý život se léčí pro hypotyreózu, k tomu ztratila chuť k jídlu, ani nepociťovala potřebu jíst „*hlad jsem začala vnímat až s křečema v žaludku, kdy už jsem nebyla zase schopná jíst a takhle se to točilo dokolečka.*“ Sportovní aktivita v průběhu života žádná. Alkohol příležitostně, od začátku léčby abstinuje. Cigarety a drogy nejuje. Přes den si připadala v největší zátěži v práci, občas ke zlepšení stavu pomáhal grounding. Většinu času si připadala jako v horečce, vše bylo unylé, myšlení zpomalené a neschopno činnosti.

### 1. Jaké jsou pozitivní dopady léčby antidepresivy na kvalitu života?

Jeden z hlavních přínosů léčby se dostavil již zahájením samotné léčby „*dostala jsem validizaci, že mi něco jako je a že si to nevymýšlím...to jsem slýchala dost často.*“ Díky lékům si mohla promluvit s nadřízeným o problému a domluvit se na upravení pracovního režimu. Přisuzuje velkou roli jeho profesi psychologa v pochopení a vyhovění situaci. Validizace problému se vztahovala i na schopnost mluvit o problému v osobním životě, „*vím, že to zní blbě, ale do té doby jsem byla hrozně...každý je občas smutnej nebo každý se občas chce zabít...ne? Protože pro mě je to normální.*“ Důsledkem je, že může problém

uchopit ví co přesně se děje, dostala možnost jej řešit a pracovat na něm. Došlo ke zlepšení kvality spánku, subjektivně si přijde odpočatá, délka se nezměnila, o víkendech stále dospává. Zlepšení se dostavilo i v oblasti příjmu potravy, paní Ivě se navrátila chuť, problém si připustila a snaží se jej řešit. Jako nejzásadnější přínos antidepresiv hodnotí zlepšení v kognitivní výkonnosti mozku „*moje myšlenky jsou tématicky pořád stejně špatný, ale tím, že mám víc kognitivní energie, tak s nima můžu pracovat...už nejsem pasivní příjemce té nemoci.*“ Také ve formě pracovního a volního fungování „*když si řeknu, že musím něco udělat, je velká šance, že se aktivizuju, a není to tak obtížné.*“ Dále nabyla schopnosti soustředit se, i když stále ne jak by si přála. Pozoruje zlepšení ve schopnosti vůbec trávit volný čas, taktéž si nevyčítá, když jeho náplní je něco jiného než práce, například obnovuje přátelství s lidmi, které zanedbala, z důvodu neschopnosti fungovat.

## 2. *Jaké jsou negativní dopady léčby antidepresivy na kvalitu života?*

Paní Ivě se na začátku léčby občas dostavily protichůdné pocity, přesto, že léky chtěla, někdy o sobě kvůli nim pochybovala „*jako občas jsem měla pocit, že jsem fail, že musím vůbec brát nějaký léky (smích)...ale to vymizelo.*“ Lepší schopnost přemýšlet se na první pohled jeví jako jasně pozitivní efekt léčby, avšak dopad se projevil i v rozházení spánkového režimu „*předtím bylo to myšlení zpomalený a všechno a teď se mi ty myšlenky jakoby rozběhly a nedokázaly přestat...trvalo mi x hodin usnout...extrém byl 9 hodin, většinou 5...a když už jsem usla, tak jsem spala těch svejch 10+ hodin.*“ Tento problém hodnotila jako závažné ohrožení studia, naštěstí již nemusela vstávat a v budoucnu ji pravděpodobně neohrozí, neboť již skoro vymizel. Aktuálně usíná přibližně hodinu. Dostavilo se i extrémní sucho v ústech, které vyvolává konstantní potřebu pití a chození na toaletu „*to je spíš jenom otravný.*“

## 3. *Došlo ke změně vztahu ostatních lidí k vám kvůli léčbě?*

Paní Iva o léčbě nikomu z rodiny neřekla, nechce s nimi hovořit o jakýchkoliv více osobních věcech „*spíš jako nemáme vztah než, že špatnej...ten jenom s matkou.*“ Je přesvědčena, že matka má deprese, „*ta by kurva měla brát antidepresiva*“, ale odmítá se léčit z přesvědčení o somatickém původu onemocnění. Ke změně chování zapříčiněné léčbou tedy nemohlo dojít. Přátelé o léčbě ví, nesetkala se s žádným problémem. Pozorovala, že někteří byli rozpačití, jiní podporující, například v kontrole dostatečného příjmu potravy. Celkově se více zajímají o stav a naladění paní Ivy. S přáteli se snaží se o léčbě mluvit i pro své dobro „*asi abych si to sama v sobě nějak znormalizovala*“, zároveň se nechce nikomu

vnucovat. Partnerský vztah od léčby neměla. Dále o léčbě ví nadřizený v práci, který byl v léčbě velmi podporující. Z hlediska povahy vztahů nepozoruje žádnou změnu.

4. *Došlo ke změně postoje k antidepresivům od začátku léčby?*

Vztah k lékům se zásadně nezměnil. Důvodem je stabilní přesvědčení paní Ivy, že ji léky pomohou a délka léčby. Neplánuje léky brát do konce života, těší se na vysazení, ale aktuálně je naprosto smířená s jejich užíváním. „*Jako zobat prášky asi úplně nestačí, ale nebylo by správný těm práškům přiznat roli. To že jenom budu brát léky mě jako nemá šanci vyléčit podle mě...a nemá to podle mě...osobní čistě názor...šanci vyléčit nikoho, ale dává mi to jakoby prostor a energii vyléčit se sama nějakým autoterapeutickým technikama nebo něčím.*“

5. *Došlo díky léčbě ke změně pohledu na sebe samotného?*

Paní Iva pozoruje zásadní změnu v přístupu k sobě „*snažím si za všechno nenadávat, vnímám se optimističtěji.*“ Dříve vnímala své problémy, ale nevěděla, že se dají nějak řešit. Uvědomila si, že když na sobě bude pracovat, tak se dostaví výsledek. Z hlediska přímého vnímání sebe samotné nedošlo k výrazné změně „*pořád si o sobě myslím nějaký špatný věci a občas si o sobě myslím i nějaký dobrý věci.*“ Domnívá se, že se na takovou změnu se léčí příliš krátce, očekává ji v budoucnu.

6. *Jaký dopad mělo případné předčasné vysazení léku?*

Záměrně nebyly léky vysazeny. Opomenutím došlo jednou k vysazení na den, nedostavil se žádný efekt.

7. *Jaký je aktuální názor na kvalitu léčby?*

K psychiatrovi dochází jednou za dva měsíce. Na psychoterapii nedochází z důvodu časového a finančního hlediska, ale měla by o ni veliký zájem. S léky je naprosto spokojena. S přístupem psychiatra je také spokojena pouze občas v paní Ivě vyvolá rozpory. Má strach z potenciálního rozvinutí jakékoliv závislosti. Je si vědoma silného návykového potenciálu neuroleu, ale psychiatr lék doporučuje užívat poměrně libovolně a závislostní potenciál bagatelizuje. Hledá hranici mezi zbytečným sebe týráním a zdravým staráním se o sebe, „*kdybych o tom nevěděla, určitě si je dám častěji.*“

## Marcel

V době rozhovoru je panu Marcelovi 23 let, je studentem na designové škole. Ne pouze z hlediska studia, ale i za celkové prostředí je velmi vděčný a přisuzuje mu velký význam na zlepšení jeho stavu. Dříve studoval na jiných VŠ, na kterých se pouze trápil. Zároveň pracuje jako trenér a administrativní pracovník. Studium a práce jsou přiměřeně zatěžující. Léčbu inicioval sám před 2 a půl lety. Zprvu užíval cipralex pro depresivní stavy, taktéž docházel na psychoterapii. Prvotní pocit pana Marcela k lékům byl neutrální, ale měl od nich větší očekávání, „asi jsem moc chtěl, aby se to vyřešilo za mě, aby to bylo jednoduchý...a asi to moc nepomohlo (smích)...samozřejmě nikdo netušil, že to je takhle blbý no.“ Po půl roce léčby došlo pod vlivem alkoholu k pokusu o sebevraždu, „nikdy se nedělo plánování jako zejtra se zabiju nebo já nevím nebo tak, většinou to byl takovej náraz tvrdej“, důsledkem byl pan Marcel léčen v Bohnicích, kde mu byla zároveň diagnostikována hraniční porucha osobnosti. Z pobytu měl prvotně kvůli stigmatu obavy, ale věděl, že potřebuje dozor. Po dobu pobytu a chvíli po opuštění léčebny denně užíval 6 neurotinů 300mg, rivotril, cipralex a 150mg tritica. Aktuálně pravidelně užívá z antidepresiv ráno Escitalopram 2x10mg a na noc Trazodon 50mg, dále neurotin 3x300mg. Příležitostně kortikoidy na chronický zánět dutin a na krizové situace prothazin, benziodiazepiny mu kvůli drogové minulosti nemohou být předepsány.

Z hlediska stavu před léčbou. Nebyl se schopný aktivizovat a motivovat k jakékoliv činnosti, nevěřil sám sobě, natož věcem, co by vyprodukoval „zabíjel jsem se zevnitř, nebyl jsem schopnej žádný práce...nenáviděl jsem se za to.“ Měl problémy s dlouhým usínáním v rámci hodin, zároveň docházelo k předčasnému probouzení okolo páté hodiny. V Bohnicích spal okolo 12 hodin a dříve se nebyl schopný vzbudit, přesto pociťoval naprostou únavu. Udává, že má zvláštní vztah ke spánku. V oblasti stravy pan Marcel trpěl mentální bulimií, což byl druhým důvodem pobytu v Bohnicích „ale...nebylo to nijak extra hrozný.“ Je veganem, občas si dá ryby, převážně jí vícekrát za den, ale menší porce. V průběhu dne konzumuje lehčí stravu ve formě smoothie a raw tyčinek, na večer si většinou vaří. Ještě dnes pociťuje problémy s trávením těžší stravy a stravováním se na místech k tomu neurčených „mám k jídlu takovej zvláštní vztah no.“ Z hlediska sportovní aktivity pravidelně hraje tenis a cvičí jógu. Alkohol pan Marcel konzumuje více méně denně, maximálně dvě piva. K drogám měl jako mladistvý negativní postoj, aktuálně má zkušenosti s marihuanou, lysohlávkami, extází a kokainem před dvěma lety došlo ke zvratu a začal si drogy shánět sám, užíval po dobu dvou měsíců téměř denně MDMA, občas LSD, několikrát

vyzkoušel candy flipping. „*Problém byl, že jsem toho hrozně vydržel...vybudoval jsem si takovou debilní feťáckou hrdost...ostatní leželi na podlaze a já bych si ještě dal.*“. Zmiňuje, že kvůli vybudované toleranci musel dostávat v Bohnicích 30 kapek rivotrilu ráno, v poledne i večer. „*Nejhorší bylo, že jsem v tom nemohl najít to co jsem hledal, furt mi to bylo všechno málo, furt jsem chtěl víc...vlastně nevím co jsem hledal.*“ Aktuálně je kuřák, 6-7 cigaret za den, také pravidelně užívá marihuanu. Ve volném čase se rád hloubá ve svých myšlenkách „*taková sebereflexe*“, sleduje filmy a seriály nad kterými může přemýšlet.

### 1. *Jaké jsou pozitivní dopady léčby antidepresivy na kvalitu života?*

Aktuálně potřebuje 7-8 hodin spánku, což se mu daří, subjektivně pozoruje kvalitativní zlepšení v posledních pár měsících, občas dojde k předčasnému probuzení, ale bez problému znovu usne. Změnila se i schopnost ovládat nepříjemné dění v živých snech, „*už jsem od toho schopnej třeba odkročit.*“ Pozoruje zlepšení i v práci schopnosti, zlepšilo se i soustředění. Problém s nedostatečnou motivací přetrvává, ale dokáže nad ní jasněji přemýšlet, hledat ji, lehčeji si vybrat co chce a čeho je schopný se vzdát. Globálně v myšlenkách nedošlo ke změně, rozdílem je, že s nimi může pracovat, má šanci k nim přistoupit jinak. „*Je to možná jako furt velmi podobný...podobná síla věcí nebo tak, ale...ale to prožívání je prostě úplně jiný právě díky tomu, díky nějakému lešení, co jsem postavil okolo nebo jak to říct.*“ Další přínos vidí v péči o sebe, aktuálně vnímá, že se o sebe potřebuje lépe starat, jak fyzicky, tak psychicky. Celkově nerozumí, jak mohl některé své zacházení před léčbou vydržet, obzvláště excesivní užívání drog, které v průběhu rozhovoru zhodnotil jako možnou plánovanou sebedestrukci. „*Předtím to byla jasná sebedestrukce, řízená a vlastně naprosto jasně plánovaná...vlastně ono vlastně možná jo, jak si říkal, jestli jsem to plánoval, tak tohle možná, když to vidím zpětně, tak...ne že by to bylo úplně rozplánovaný na papíře, ale někde vzadu to bylo takový jako směr nezáleží ti na sobě, dělej si se sebou, co chceš...možná jsem hledal nějakou svojí hranici...asi jsem i chtěl, aby mě to skolilo...došlo to tak, že jsem se zkusil podřezat...a zjistil jsem, že bych to dokázal no.*“

### 2. *Jaké jsou negativní dopady léčby antidepresivy na kvalitu života?*

V oblasti spánku pan Marcel pozoruje extrémně nadměrné pocení, časté buzení a živé sny, jejichž obsah je odvislý od prožívání aktuálního období „*většinou je tam nějaký nebezpečí.*“ Celkově pociťuje, že se výrazně rychleji unaví, celkově je přes den více utlumený. Od doby, co došlo ke snížení dávky, tak je to lepší, ale ne ideální. Jako velmi nepříjemné hodnotí sexuální utlumení a dysfunkci erekce „*vzrušit se to je pro mě mnohem*

*náročnější než předtím, není to pro mě takový vrzůšo...to mě sere hodně.*“ Celý život se mu odráží stresové období na pokožce, léky ekzém pravděpodobně ještě zhoršili. Největší zátěží je jednoznačně tritico, které když si zapomene vzít, tak se nevyspí a druhý den je mu zle.

### 3. *Došlo ke změně vztahu ostatních lidí k vám kvůli léčbě?*

Matka užívala antidepresiva, o léčbě ví a pana Marcela podporuje. S otcem nežije, ze začátku věděl jen o terapii, z léčby měl pochybnosti. S pobytem v Bohnicích se dozvěděl o medikaci a celkovém stavu. Nakonec došlo ke zlepšení vztahu s otcem *„začal za mnou furt jezdit...pomohlo to našemu vztahu...neznal jsem ho doma, jako tátu.*“ U prarodičů také pozoruje změnu, převážně v tématu jejich rozhovorů *„předtím furt řešili blbosti jako známky atd.*“ Obecně má pocit, že si nerozumí s lidmi *„jako kdyby mi tam chyběla nějaká kapitola“* nebo spíše nemá zájem o povrchní vztahy, tedy nemá moc přátel, o které by mu vadilo přijít. Z přátel o situaci ví jenom jeden, kde nepozoruje změnu povahy vztahu. V rámci léčby potkal aktuálně bývalou přítelkyni, vztah s ní popisuje jako jeden z nejdůležitějších ve svém životě.

### 4. *Došlo ke změně postoje k antidepresivům od začátku léčby?*

Pan Marcel aktuálně medikaci přisuzuje nesporný pozitivní efekt, je za ni rád *„určitě bych nebyl tady kde jsem, kdyby mi právě ty prášky nepomohli se srovnat a vypadnou z těch nejtemnějších koutů.*“ Zároveň se často zamýšlel nad tím, proč hledá vlastní motivaci, jestli léky brát nebo nebrat. Vnímá prášky jako věc, díky které může fungovat v nastaveném systému *„tohle je nějaký systém, kterej funguje a já v něm samozřejmě být chci, alternativa ani není...zasvětit život aktivismu a boji za jiný systém rozhodně nechci.*“ Přisuzuje jim účinnost a schopnost člověka udržet *„v lajně“*, ale neví, jestli to je takhle správně. Přemýšlí o tom, zda je dobré, abychom byli všichni stejní a fungovali jako stroje. O roli a rozmachu medikace a jejího nadužívání v současné společnosti *„ten výbuch mentálních poruch...jestli byly i dřív jenom se o tom nemluvalo...jestli to není tím, že se teď celá společnost stará o to, aby to bylo celý v rovině než, že by bylo víc nemocí.*“ Dodává, že na ně asi nemá ani negativní ani pozitivní názor, ví, že je do sebe nechce jen tak *„házet“*, ví přesně, co od nich chce a co by od nich nechtěl. Za léčbu se nestydí, nemá o ni problém mluvit.

### 5. *Došlo díky léčbě ke změně pohledu na sebe samotného?*

Ke změně podle pana Marcela určitě došlo. Díky ní dostal kompletně jiný náhled na svou osobu. Přistupuje k sobě více opatrně, snaží se starat o své tělo, které nezvládá to, co dříve, „*jako kdybych zestárnul.*“ Když si dá alkohol, druhý den se dostaví kocovina, kterou nikdy nemíval. Hlavní rozdíl asi popisuje ne v nemožnosti chovat se jako dříve, ale v nevěli „*vlastně ani nechci...to bude ten rozdíl.*“ Když přibližně jednou do měsíce užije drogy, jde o psychedelika, stimulancia by si již nikdy nevzal. Prý se s tím naučil pracovat, chce si z toho něco odnést, zkoumá sám sebe, „*předtím to bylo hlavně se dostat jinam, hlavně se dostat jakkoliv, ale jinam.*“ Už necítí potřebu utíkat, ani „*kolik toho vydržím.*“

#### 6. *Jaký dopad mělo případné předčasné vysazení léku?*

Omylem opomene léky na den poměrně často, například, když nespí doma. Kromě tritica, při vysazení nepozoruje změnu „*druhej den je v prdeli, nevyspim se, je mi celej den blbě.*“ Kompletně vysadit léky ještě nechtěl, i když o tom párkrát uvažoval „*asi mi za to ten risk, že bych to všechno odhodil, nestojí.*“ V budoucnu léky nebo alespoň takto vysokou dávku užívat nechce.

#### 7. *Jaký je aktuální názor na kvalitu léčby?*

K psychiatrovi chodí jednou za dva měsíce. Docházel na několik psychoterapií, některé mu pomohli, jiné nefungovali. Léčbu v Bohnicích pan Marcel hodnotí velice kladně, „*je to tvrdý, ale ví, co dělají...stěžujou si jenom ti, co na to kašlou.*“ Celkově je s léčbou velmi spokojený, lékům přiznává schopnost dostat se z nejhorších stavů, kdy to jinak nejde, taky tě dlouhodobě udrží na uzdě, ale zbytek práce je na člověku samotném. „*prášky jsou taková berlička...ne spása. Je prostě nutný to spojit všechno dohromady.*“

### **Nela**

V době rozhovoru je paní Nele 22 let, je studentkou na filozofické fakultě. Studium ji naplňuje, ale je pro ni velkou časovou a fyzickou zátěží. Během dětství příležitostně docházela na psychoterapie pro úzkosti z rodinných vztahů a podezření na OCD. Léčba farmaky začala před dvěma lety fevarinem pro depresivní stavy, bulimii a sebepoškozování. Iniciátorem byla matka, která paní Nelu nejdříve poslala k psychologovi, který odkázal na pomoc psychiatra. Prvotní pocit paní Nely z aktuální léčby byl pozitivní, doprovázen očekáváním pomoci, věděla, že léky potřebuje „*taky jsem byla ráda, že mi někdo potvrdil, že to je nějaká porucha a...že je to něco jinýho než já.*“ Ke změně farmak došlo po dvou měsících kvůli absenci odpovědi na léčbu. Aktuálně užívá pravidelně z antidepresiv zoloft



(sertralin) 100mg a z antiepileptik lamotrigin 100mg. Později byla paní Nele diagnostikována sociální fobie.

Před léčbou docházelo k epizodám přejídání doprovázené neúspěšnými pokusy o zvracení a sebe nenávisnými pocity vedoucí k sebepoškozování „*praštila jsem se do hlavy, rukou nebo o zed', neřezala jsem se.*“ Před 2 a půl lety z důsledku psychické zátěže paní Nele začaly padat vlasy a zhubla o dvanáct kilo. Z hlediska životosprávy dříve byl veliký problém vstát z postele, první myšlenka po probuzení byla na sebevraždu. Je vegan, ale nestriktní, matka jí nutí jíst maso „*štvě mě to, ale nechci ji trápit.*“ Množství a pestrost je přiměřená a subjektivně stačí „*mohla bych se nezastavit v jídle.*“ Z hlediska sportovní aktivity chodí denně na procházky se psem. Alkohol konzumuje maximálně dvakrát do týdne ve společnosti přátel, ve množství okolo 2 skleniček vína. Drogy neguje. Pro paní Nele je zátěží komunikace nebo přítomnost více lidí, kteří nejsou blízcí, proto například vstává dříve, aby se vyhnula dopravní špičce. Většinu dne se v hlavě soustředila na jídlo „*v té době mě nic jinýho netěšilo, neměla jsem jistotu sama v sobě.*“ „*Břečela jsem furt, jako denně, furt.*“

#### 1. Jaké jsou pozitivní dopady léčby antidepresivy na kvalitu života?

Zlepšila se kvalita spánku, usíná okamžitě. Běžně spí 6-7 hodin, o víkendech dospává, ale subjektivně spánek stačí. Vymizeli ranní myšlenky na sebevraždu. Pozoruje, že celkově není tolik unavená jako ve stavu před léčbou „*předtím jsem nebyla schopná být funkční.*“ Zlepšení se dostavilo i ve schopnosti soustředění, už nedochází k zabíhání myšlenek. Lépe snáší, případné záchvaty přejídání „*už je mi to jedno a díky tomu se vlastně paradoxně tolik nepřejídám.*“ Celkově během dne méně přemýšlí nad jídlem, stravuje se vyrovnaně a nevyčítá si to. Výsledkem je také stabilnější tělesná hmotnost. Pozoruje zlepšení vztahu s přáteli, pravděpodobně protože se mohou vídat častěji. Obecně došlo ke zlepšení vnímání mezilidských kontaktů. Celkově má více energie, je sebevědomější a konečně si začala užívat život „*předtím jsem jenom trpěla, těšila se na jídlo a na spánek...vstát z postele bylo...další hroznej den, kdy se budu muset snažit něco vydržet.*“ Dokáže lépe kontrolovat co si o sobě myslí, obzvlášť v případě negativních myšlenek.

#### 2. Jaké jsou negativní dopady léčby antidepresivy na kvalitu života?

Má pocit, že by neustále spala, přijde si utlumená. První tři měsíce měla otupělé emoce „*nebyla to taková jásavá radost nebo jsem se nemohla vybrečet při oprávněném smutku*“ aktuálně si myslí, že je problém srovnaný. Při fevarinu se dostavili pouze nežádoucí účinky ve formě nauzey. Když při aktuálních lécích vynechá snídani, cítí nevolnost po

zbytek celého dne. Přetrvalo sucho v ústech, které vede k neustálému pití a následnému močení. Celkový negativní dopad léčby hodnotí jako minimální zátěž „*je to nesrovnatelný s tím předtím.*“

3. *Došlo ke změně vztahu ostatních lidí k vám kvůli léčbě?*

Matka se dlouhodobě léčí antidepresivy, je podporou. Otec o léčbě ví, ale nemá pro ni pochopení, aktuálně ji prý vnímá lépe, ale stále mu přijde zbytečná „*on je takovej stabilní, cholerickej, sebestej...jakmile to nezná od sebe, tak mu to přijde jako blbost.*“ Sourozenci pro léčbu nemají zvláštní pochopení, ale vztahy se nezměnily. Babička o léčbě nesmí vědět „*někteří lidé nemají pochopení pro to, že má někdo z jejich okolí psychickou nemoc.*“ Partner také užívá antidepresiva, paní Nelu nezná jinak než na lécích, schytl emoční otupělost „*bylo to takový divný vakuum. Mohla jsem se spolehnout jenom na racionální věci, i když jsem potřebovala emoce...furt mě uklidňoval, nedokážu říct, jak reagoval.*“ S partnerem se rozešla, důvod přisuzuje depresivně-úzkostným propadům na obou stranách, ve kterých měla narušené vnímání a partner jí připadal „*jako tělo bez duše.*“ Pravděpodobně díky léčbě si prý udrželi nadhled a vztah obnovili. Některým přátelům se s léčbou svěřila, jiným ne, nesetkala se s problémy ani změnou povahy vztahu „*nevidali jsme se předtím tak často.*“

4. *Došlo ke změně postoje k antidepresivům od začátku léčby?*

Aktuálně je paní Nela s léky spokojena, v průběhu se několikrát domnívala, že je potřeba medikaci změnit „*ono se to štelovalo ty dávky.*“ Jinak nedošlo k výrazné změně od začátku léčby, stále je přesvědčena o jejich pozitivních kvalitách. Za léky se obecně nestydí, o léčbě nemá problém mluvit.

5. *Došlo díky léčbě ke změně pohledu na sebe samotného?*

Dle paní Nely se dostavila výrazná změna v sebevědomí „*přišla jsem si, že všechno, co řeknu, je špatně.*“ Tato změna hraje roli v komunikaci obecně, specificky zmiňuje komunikaci se širší rodinou, se kterou kvůli „*snobské*“ povaze příslušníků byla velmi zatěžující, dnes si jejich názory tolik nepřipouští k tělu. Nadále se vnímá více fyzicky atraktivní.

6. *Jaký dopad mělo případné předčasné vysazení léku?*

K záměrnému vysazení nedošlo. Omylem ano, důvodem bylo vypotřebování aktuálně dostupných léků, maximálně se jednalo o 5 dní. Důsledkem byl propad paní Nely zpět do stavů před léčbou, kdy nebyla schopna nic dělat a konstantně plakala „*vždycky jsem si uvědomila, jaký to bylo předtím...protože, když se to jako postupně zlepšuje, tak si to člověk neuvědomuje a říká si, že to je vlastně v pohodě a proč by to nevysadil.*“ O vysazení již uvažovala, důvodem byla obava o zátěž organismu, také nejistota ve své vlastní identitě „*říkala jsem si, jestli jsem já ten člověk, kterej když je neberu a mám ty stavy...nebo jestli jsem to já, teď když je jako беру. Myslím, že to jsem já teďka (smích) a že tamto je nějaká choroba.*“ Zároveň se dříve obávala, jestli užíváním medikace nedojde ke změně její osobnosti, dnes si to již nemyslí. Stavy, do kterých se dostane při vysazení léku ji vždy potvrdí, že není dobrý nápad léky vysadit. Zároveň se řídí názorem svého psychiatra, který vysazení taktéž nedoporučil.

#### 7. Jaký je aktuální názor na kvalitu léčby?

K psychiatrovi dochází jednou za půl roku. Psychoterapii nevyužívá, v minulosti ji nepřišla zvláště efektivní nebo si nesedla s terapeutem „*asi bych potřebovala někoho věřícího, kdo dokáže nebýt nestrannej ve víře.*“ Také má málo času „*takže se to spíš snažím sama nějak...ovládat v těch situacích.*“ Dva roky využívá canisterapie, která subjektivně pomáhá. S léčbou je aktuálně celkově velmi spokojená.

#### **Markéta**

V době rozhovoru je paní Markétě 22 let, je nezaměstnaná. Předtím dvakrát studovala na Českém vysokém učení technickém, z prvního studia byla vyloučena kvůli absencím, které způsobily duševní potíže. S druhým studiem byla spokojena, ale ukončila jej ze své vůle, pro přílišnou psychickou zátěž. V příštím měsíci má nastoupit do práce v oblasti informačních technologií. Léčba začala citalcem před 2 lety pro suicidální pokus, sebepoškozování a depresivní stavy. Iniciátorem byla matka „*po depresivním propadu jsem sepsala všechno dohromady, co mi je, jak vidím svět a dala jsem to další den přečíst mámě...nedokázala bych o tom mluvit.*“ Prvotní pocit z léčby byl pro paní Markétu úleva, věřila, že ji léky pomohou „*samozřejmě...věděla jsem, že to, co prožívám, není úplně nejnórmálnější věc...čekala jsem, že budu brát ty léky a že mi pomůžou.*“ V průběhu léčby došlo k opakované změně antidepresiv, důvodem byla nedostatečná odpověď, změna diagnózy nebo silné nežádoucí účinky, všechny názvy si paní Markéta nepamatuje. Aktuálně má diagnostikovanou úzkostně-depresivní poruchu a PTSD. Pravidelně užívá antidepresiva

brintellix 2x 10mg, deniban 50mg a tritico 150mg, před týdnem dostala i antipsychotika asduter 10mg. Již dříve užívala pro psychózy quetiapin, sekundárně kvůli spánku. Dnes antipsychotika užívá kvůli derealizačním stavům. Příležitostně užívá sumatrapin actavis 50mg na migrény, které jsou nyní čím dále méně časté.

Před léčbou byla ještě na střední škole, kam kvůli depresivním propadům občas nedorazila. Na vysoké škole pocítovala větší stres a zátěž, depresivní a úzkostné propady byly častější a intenzivnější, také se začali objevovat panické ataky. V rámci duševních potíží přišla o dva přátele. Jednou se dostala kvůli propadu do finančního ohrožení, občas, když nic necítila, nakupovala a nesmyslně utrácela „*došlo to do bodu, když jsem byla v červených číslech.*“. Z hlediska životosprávy měla problémy s kvalitou spánku, usínání trvalo v rámci hodin a často se probouzela „*nedokázala jsem spát dýl jak dvě tři hodiny v kuse*“ dohromady spala přibližně 5 hodin. O víkendech dospávala. Stravuje se nepravidelně, často jí pouze jednou za den, prý není schopna dodržovat rituály, zvláště když přijde nějaký propad, tak týden žije „*ze vteřiny na vteřinu.*“ Subjektivně ji strava stačí. Alkohol konzumuje příležitostně na oslavách, víno, cider, drinky. Většinou 2-3 skleničky. Drogy neguje. Sportovní aktivita příležitostně, squash nebo plavání. Volný čas tráví četbou, kresbou, počítačovými hrami a skládáním arduina. Zaměstnání aktivitami pomáhalo odvést pozornost od případných lehčích propadů „*rutinu mám ráda, když jsem v ní, cítím se víc v bezpečí a nemám tolik úzkostí.*“

### 1. *Jaké jsou pozitivní dopady léčby antidepresivy na kvalitu života?*

Aktuální medikaci hodnotí výrazně efektivněji než počáteční a průběžnou, došlo k stabilizaci nálady a snížila se četnost propadů přibližně o polovinu, zároveň jsou většinou méně intenzivní a netrvá tak dlouho, než se z nich vzpamatuje. Aktuálně dojde k depresivnímu propadu maximálně dvakrát během 2 týdnů a úzkostné jsou dvakrát až třikrát do týdne. Když užívala quetiapin, nedokázala se probudit dříve než po 10 hodinách spánku a po velkou část dne byla silně utlumená „*hrozně náročný...nebyla jsem do těch 12 při smyslech*“, o víkendech spala i 16 hodin a stále si připadala vyčerpaná. Přejít na tritico tento problém eliminoval, usíná bez problému, spí 7-8 hodin a k předčasnému probouzení nedochází. Subjektivně si přijde odpočatá „*vidím hrozný zlepšení.*“ Se snížením intenzity propadů je od nich schopna častěji odstoupit a lépe je zvládnout nebo se jim úplně vyhnout „*když cítím, že to na mě jde, tak se snažím furt něco dělat a odvést pozornost.*“ Také nepadá tak často do stavů vedoucích ke kompulzivním nákupům, lépe se kontroluje. Z hlediska

myšlenek a pokusů na sebevraždu došlo k výraznému snížení jejich frekvence, avšak stále přetrvávají „*když přijde nějaká hodně stresová situace, tak mě asi všechny prášky světa nedokážou zastavit.*“ Obecně si myslí, že má díky léčbě kvalitnější život, konstatuje, že jsou věci, co se zhoršili, ale stále je to aktuálně lepší než stav s extrémními propady před léčbou a určitě by jej nevyměnila „*jako největší bolest, snad i fyzická, kterou jsem kdy zažila, je... byl ten propad...depresivní, kdy jsem fakt nebyla schopná ovládat svoje tělo a chtěla jsem jenom zemřít.*“

## 2. *Jaké jsou negativní dopady léčby antidepressivy na kvalitu života?*

Paní Markétě se dostavily nežádoucí účinky z nasazení ve formě zvracení, křečí po celém těle a migrén „*odmítala jsem to brát.*“ Při přechodu na jiné antidepressiva se běžně po dobu měsíce dostavily nežádoucí účinky ve formě nauzey a oslabení apetitu. Dále u brintellixu pociťovala závratě a úzkosti, u denibanu nadměrné pocení a tritico způsobilo častou potřebu močení. U jednoho z antidepressiv psychomotorický neklid po celou dobu užívání. Došlo ke zvýšení tělesné hmotnosti o 40 kilogramů během třičtvrtě roku „*asi to byl ten quetoš, nevím, do jaký míry ty ostatní*“, tato změna vyvolala další depresivní propady. „*Zase nevyměnila bych to za to, jak se mi zlepšila kvalita psychického života...ee...samozřejmě váha taky dokáže ohrozit na životě, ale momentálně mě ohrožuje na životě míň než moje hlava.*“ V rámci léčby je více citlivá na efekt alkoholu, což nehodnotí jako zásadní problém. Aktuálně pociťuje rychlejší vyčerpání energie v průběhu dne, přijde si utlumenější. Také pozoruje menší zapálení pro volnočasové aktivity „*dřív když jsem něco dělala, tak jsem to dělala na 100 %.*“ V rámci kognitivních schopností paní Markéta pociťuje zhoršení v soustředění, „*jsem taková roztěkanější a nevydržím tak dlouho na jednom tasku.*“ Podobně vnímá i paměť, kdy občas zapomene i běžná slova, což se odráží i v běžné komunikaci „*není to jako, mám to na jazyku, ale že jako vyloženě pes a podobný věci zmizí...třeba, když jsem v polovině věty, tak úplně zapomenu, že jsem něco říkala a hledám co se stalo.*“

## 3. *Došlo ke změně vztahu ostatních lidí k vám kvůli léčbě?*

Došlo ke změně ze strany matky „*půl roku moc nevěděla, jak se ke mně chovat.*“ Ze začátku měla o paní Markétu větší starost a snažila se kontrolovat co dělá, aktuálně je velkou oporou „*ještě jsem z toho taková vyjukaná, že se takhle dokázala změnit kvůli mně.*“ Otce o léčbě paní Markéta informovala, vztah se nezměnil. Nechce s ním udržovat jakýkoliv kontakt, jeho agresivní a manipulativní počínání v průběhu jejího dětství je důvodem

rozvinutí PTSD. Otec na léčbu reagoval nevhodně, přesto že sám antidepresiva užívá. Stále se snaží navrátit paní Markétě do života, což spíná další úzkosti. Sestra se o paní Markétu zprvu snažila starat „*já nic takovýho nepotřebovala, rozhodně ne od mladší sestry*“, ale to se již srovnalo. Prarodiče se více strachují. Přátelé o léčbě ví, v rámci stejné generace nedošlo ke změně vztahu. Jednou zažila nepříjemnou zkušenost z řad spolužáků „*viděla jsem jí poprvé v životě, a tak osobní otázky co měla.*“ Přátelé z matčiny generace zprvu nevěděli, jak mají k paní Markétě přistupovat, opatrně našlapovali, ale dnes je vše urovnané „*to je asi ta generační to...ta naše generace tyhle věci tak jako vnímá tak otevřeněji.*“ Partnera aktuálně nemá, nezažila změnu vztahu.

#### 4. *Došlo ke změně postoje k antidepresivům od začátku léčby?*

Nejdříve si paní Markéta připadala méněcenná „*potřebuju ty prášky, i když je ostatní nepotřebujou.*“ Aktuálně tyto pocity vymizely, bere svůj stav jako nemoc, na kterou jsou potřeba brát léky, jsou součástí jejího života. O kvalitách léků má stejné mínění, jsou pro ni dobré. Za medikaci se nestydí a bez problému o ni mluví.

#### 5. *Došlo díky léčbě ke změně pohledu na sebe samotného?*

Paní Markéta pozoruje výraznou změnu. Je více sebekritická „*ne jako špatným stylem*“, dokáže jasněji přemýšlet a racionálně hodnotit jak své chování, tak situace, ve kterých se nachází.

#### 6. *Jaký dopad mělo případné předčasné vysazení léku?*

Záměrně léky nebyly vysazeny. Omylem došlo párkrát k vysazení léku z opomenutí. V rámci jednoho dne se nedostavil se závažnější efekt. Když si paní Markéta léky zapoměla vzít na dovolenou, vysazení trvalo pět dnů. V té době užívala britallix, deniban a quetiapin. Po třech dnech se dostavili křeče v žaludku, zvracení a bolesti hlavy. O vysazení neuvažovala, v případě záměrného vysazení by se prvně poradila s psychiatrem.

#### 7. *Jaký je aktuální názor na kvalitu léčby?*

K psychiatrovi dochází maximálně dvakrát do měsíce. Dochází rok na psychoterapii, se kterou je spokojena. S léčbou je celkově velmi spokojená, vyzdvihuje záměnu tritica za quetiapin „*ta únava, to bylo fakt velký minus.*“ S časem očekává další pokroky.



## 8 INTERPRETACE

V této kapitole dojde k interpretaci analyzovaných výsledků ze všech sedmi interview. Nejdříve u každého respondenta shrnu veškeré dopady léčby antidepressivy na jejich život. Poté v tabulce shrnu celkový výčet důsledků léčby a hromadně porovná situaci všech respondentů. Na konec odpovím postupně na každou výzkumnou otázku podle získaných dat z práce.

Hlavní výzkumné otázky:

1. *Jaké jsou pozitivní dopady léčby antidepressivy na kvalitu života?*
2. *Jaké jsou negativní dopady léčby antidepressivy na kvalitu života?*

Dílčí výzkumné otázky:

3. *Došlo ke změně vztahu ostatních lidí k vám kvůli léčbě?*
4. *Došlo ke změně postoje k antidepressivům od začátku léčby?*
5. *Došlo díky léčbě ke změně pohledu na sebe samotného?*
6. *Jaký dopad mělo případné předčasné vysazení léku?*
7. *Jaký je aktuální názor na kvalitu léčby?*

### **Blanka**

Díky antidepressivům došlo u paní Blanky ke zlepšení zdravotního stavu, psychicky je stabilnější a je schopna fungovat v běžném životě a zároveň si ho užívat. Zároveň pozoruje zlepšení kvality spánku. Také je citlivější vůči lidem v podobných problémech. Mezi negativní dopady patří nežádoucí účinky z nasazení. Pozoruje zhoršení paměti, kdy se často musí druhý den doptávat, co se večer odehrálo. Celkově si paní Blanka přijde více utlumená, což se odráží i na jejím kognitivním výkonu. Zhoršení se dostavilo i ve schopnosti soustředění. Také pociťuje nižší toleranci alkoholu. Paní Blanka se nesetkala se změnou povahy vztahu vůči ní samotné, avšak kvůli obavám z reakcí nemůže o léčbě říci všem blízkým, což ji vadí zejména u přátel „*dost by mi pomohlo, kdyby to věděly kamarádky.*“ Vztah směrem k antidepressivům se změnil, paní Blanka je s léčbou smířena a věří, že jí pomůže. V náhledu na sebe vnímá určité změny, přesto, že o sobě stále má určité negativní mínění, snaží se k sobě přistupovat pozitivněji, celkově je schopna pracovat na lepším přístupu k sobě. Záměrně medikaci nevysadila „*to bych si netroufla*“, opomenutím ano,



změny se dostavili až při delším vysazení v rozsahu týdne. Důsledkem byla nauzea a pocit elektrického probíjení, pravděpodobně tedy symptomy syndromu z vysazení. S léky, přístupem psychiatra a psychoterapií je spokojena a celkovou léčbu hodnotí kladně.

### **Cecílie**

Paní Cecílie díky antidepresivům opět nabyla schopnosti stravovat se. Popisuje, prvotně dostavené zlepšení pracovních schopností, převážně možnost soustředit se, až později došlo ke schopnosti si jej užívat. Nadále došlo k celkovému snížení četnosti úzkostných a depresivních propadů. Zároveň pocítuje pokles jejich intenzity, celkově je více stabilní a nachází se převážně v pozitivním ladění. Dále pocítuje pokles vyčerpání pramenícího z případných úzkostí. Nežádoucí účinky z nasazení paní Cecílie v podstatě nezaznamenala, v průběhu léčby se nedostavily zásadní nežádoucí účinky. Kvůli antidepresivům došlo k interakci s léky na oddálení menstruace, které užila kvůli dovolené. Důsledkem byl zhoršující se psychický tlak a bolest, neschopnost činnosti včetně omezení příjmu potravy. Zážitek popisuje jako velmi nepříjemný, ke konci dovolené o sobě vůbec nevěděla. Z hlediska změny vztahů vůči své osobě se paní Cecílie nesetkala s potížemi, povaha vztahů zůstala stejná. Roli antidepresiv ve ztrátě partnera kvůli duševním potížím nedokáže ohodnotit. U paní Cecílie došlo k pozitivní změně pohledu na antidepresiva, aktuálně je bere jako běžné léky, jako svou součást, díky které je schopna vzdorovat propadům. Ovšem několikrát vyvstaly i pochybnosti o jejich efektivitě. Za léčbu se nestydí, nemá problém o ni hovořit. Ke změně pohledu na sebe samotnou také došlo. Díky antidepresivům si o sobě paní Cecílie při výskytu úzkostných myšlenek nemyslí, že je „blázen“, došlo k normalizaci vnímání jejich existence. Záměrně medikaci nevysadila, z opomenutí opakovaně. Jednalo se o rozsah jednoho dne, kdy důsledkem byly závratě po zbytek nadcházejícího dne. V průběhu léčby si paní Cecílie sama měnila užívané, změna byla znatelná. Opakovaně uvažovala o vysazení, ale fakticky zatím není v plánu. S psychiatrem není spokojena, s psychoterapií má špatné zkušenosti. Se samotnými antidepresivy je spokojena, léčbu jako celkovou shledává nedostatečnou „*mě vlastně nikdo jako neléčí, já ani nemám jasnou diagnózu, nemůžu tomu říkat léčba.*“

### **Iva**

Paní Iva od začátku léčby pozoruje zlepšení kvality spánku. Také došlo k navrácení chuti k jídlu, připustila si existenci problému s příjmem potravy a snaží se jej řešit. Díky antidepresivům došlo k validizaci problému, což je pro paní Ivu zásadní, protože může

problém uchopit, pracovat na něm a mluvit s ostatními bez nařčení ze simulace. Největší přínos vnímá ve zvýšení kognitivní výkonnosti mozku, které se projevilo v obnovení možnosti soustředění, vykonávání činností a také nebýt „pasivní příjemce té nemoci“, kdy práce na sobě přinese výsledek. V neposlední řadě nabyla schopnosti vůbec trávit volný čas. Také došlo k obnovení některých vztahů s přáteli. Jako negativní dopad léčby se dostavila dlouhá doba usínání, která nevymizela, ale došlo k jejímu zkrácení. Přetrvalo extrémní sucho v ústech, jehož přítomnost a dopady nehodnotí jako závažné. Ze začátku léčby o sobě měla paní Iva kvůli potřebě užívání antidepresiv snížené mínění. Rodina paní Ivy o léčbě neví. Přátelé o léčbě ví. Partnera nemá. S problémy kvůli léčbě se nesetkala, naopak se dostavila podpora. U některých přátel zprvu pociťovala nejistotu, ale změna povahy vztahu se nedostavila. Ke změně vztahu paní Ivy vůči lékům nedošlo, stále je přesvědčena, že jejich užívání je prospěšné. V budoucnu počítá s vysazením, aktuálně se za léčbu nestydí a je s ní smířena, nemá problém o ni hovořit. V oblasti změny pohledu na sebe paní Iva aktuálně nevidí zásadní změnu, avšak pozoruje změnu v pozitivnějším přístupu k sobě. Záměrně léky paní Iva nevysadila, opomenutím ano. V rámci jednoho dne, bez dopadu. S psychiatrem celkově je spokojena, na psychoterapii nedochází, i když by ji uvítala. S léky je spokojena. Dohromady léčbu hodnotí velmi kladně.

### **Marcel**

Pan Marcel aktuálně pozoruje zásadní zlepšení v kvalitě spánku. Také dokáže odstoupit od nepříjemných situací v živých snech. Stejně tak lépe zpracovává negativní myšlenky v bdělém stavu, které ze stránky intenzity zůstaly stejné. Dále došlo ke zlepšení v pracovní schopnosti a soustředění. Aktuálně se snaží méně zatěžovat své tělo i psychiku, snížil konzumaci drog a zlepšil životosprávu. U pana Marcela se projeví nežádoucí účinky v oblasti spánku ve formě nadměrného pocení, častého buzení a živých snů. Během dne pociťuje utlumení a rychlejší unavení. Dále došlo k utlumení sexuálního vzrušení a dysfunkci erekce. Dále pozoruje zhoršení ekzému, na který celoživotně trpí. Největší zátěží jsou důsledky z vynechání užití tritica. Ze strany vztahu matky vůči panu Marcelovi nedošlo. S otcem se díky léčbě sblížil. Pozitivně hodnotí i změnu oblasti zájmu prarodičů. U přátel vědomých léčby nedošlo ke změně. V partnerském vztahu se nesetkal s potížemi. Ke změně názoru na medikaci došlo, díky účinku medikace se dostal z nejhorších stavů, ale vyléčit ho nedokáže. Celkově k nim pan Marcel zastává neutrální postoj, často přemýšlí, jaká je jejich role ve společnosti a zda je jejich samotná podstata pomoci nebo nástrojem. Za léčbu se nestydí, nemá problém o ni hovořit. Podle pana Marcela došlo k výrazné změně,

vnímá že jeho tělo nevydrží to, co dříve, což ho přimělo ke změně zacházení se sebou samým. Změnu uvítal, necítí potřebu utíkat „*vlastně ani nechci...to bude ten rozdíl.*“ K záměrnému vysazení nedošlo, k opomenutí v rozsahu jednoho dne dochází často. Dopad pan Marcel pozoruje pouze u tritica, kdy není schopný usnout a je mu nevolno po zbytek druhého dne. O vysazení uvažoval, avšak kvůli riziku návratu do stavu před léčbou k němu nedošlo. V budoucnu touží po snížení dávky nebo ideálně kompletním vysazením. S psychiatrem je spokojený, stejně tak s léky, s psychoterapií má rozdílné zkušenosti, pobyt v Bohnicích hodnotí velmi kladně. Celkově je s léčbou spokojený.

### **Lukáš**

Pan Lukáš díky antidepresivům nabyl schopnosti netrávit veškerý čas spánkem a úzkostmi. Pozoruje zlepšení v kvalitě spánku. S léčbou se opět dostavila chuť k jídlu. Nyní je schopný pracovního výkonu, zlepšení se dostavilo převážně v soustředění. Také vidí změnu v možnosti sportovat a celkově nepocit'ovat neustálý chlad. Propady jsou stále přítomné, ale došlo ke snížení jejich četnosti. Obecně může prožívat radost a užívat si život. Pan Lukáš zažil silné nežádoucí účinky v rámci změny farmak. Aktuálně prožívá občasné excitace, ve kterých není schopný běžného fungování a soustředění, což ho již několikrát ohrozilo ve studiu, navíc je mu vyčítaná únava po vyprchání excitace. Kvůli pocitu nedostatečné efektivity předchozí léčby léky opakovaně vysadil, důsledkem ohrozil studium a vztah s partnerkou. Pan Lukáš pozoroval počáteční odpor otce vůči léčbě, avšak změnu povahy vztahů s rodinou nepozoruje. U partnerky také nezaznamenal změnu povahy vztahu kvůli léčbě. Zažil negativní zkušenost s přáteli a okolím, kdy se na něj lidé dívaly s předsudky „*nic z toho není jako příjemnýho.*“ Za léčbu se nestydí, ale diskuzi by na ni již sám od sebe nezačínal. Došlo k výrazné změně vztahu pana Lukáše k lékům. Aktuálně antidepresiva vnímá velmi kladně, potřebuje je a věří, že mu pomohou. V rámci změny pohledu na sebe u pana Lukáše díky medikaci nedošlo. Třikrát došlo k záměrnému vysazení, pokaždé se pan Lukáš dostal do stavů podobných nebo horších, než když započal s léčbou. K vysazení z opomenutí také došlo. Od zvýšení dávky nevidí důvod pro vysazení. Má zkušenosti s více psychiatry a hodnotí je velmi různorodě, psychoterapie mu nepřišla efektivní. S aktuálními léky je naprosto spokojený.

### **Nela**

Paní Nela pozoruje zlepšení v kvalitě spánku, vymizeli sebevražedné myšlenky. Došlo ke zlepšení schopnosti soustředění. Psychicky lépe zvládá občasné záchvaty přejídání,

kteře jsou zároveň méně časté. Celkově má stabilnější příjem potravy a tělesnou hmotnost. Také se zlepšilo vnímání mezilidských kontaktů a vztahů s přáteli. Zásadním přínosem je více energie a chuť do života. Dále pozoruje lepší sebekontrolu v oblasti negativních myšlenek. Léčba paní Nele ukázala, že jde o nemoc, ne o její osobnost. Díky medikaci si paní Nela přijde utlumená a mohla by neustále spát. Po dobu tří měsíců měla otupělé emoce. Při nasazení prvních farmak se dostavily pouze nežádoucí účinky. Aktuální vynechání snídaně vede k nevolnosti po celý zbytek dne. Také pociťuje sucho v ústech. Zátěž způsobená léky je pro ni minimální. Otec paní Nely vnímá léčbu jako zbytečnou, ale kde změně povahy vztahu v rodině nedošlo. Babička o léčbě nesmí vědět. Povaha vztahu s partnerem se konkrétně kvůli léčbě nezměnila, jenom díky ní měla náhled na propady. Mezi přáteli se nesešla se změnou povahy vztahu. Ke změně názoru paní Nely na antidepresiva nedošlo, stále je přesvědčena o jejich pozitivní kvalitách. Za léky se nestydí, nemá problém o nich hovořit. Ke změně pohledu na sebe u paní Nely došlo. Přijde si sebevědomější v oblasti komunikace a fyzicky atraktivnější. K záměrnému vysazení nedošlo. Omylem ano, a to po dobu pěti dní. Důsledkem byl propad do stavů před léčbou. O vysazení paní Nela uvažovala kvůli obavě ze zátěže organismu a nejistoty vlastní identity. Aktuálně vysazení odložila. S psychiatrem a léky je spokojena, s psychoterapií má negativní zkušenost, canisterapii hodnotí kladně. Celkově je velmi spokojená.

### **Markéta**

Paní Markéta pozoruje nižší četnost, intenzitu depresivních a úzkostných propadů, zároveň i rychlejší zotavení. Výsledkem si přijde psychicky více stabilní. Také je někdy schopna od propadů odstoupit a fungovat. Paní Markéta dokáže racionálněji hodnotit chování své i druhých. Lépe se kontroluje v případě nákupních kompulzí. Nasazením antidepresiv došlo ke zlepšení kvality spánku. Frekvence sebevražedných myšlenek a pokusů byla snížena, nedošlo ke kompletní eliminaci. Celkově je pro ni práce snazší a může žít kvalitnější život. Paní Markéta opakovaně trpěla na různé nežádoucí účinky z nasazení. Mezi přetrvávající nežádoucí účinky patří nárůst tělesné hmotnosti (pravděpodobně způsobené převážně quetiapinem), útlum, rychlejší vyčerpání energie a psychomotorický neklid. Dále pozoruje snížení zápalu pro volnočasové aktivity. Také vnímá zhoršení kognitivních schopností, konkrétně soustředění a paměti. Zanedbatelným problémem je zvýšení efektu alkoholu. Paní Markéta vidí změnu v chování matky, nejdříve byla zmatená, aktuálně je oporou. Změnu ve vztahu s otcem nepozoruje. U sestry paní Markéta také pozorovala změnu chování. Vztah s prarodiči se také změnil. Přátelé o léčbě ví, v rámci

stejně generace nezažila změnu povahy vztahu, pouze jednu negativní zkušenost. V rámci starší generace pozorovala změnu. Ke změně postoje vůči antidepresivům u paní Markéty došlo. Vymizely negativní mínění kvůli potřebě medikace, s léčbou je smířena a věří, že jí pomůže. Za medikaci se nestydí a bez problému o ní hovoří. U paní Markéty došlo k pozitivní změně pohledu na sebe samotnou. Záměrně k vysazení nedošlo. Omylem ano, důsledky mělo až vysazení na pět dnů. Dostavili se křeče, zvracení a bolesti hlavy. O vysazení neuvažovala. S psychiatrem a aktuálními léky je spokojena, s psychoterapií je spokojena. S léčbou je celkově spokojena.

Nyní uvedu tabulku č.1 zobrazující přehled změn, ke kterým u respondentů došlo.

**Tab. 1:** Odras účinku antidepresiv na kvalitu života respondentů dle interview

Výzkumná otázka	Podkategorie	Blanka	Cecílie	Iva	Marcel	Nela	Lukáš	Markéta
Pozitivní dopady léčby antidepresivy	pocit větší psychické stability	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
	lepší fungování v běžném životě	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
	zlepšení kvality spánku	ano	ne	ano	ano	ano	ano	ano
	zlepšení stravování	ne	ano	ano	ano	ano	ano	ne
	zlepšení schopnost užívat si života	ano	ano	ano	ne	ano	ano	ano
	zlepšení pracovní schopnosti	ne	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Negativní dopad léčby antidepresivy	nežádoucí účinky z nasazení	ano	ne	ano	ano	ano	ano	ano
	přetrvávající nežádoucí účinky	ano	ne	ano	ano	ano	ano	ano
	omezení kvůli léčbě	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Vztah ostatních lidí	změna povahy vztahu ostatních	ne	ne	ne	ano+	ne	ano-	ano-
	změna chování ostatních	ne	ne	ano+	ano+	ano	ano-	ano-
Změna postoje k antidepresivům		ano+	ano+	ne+	ano	ne+	ano+	ano+
Změna pohledu na sebe		ano+	ano+	ano+	ano+	ano+	ne	ano+
Dopad předčasného vysazení léčby	záměrné vysazení léku	ne	ne	ne	ne	ne	ano	ne
	nezáměrné vysazení léku	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
	negativní dopad vysazení léku	ano-	ano-	ne	ano-	ano-	ano-	ano-

Názor na kvalitu léčby	spokojenost s medikací	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
	celková spokojenost	ano	ne	ano	ano	ano	ano	ano

Poznámka: indexy v tabulce slouží ke specifikaci kterým směrem proběhla změna vztahu, postoje či pohledu. V případě neproběhlé změny se jedná o zobrazení povahy vztahu. Přičemž index „+“ zastupuje pozitivní povahu vztahu a index „-“ negativní povahu vztahu.

V příloze č.10 je uvedena tabulka zobrazující výčet dalších pozitivních dopadů léčby, které respondenti pozorovali, včetně celkového součtu kladných odpovědí. V příloze č.11 je uvedena tabulka výčtu veškerých nežádoucích účinků antidepresiv, které respondenti pozorovali. Nebyly zahrnuty nežádoucí účinky z nasazení, neboť jsou poměrně přirozené a dočasné. Důvodem pro umístění těchto tabulek do přílohy byla větší přehlednost a stručnost interpretace.

V rámci práce byla zjištěna vysoká variabilita veškerých dopadů na kvalitu života kvůli užívání antidepresiv. Zkušenosti respondentů se v některých případech velmi lišily. Přesto bychom mohli vyvodit určité podobnosti mezi zkušenostmi respondentů.

Pro výzkumnou otázku č.1: *Jaké jsou pozitivní dopady léčby antidepresivy na kvalitu života?* Bylo pozorováno mnoho pozitivních přínosů. Některé se dostavily u všech 7 respondentů, konkrétně šlo o zlepšení ve fungování v každodenním životě doprovázené pocitem větší psychické stability, která hrála roli i ve schopnosti zvládat případné propady, úzkostné a autoakuační myšlenky. U většiny výzkumného souboru, tedy u 6 respondentů se dostavilo zlepšení kvality spánku a pracovní schopnosti, která byla před léčbou například u pana Lukáše naprosto mizivá. Stejný počet respondentů uvedl, že díky léčbě znovu dostali možnost užívat si život. U pěti respondentů došlo ke zlepšení stravování, přičemž paní Cecílie, Iva a pan Marcel měli před léčbou závažný problém s příjmem potravy. U pěti respondentů se s léčbou dostavilo zlepšení soustředění, kdy před léčbou u většiny respondentů soustředění strhávaly úzkostné myšlenky. Čtyři respondenti vidí velký přínos léčby v možnosti na sobě pracovat, přičemž paní Iva a pan Marcel zastávají názor, že samotná antidepresiva nedokážou úplně vyléčit, že je potřeba i snaha ze strany léčeného. U tří respondentů došlo k různé intenzitě snížení sebevražedných tendencí, avšak paní Markéta zmínila, že v případě těžkého propadu léky asi nepomohou. Paní Blanka a pan Lukáš od léčby získali větší pochopení pro lidi s podobnými problémy. Na závěr pro paní Ivu a Nelu byl důležitý fakt samotné potřeby léku, který byl validizací, že jde o nemoc. Další přínosy byly čistě individuální.

Pro výzkumnou otázku č.2: *Jaké jsou negativní dopady léčby antidepresivy na kvalitu života?* Šest ze sedmi respondentů zažilo nežádoucí účinky z nasazení medikace, ve formě nauzey, nadměrného pocení a křečí. Taktéž 6 respondentů má zkušenosti s nežádoucími účinky přetrvávající po celou dobu užívání určitého antidepresiva. Z nichž je nejčastější je výskyt útlumu, který vnímají 4 respondenti. Dále se objevily u 2 respondentů živé sny, které jsou pro paní Blanku spojené se ztrátou paměti a pro pana Marcela s prožíváním nebezpečí. Dva respondenti naopak kvůli léčbě pozorují zhoršené soustředění. Problémy s pamětí se objevily kromě paní Blanky i u paní Markéty. U pana Lukáše je zásadním problémem občasná excitace. Pouze u jednoho respondenta se projevily sexuální dysfunkce. Pro všechny respondenty je užívání antidepresiv nějakým způsobem omezující, či zatěžující v každodenním životě. 2 respondenti nemohou o léčbě otevřeně mluvit. 2 respondenti omezují nežádoucí účinky v případě nechtěného vysazení. 3 respondenti vnímají možné ohrožení (například studia) z důsledku existence nežádoucích účinků. Přesto by žádný respondent nevyměnil aktuální zátěž způsobenou farmakou za zátěž, kterou přinášel stav, ve kterém se nacházeli před léčbou.

Pro výzkumnou otázku č.3: *Došlo ke změně vztahu ostatních lidí k vám kvůli léčbě?* Změnu chování okolí vůči sobě zaznamenalo 5 respondentů. Přičemž u 2 respondentů šlo o příjemnou změnu a 2 respondentům byla změna nepříjemná, u posledního respondenta došlo k více změnám různé kvality. Změnu povahy vztahu vůči nim vnímali pouze 3 respondenti, přičemž ve dvou případech šlo o negativní posun, kdy konkrétně pan Lukáš vnímá svěřeni se s léčbou jako velkou chybu. Jednou šlo o posun pozitivním směrem, kdy se pan Marcel sblížil otcem.

Pro výzkumnou otázku č.4: *Došlo ke změně postoje k antidepresivům od začátku léčby?* Můžeme pozorovat změnu u 5 respondentů. Přičemž kladný postoj k antidepresivům aktuálně zastává 6 respondentů. Sedmý respondent sice změnil názor na účinnost antidepresiv, ale povaha jeho vztahu k lékům zůstala stejná, tedy neutrální.

Pro výzkumnou otázku č.5: *Došlo díky léčbě ke změně pohledu na sebe samotného?* Můžeme pozorovat, že 6 respondentů vnímá změnu v pohledu na sebe, všechny dostavené změny byly kladné povahy. Poslední respondent pozoruje změnu, však ne zásluhou účinku antidepresiv.

Pro výzkumnou otázku č.6: *Jaký dopad mělo případné předčasné vysazení léku?* Pouze jeden respondent vysadil medikaci záměrně a to opakovaně. U všech sedmi

respondentů došlo alespoň jednou k nechtěnému vysazení antidepresiv, většinou z opomenutí. Následky vysazení pozorovalo šest ze sedmi respondentů, vždycky šlo o negativní zkušenost ve formě návratu do stavu před léčbou, nebo zesílenými nežádoucími účinky či symptomy ze syndromu z vysazení.

Pro výzkumnou otázku č.7: *Jaký je aktuální názor na kvalitu léčby?* Všech 7 respondentů je spokojeno s účinkem současné medikace. V rámci hodnocení celkové léčby je pouze jeden respondent výrazně nespokojený. S celkovou léčbou je aktuálně spokojených tedy šest respondentů.



## 9 DISKUZE

Cílem této práce bylo zjistit a popsat jakou změnu v kvalitě života přináší jejich uživatelům léčba antidepresivy. Snahou bylo obsáhnout jak pozitivní, tak negativní dopady léčby. Ke svému výzkumu jsem použil jako metodu sběru dat interview. Data získaná z interview byla zpracována za pomoci interpretativní fenomenologické analýzy. V rámci metody analýzy dat si jsem vědom, že nemám osobní zkušenosti s antidepresivy, avšak s tematikou jsem se již v průběhu života opakovaně setkal v rámci mého okolí. Nadále se mi problematika jeví jako důležitá, velmi komplexní a vzbuzující zájem kvůli mé snaze profilovat se budoucnu směrem do klinické psychologie. S čímž předpokládám, že například díky své výši preskripce, na kterou poukazuje Dreher (2017), jde v rámci klinické psychologie o relevantní téma. Téma pro mě bylo i výzvou. Lepší porozumění v této oblasti pro mě tedy bylo podstatné jak z osobních, tak z profesních důvodů.

K hlavním výzkumným otázkám jsem dospěl v rámci názvu a cílů práce. Když se zamyslíme nad odrazem účinku antidepresiv na kvalitu života, pravděpodobně se očekává výskyt nějakého obecně pozitivního a negativního efektu. Očekávání pozitivního efektu je v samotném rámci podstaty, že jde o lék. U antidepresiv konkrétně tedy užívaného za účelem zmírnit nejčastěji depresivní symptomy a dosáhnout remise (Bareš & Novák, 2008). Z hlediska negativních efektů byly prvotně brány v potaz možné komplikace vyvstávající z užívání antidepresiv samotných, tedy možnost dostavení jejich nežádoucích efektů například dle Švestky, (2002); Faina a Gada, (2014). Další očekávanou změnou zasahující do kvality života, byla oblast pracovních schopností a jejího případného ohrožení, které je běžné rámci depresivní poruchy (Raboch, 2012). Také byly brány v potaz možná rizika vznikající při neadekvátní léčbě nebo zacházení s antidepresivy. Například riziko serotoninového syndromu (Prokeš & Suchopár, 2019; Paclt 2012) nebo syndromu z vysazení (Raboch et al., 2015) a ohrožení z nich vyplývající.

Na základě doporučeného principu nasazení monofarmakoterapie a případné změny farmak kvůli nedostatečné odpovědi na léčbu dle Orla (2016) mi přišlo důležité zmapovat celkovou historii užívaných farmak. Zdravotní stav a kvalita života se mohla v průběhu měnit, stejně tak postoj k lékům. V rámci výzkumného souboru vidíme, že všichni respondenti začali léčbu antidepresivy skupiny SSRI, což je v souladu s tvrzením Drehera

(2017) v teoretické části práce. Avšak pouze u jednoho respondenta nebyly od začátku podnikány změny v rámci medikace ze strany psychiatra.

Výsledky práce nám ukázali, že pro všechny respondenty přineslo užívání antidepresiv jak pozitivní, tak negativní dopady na kvalitu jejich života. Přínosem antidepresiv byl jejich samotný účinek, který jim také všichni respondenti přiznávají. U všech respondentů došlo ke zlepšení psychické stability v životě, ať už díky snížení četnosti či intenzity prožívaných depresivních a úzkostných propadů, nebo celkové možnosti odtrhnutí se od vtíravých myšlenek a směřovat své soustředění jiným směrem. Tento fakt také souvisí s mírou vyčerpanosti, neboť více respondentů zmínilo, že si připadali neustále bez energie právě třeba z důvodu jejího vynaložení na boj s těmito myšlenkami. Mám dojem, že u vícera dopadů hodnocených jako pozitivních je velké provázání, kdy se tyto jevy mohou ovlivňovat navzájem. Například mezi zlepšením kvality spánku, pracovní efektivitě a pocitu lepšího fungování v životě, stejně tak již zmíněné psychické stability a schopnosti užívat si života. Překvapením pro mě bylo, kolik respondentů před léčbou trpělo na neschopnost či narušenou schopnost stravování. Zlepšení bylo hodnoceno ať už z hlediska odstranění „stažení“ žaludku, které bylo zapříčiněno úzkostmi nebo změnou pohledu na sebe, která byla před léčbou extrémně sebekritická.

Jisté aspekty výsledků této práce můžeme porovnat s výzkumem, který provedli Jha et al., (2016). V našem případě byl jeden respondent v léčbě teprve 3 měsíce, přičemž již během prvního a druhého měsíce pozoroval výrazné přínosy léčby. V době rozhovoru popisoval zlepšení v psychické stabilitě, kvalitě spánku, stravování, pracovní oblasti, celkově lepším fungování v běžném životě se schopností si jej užívat. Můžeme tedy říct, že došlo ke zlepšení kvality života již v brzké fázi léčby stejně jako v uvedeném výzkumu. V případě očekávané remise u respondenta na základě tohoto zlepšení odpovědět nemůžeme, protože na to nemáme dostatečná data. Na druhou stranu výsledky této práce se neshodují v případě jiného respondenta, který se po půl roce užívání antidepresiv pokusil spáchat sebevraždu, můžeme předpokládat, že u něj ke zvýšení kvality života nedošlo. Ovšem v tomto případě mohl být incident a celková léčba ovlivněna „nebezpečnou“ životosprávou respondenta, či podceněním závažnosti situace a nasazením nedostatečné medikace. Srovnání výsledků této práce a výzkumu podléhá limitům rozdílného výzkumného souboru, prostředí, podmínek, užitých preparátů a metod. Jde tedy spíše o možná porovnání než potvrzení vztahu.

V rámci studie, kterou provedli Goodwin et al., (2017). došli k závěru, že u 46 % respondentů užívajících antidepresiva skupiny SSRI nebo SNRI dojde v průběhu léčby k nežádoucímu účinku ve formě emoční oploštělosti. V rámci této práce užívalo antidepresiva skupiny SSRI z počátku všech 7 respondentů, aktuálně je užívá buď samostatně nebo s doplněním o jiné preparáty 6 respondentů. Avšak pouze jeden respondent na sobě pozoroval emoční oploštělost, a to navíc pouze v rámci tří měsíců od začátku užívání sertralinu.

Také se dostavily změny čistě mimo redukci depresivní symptomatiky, kdy většina respondentů díky léčbě zjistila, že s nemocí mohou a musí bojovat. Někteří popisovali, že si ještě dávno před léčbou připadali, že jsou prostě „jiní“, že nejde o psychiatrický problém, ale o problém v nich. Tyto respondenti si díky léčbě zároveň obdrželi jakousi validizaci problému, kterého se mohou zbavit, náhled a naději.

Jako negativní dopady všichni respondenti vnímali omezení, které léčba představuje. Většinou se jednalo o přítomnost nežádoucího účinku preparátu či stavu, do kterého se dostali kvůli vysazení antidepresiva nebo samotného faktu přítomnosti léčby. Veškerá omezení byla poměrně specifická a pro každého respondenta podmíněna individuální situací v jeho životě. Například, kdyby paní Blanka či paní Nela neměli kolem sebe osoby, u kterých ví, že by užívání antidepresiv netolerovaly, vztahovaly by se negativní dopady léčby pouze na nežádoucí účinky. Kdyby paní Iva začala užívat antidepresiva v průběhu doby, kdy potřebovala vstávat, pravděpodobně by přišla o studium. Kdyby u paní Cecílie nedošlo k lékové interakci s antidepresivy, pravděpodobně by kvůli absenci nežádoucích efektů, vnímala negativně pouze zátěž organismu.

Můžeme pozorovat, že některé výsledky se neshodují s tvrzením v teoretické části této práce. Vycházíme-li z tvrzení Látalové a Praška (2011), že by antidepresiva SSRI prakticky neměli mít sedační ani excitační efekt, avšak podle dat získaných z interview se u 5 respondentů užívajících SSRI některý z těchto efektů vyskytuje. Paní Blanka (escitalopram), paní Nela (sertralin) a pan Marcel (escitalopram) si přijdou díky medikaci utlumení, pan Lukáš (escitalopram) má naopak občasné excitační stavy. Avšak je možné, že se sedační efekt dostavuje jako nežádoucí účinek dále užívané medikace, například u trazodonu dle Českové (2006), nebo jejich interakce. U pana Lukáše se může jednat o podezření na bipolární poruchu. Avšak potvrzení či vyvrácení těchto domněnek je mimo fokus a možnosti této práce. Můžeme si však povšimnout, že pravděpodobně kvůli riziku útlumu užívají léky

na večer, což je alespoň u paní Nely konzistentní s reálně prožívaným nežádoucím účinkem a informacemi v teoretické části práce.

U paní Markéty dle výsledků došlo od léčby k nárůstu tělesné hmotnosti, avšak osobně se domnívám, že pokud šlo o nežádoucí účinek medikace, přisoudil bych ho quetiapinu, oproti zbytku užívané medikace. Při užití antipsychotik můžeme předpokládat nárůst tělesné hmotnosti spíše než u antidepresiv, nárůst je o poznání větší, pokud dojde k augmentaci antidepresiv atypickými antipsychotiky (Češková & Horská, 2019). Opět antipsychotika nejsou v rozsahu možností ani záměru této práce, a proto jde o pouhou úvahu nad původem vzniku této zátěže.

Také mě zaujalo chování pana Marcela, který užíval drogu MDMA, kterou můžeme zařadit mezi amfetaminové deriváty, zároveň s již nasazeným escitalopramem. Přičemž, si byl vědom, že kombinací jejich účinků mohlo dojít ke vzniku serotoninového syndromu (Prokeš & Suchopár 2019).

Dílčí výzkumné otázky jsem vytvořil, jak již bylo zmíněno, pro lepší porozumění problematice. Otázku na postoj k antidepresivům jsem pokládal na základě předpokladu existence vztahu mezi antidepresivem a uživatelem (Orel, 2016). Povaha tohoto vztahu může kompletně ovlivnit průběh či výsledek léčby. V této souvislosti mě napadla dílčí otázka na změnu vztahů ostatních lidí kvůli léčbě, neboť lidé mohou mít různé názory, postoje a hodnoty, a to i v rámci užívání antidepresiv. V rámci mezilidské interakce v našem i mimo naše okolí tedy může dojít ke změně těchto vztahů či ovlivnění uživatelova pohledu na antidepresiva. Tyto dvě otázky byly důvodem, proč jsem také došel k vytvoření dílčí otázky na případný dopad vysazení antidepresiv, neboť se domnívám, že spolu úzce souvisí. V případě, že má léčený ke své medikaci negativní stav, vyvstává možnost, že ji nebude užívat a jak již bylo zmíněno v teorii dle Boyce et al., (2019) může právě neefektivita léčby pramenit ze špatného užívání farmak, a proto je nutné je kontrolovat, až poté ji případně navyšovat. Příkladem z této práce může být pan Lukáš, který několikrát záměrně antidepresiva vysadil, právě z domnění, že nejsou dostatečně efektivní, což spadá mezi základní příčiny vysazení dle Kosové (2004). Výsledkem vysazení byl schopný po určitou dobu nějak fungovat, ale ve výsledku se v rámci příchozí zátěže vždycky navrátil do stavů stejných, nebo ještě horších než před léčbou. Po třech letech léčby mu byla zdvojnásobena dávka escitalopramu a od té doby došlo ke kompletnímu přehodnocení jeho vztahu k antidepresivům. Je jim silně nakloněn, protože s vyšší dávkou došlo skoro ke stoprocentnímu potlačení problémů, které poslední tři roky byly stále v určité míře přítomny.

Došlo tedy ke změně postoje k antidepresivům, díky kterému nevidí důvod proč léky znovu vysadit. Celkově tedy došlo ke zlepšení životní kvality pana Lukáše a eliminaci dříve přítomných rizik v léčbě. V rámci dílčí výzkumné otázky na aktuální názor na kvalitu léčby jsem očekával možné provázání například mezi ohodnocení spokojenosti s účinkem farmak i přes jejich negativní dopady. Všichni respondenti se shodli, že i přes zátěž, která se kvůli lékům v jejich životě objevila, aktuálně žijí lepší a kvalitnější život než ve stavu před léčbou.

Limitem této práce jsou jisté oblasti v rámci výzkumného souboru, to primárně kvůli podstatě kvalitativního designu. Výsledky této práce nelze zobecnit a aplikovat na osoby vně této práce. Dalším limitem v rámci souboru by se dalo namítat, že je poměrně homogenní, což na jednu stranu zvyšuje validitu výsledků práce, na druhou stranu bychom možná došli k naprosto odlišným výsledkům v případě větší rozmanitosti věku nebo pracovní či studijní pozice. Nutné je připomenout, že nebyly kladeno omezení z hlediska věku. Z hlediska kritérií pro výzkumný soubor nevidím problém. První kritérium bylo vytvořeno, aby bylo možno od respondentů dosáhnout co nejpřesnějších odpovědí. V případě, že by nebyli aktuálními uživateli, by jejich výpovědi, i přes možnou dlouholetou zkušenost s užíváním antidepresiv, mohli být zkresleny. Přičemž přesně k této situaci, v rámci nedorozumění, došlo i v této práci a respondent byl z výzkumného souboru vyřazen. Druhé kritérium bylo stanoveno z důvodu časové prodlevy, která je potřebná k dostavení účinku antidepresiv. Minimální limit doby užívání byl založen na základně informací od Drehera (2017); Orla (2016); Látlové a Praška (2011) a následně ještě pro jistotu navýšen. Potenciální změnu pozoruji v možnosti stanovit třetí kritérium, které by vymezovalo výzkumný soubor pouze na uživatele antidepresiv, či jedno konkrétní antidepresivum. Tím by pravděpodobně bylo dosaženo přesnějších výsledků, zamezením možných účinků jiných farmak nebo jejich interakcí.

Jako příklad můžeme uvést paní Markétu, která k antidepresivům užívá i antipsychotikum pro derealizační stavy. Jak bylo uvedeno v teorii, Mulder et al., (2018) tvrdí, že cestou k efektivní léčbě může být kombinace antidepresiv s antipsychotiky, a to v případě depresí s psychotickými příznaky. Tento příklad léčby vidíme u paní Markéty, která k antidepresivům užívá i antipsychotikum pro derealizační stavy. Pro lepší náhled dodám historii změny farmak, prvotně paní Markéta užívala quetiapin (antipsychotikum), který prý určitým způsobem fungoval, avšak kvůli zatěžujícím nežádoucím účinkům byl zaměněn za tritico (antidepresivum). Tato změna přinesla dle paní Markéty zásadní zlepšení z hlediska kvality spánku a zvýšení energie. Zajímavé je, že přesto, že se situace zlepšila, i

za kompletní absence antipsychotik, došlo týden před datem rozhovoru k nasazení asduteru (antipsychotikum). K efektivní léčbě tedy pravděpodobně potřebuje přítomnost antipsychotika. Důležité je, že s léčbou je spokojena. Rozhodnutí, zda jde o depresivní poruchu s psychotickými příznaky, přidání antipsychotika na rezistentní léčbu, či úplně jinou situaci však není v mém zájmu ani kompetenci.

Domnívám se, že dalším limitem této studie může být samotná snaha měřit kvalitu života. Pojem, který je pro mnoho lidí vnímán naprosto odlišně. Přesto si myslím, že existují nějaké základní prvky, které se dají shledat jako pozitivní a negativní. Například schopnost užívat si život je pravděpodobně po většinu lidí jasným znakem spokojenosti nebo dobré kvality života.

Za další limit považuji nestejnorodé prostředí, ve kterém byly interview provedeny. Také to, že někteří respondenti nechtěli určitá témata rozvádět, naštěstí k tomuto došlo minimálně a pravděpodobně se nejednalo o zásadní informace. Je nutné zdůraznit, že na tuto volbu měli právo a je respektována. Stejně tak, že si někteří respondenti pro délku léčby nepamatovali všechny užívané léky a jejich dávkování. Avšak standardizace těchto podmínek byla pravděpodobně neproveditelná.

Limitem by mohl být i vysoký počet výzkumných otázek, avšak 5 z nich bylo označeno jako dílčí, sloužící k širšímu a snad lepšímu porozumění problematice. Důvody jejich vzniku jsem již uvedl. Souvisejícím limitem může být příliš velký rozsah oblasti, kterou se tato práce snaží uchopit. Důsledkem je složitá formulace výsledků a velký rozsah práce.

Jako přínosy této práce vidím lepší zmapování této problematiky pro osoby, které se tomuto problému chtějí věnovat nebo pro osoby, které o ni mají „pouhý“ zájem. Jelikož nejde o odborné poznatky, ani tvrdá a reprezentativní data využitelná či aplikovatelná mimo tuto práci a výzkumný soubor. Jedná se spíše o nastínění možného dopadu léčby antidepresiv na život u sedmi osob, nejde o data, ze kterých by měl někdo vycházet či vyvozovat závěry.

## 10 ZÁVĚR

Z výsledků této práce vyplývá, že léčba antidepresivy sebou přináší jak pozitivní, tak negativní aspekty v rámci kvality života jejich uživatelů. Výsledek jejich užívání je ovlivněn jejich pozorovanými účinky na samotném uživateli, uživatelově postoji k užívanému léku a do jisté míry i postoji osob v jeho okolí.

Pozitivní dopady ve formě lepšího fungování v běžném životě a větší psychické stability se dostavila u všech respondentů. U respondentů, kteří měli v důsledku onemocnění narušený spánek či stravování došlo ke zlepšení jejich kvalit. Většina respondentů ve výzkumném souboru byla z důvodu duševní nemoci v různé intenzitě neschopna prožívat radost či potěšení ze života. U všech respondentů trpící na tento problém došlo ke zlepšení. Zároveň došlo ke zlepšení soustředění a zlepšení pracovní zdatnosti, která byla před léčbou u tří respondentů naprosto nulová. Většina respondentů pociťuje nárůst energie, který jim chyběl v důsledku onemocnění.

Avšak čtyři respondenti stále pociťují kvůli nežádoucím účinku medikace útlum. Všichni respondenti byli užíváním antidepresiv někdy omezeni. Z toho šest z nich je omezeno v každodenním životě. Důvodem omezení jsou nežádoucí účinky, dopady při opomenutí užití nebo nepochopení okolí. Veškerá omezení se vztahují k individuálnímu životnímu stylu, počínání a prostředí, ve kterém respondent žije. Omezení čistě ve formě nežádoucích účinků zatěžuje šest ze sedmi respondentů. Pro čtyři respondenty dokážou být některé nežádoucí účinky velmi zatěžující, pro dva respondenty se jedná o minimální zátěž.

Zajímavé je, že pro dva respondenty byl veliký přínos ve validizaci nemoci, která jim přinesla jistotu, že stavy, které prožívali nebyly důsledkem jejich osobnosti, ale nemoci, na jejíž eliminaci mohou nyní díky medikaci pracovat.

V rámci léčby zažili pouze dva respondenti změnu povahy vztahu jiných lidí vůči nim, kterou hodnotili jako nepříjemnou. Jeden respondent zažil naopak sblížení.

Přímo díky účinku antidepresiv nebo díky kognitivnímu zlepšení, které díky jejich účinku získali došlo ke změně pohledu na sebe samotného pozitivním směrem, a to u šesti ze sedmi respondentů.

V celkově vysoké úspěšnosti léčby určitě hraje roli pravidelné užívání antidepresiv, které dodržovalo šest ze sedmi respondentů. V průběhu léčby došlo ke změně postoje k antidepresivům u pěti respondentů. Zjištění kladného vztahu u šesti respondentů určitě napomohlo k jejich pravidelnému užívání, zejména viditelné v případě respondenta, který při kladné změně postoje přestal antidepresiva vysazovat.

Přes veškeré negativní dopady léčby antidepresivy všichni respondenti shledávají jejich aktuální stav výrazně lepší než stav, ve kterém se nacházeli před léčbou. Zátěž je nepopsatelně menší.



# 11 SOUHRN

Účelem této bakalářské práce bylo zmapování a popsání účinku užívání antidepresiv a jejich dopadu na kvalitu života osob, které je užívají. Práci můžeme rozdělit na teoretickou a výzkumnou část.

Teoretická část se skládala ze tří kapitol. První kapitola „deprese“ byla stanovena, protože pokud chceme zkoumat účinek antidepresiv, je vhodné nabýt alespoň základních znalostí o nemoci, která je jejich primární indikací. Obsah této kapitoly sloužil k definování depresivního onemocnění, které se dle MKN-10 řadí pod názvem depresivní fáze a kódem (F32) mezi afektivní poruchy. Odborníci jako Fišar (2009); Křivohlavý (2003); Vágnerová (2014) depresi definují jako perzistentní negativní naladění s neschopností prožitku radosti, bez ohledu na okolní dění, zároveň doprovázené dalšími psychickými a somatickými symptomy včetně kognitivního deficitu. Tíže příznaků se stupňuje podle závažnosti deprese, kdy v nejhorším případě může být nemocný v ohrožení života. Zároveň bylo řečeno, že za propuknutím deprese většinou stojí více faktorů, přičemž většinou může jít o genetickou predispozici zaktivovanou na základě prožití stresové situace. Nakonec byla uvedeny právě způsoby léčby deprese, které se základně dělí na biologické a psychotherapeutické. Pro tuto práci byla klíčová biologická léčba ve formě farmakoterapie, proto pro ni byla vyčleněna další kapitola.

V druhé kapitole s názvem „antidepresiva“ bylo cílem přiblížit způsob jakým antidepresiva fungují a jak by měla probíhat léčba, ve které jsou zapojeny. Porozumění této problematice bylo pro tuto práci klíčové. Proto došlo k rozdělení antidepresiv, dle jejich mechanismu účinku. U každé skupiny byl uvedený náležitý preparáty a jejich základní výhody a nevýhody. Přičemž u častěji užívaných byly rozebrány i indikace, nežádoucí účinky, interakce a kontraindikace. Stejně tak došlo k popisu postupu v případě, že je léčba neefektivní nebo zbytečně zatěžující a možných rizik, které vyvstávají z případného nevhodného přístupu ať léčeného, tak psychiatra.

Třetí kapitola byla s druhou úzce provázána, jejím účelem bylo zdůraznit důležitost vztahu mezi psychiatrem a pacientem. Možná i větší důraz na podstatu vztahu, který má léčený k užívaným antidepresivům. Přeci žádný člověk nebude užívat léky, o kterých si myslí, že mají nulový účinek, nulový potenciál něco změnit, pouze nežádoucí účinky. Do

formování postoje zasahují i osoby v jeho okolí. V druhé části třetí kapitoly byly uvedeny aktuální výzkumy na účinky antidepresiv a ke konci kapitoly bylo podotknuto na problematiku definice kvality života.

Ve výzkumné části byly definovány cíle práce, kterými bylo prozkoumat a popsat, v jakých oblastech a jakým způsobem ovlivnilo užívání antidepresiv kvalitu života jejich uživatelů. Zároveň došlo k seznámení s výzkumnými otázkami, kterých bylo celkem sedm. Konkrétně dvě hlavní 1) Jaké jsou pozitivní dopady léčby antidepresivy na kvalitu života? a 2) Jaké jsou negativní dopady léčby antidepresivy na kvalitu života? A pět vedlejších, 3) Došlo ke změně vztahu ostatních lidí k vám kvůli léčbě? 4) Došlo ke změně postoje k antidepresivům od začátku léčby? 5) Došlo díky léčbě ke změně pohledu na sebe samotného? 6) Jaký dopad mělo případné předčasné vysazení léku? 7) Jaký je aktuální názor na kvalitu léčby?

Práce byla provedena kvalitativním způsobem pro docílení podrobnějšího popsání individuálních zkušeností. V rámci typu výzkumu se jednalo o případovou studii. Kritéria pro výzkumný soubor byly dvě. Prvním bylo, že respondent musí aktuálně užívat antidepresiva, to z důvodu, aby nebyla jeho zkušenost zkreslena například časovou prodlevou. Druhé bylo založeno na podkladech od Drehera (2017); Orla (2016); Látlové a Praška (2011), kdy respondent musel užívat antidepresiva alespoň dva měsíce, aby bylo zajištěno, že jejich se dostaví jejich účinek. Výzkumný soubor se nakonec skládal ze sedmi respondentů. S každým respondentem bylo individuálně provedeno polostrukturované interview, které bylo fixováno ve formě audionahrávky.

Z hlediska práce s daty, došlo prvně k jejich poslechu a doslovné transkripci. Později došlo k dalšímu poslechu, pro zamezení úniku dat a opravení nepřesností. Poté došlo k redukci prvního řádu, pomocí které byly data v plynulejší a lépe zpracovatelné formě. Nakonec došlo na kódování, které probíhalo jak metodou tužka-papír, tak v programu na kvalitativní analýzu dat Atlas.ti. Jako metoda analýzy dat byla zvolena interpretativní fenomenologická analýza.

Výsledky ukázaly, že v rámci pozitivních dopadů na kvalitu života došlo u všech respondentů ke zvýšení pocitu psychické stability a celkově lepšímu fungování v běžném životě. U šesti respondentů se dostavilo zlepšení kvality spánku, přičemž před léčbou někteří respondenti buď neustále spali, či naopak nebyli schopni nepřerušovaného spánku. Šest respondentů vnímá, že si aktuálně více užívají života. U stejného počtu došlo ke zlepšení i

v pracovních kvalit. Dle některých respondentů je zde úzké propojení se zlepšení soustředění, které z nich pozorovalo pět. Taktéž u pěti respondentů došlo ke zlepšení stravovacích návyků, přičemž u mnohých se před léčbou jednalo o zdraví ohrožující stav. Mezi poslední zlepšení, zaznamenané většinou výzkumného souboru patří obdržení možnosti na sobě pracovat, ať už ve formě lepšího uchopení jejich nemoci nebo nabytí schopností potřebných pro tuto činnost. Mezi více individuální zlepšení se řadí snížení sebevražedných tendencí, které se dostavilo u všech tří respondentů, kteří tímto problémem dříve trpěli. U některých ve formě eliminace, u jiných pouze formou snížení četnosti nebo intenzity. Dva respondenti vnímali přínos již ze samotné podstaty léčby, tedy z validizace nemoci, se kterou se nemusí identifikovat a zároveň dochází k propojení s možností na sobě pracovat. Jako poslední společné zlepšení se dostavila větší citlivosti vůči lidem v podobných problémech, ke které došlo u dvou respondentů. Mezi negativní dopady na kvalitu života pozorovali všichni respondenti omezení kvůli léčbě. Většinou šlo o čistě specifický problém pro daného respondenta, kvůli jeho situaci a pozici v životě, ale obecně můžeme říct, že šlo o ohrožení z přítomnosti nežádoucích účinků, z dopadů případného vysazení nebo z postoje jejich okolí k léčbě duševních onemocnění. Pro šest respondentů bylo však společné dostavení nežádoucích účinků z nasazení, které byli pro některé respondenty zanedbatelné, u jiných muselo dojít ke změně medikace. Stejní respondenti vnímají jako negativní dopad i přetrvávající nežádoucí účinky, které jsou opět vysoce odvislé od užívaných farmak a osobního zdravotního stavu a jejich zátěž se liší od respondenta k respondentovi. Všichni respondenti se ale shodnou, že aktuálně způsobená zátěž je výrazně lepší variantou než stav, ve kterém se nacházeli před léčbou.

Z hlediska změny podstaty vztahu ostatních vůči respondentům tuto změnu zaznamenali pouze tři jedinci. Z toho dvakrát šlo o negativní zkušenost a jednou o pozitivní. Změnu v chování svého okolí pozorovalo pět respondentů, z toho dvě změny byly kladným směrem, dvě negativním a pro jednoho respondenta došlo k obojím. Z hlediska změny postoje respondenta vůči antidepresivům došlo ke změně u čtyř jedinců, a šlo o změnu kladné povahy. Z hlediska respondentů, u kterých ke změně nedošlo. Dva od začátku zastávali kladný postoj a pro jednoho respondenta zůstal postoj neutrální. Z hlediska změny pohledu na sebe vnímalo změnu šest respondentů, veškeré změny byly kladného rázu. Sedmý respondent, také vnímal změnu, avšak zásluhu nepřisuzoval antidepresivům. K záměrnému vysazení došlo u jednoho respondenta, a to opakovaně. K nezáměrnému vysazení došlo u všech respondentů, přičemž z většiny bylo příčinou opomenutí. Negativní

dopady vysazení pozorovalo šest respondentů. Jednalo se o navrácení stavů stejných ne-li horších než před léčbou, příznaky syndromu z vysazení či individuální projevy. Z hlediska spokojenosti s léčbou je spokojena většina, přesněji šest respondentů. Přímo s medikací jsou spokojeni všichni respondenti.

# SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Hankin, B. L., Haeffel, G. J., MacCoon, D. G., & Gibb, B. E. (2002). Cognitive vulnerability-stress models of depression in a self-regulatory and psychobiological context. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (p. 268–294). The Guilford Press.
2. Bagby, R. M., Ryder, A. G., & Cristi, C. (2002). Psychosocial and clinical predictors of response to pharmacotherapy for depression. *Journal of psychiatry & neuroscience : JPN*, 27(4), 250–257.
3. Bankovská Motlová, L., & Koukolík, F. (c2006). *Citový mozek: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén.
4. Bareš, M. (2014). Duální antidepresiva – použití v klinické praxi. *Solen*, 15(3), 108-111. Získáno 26. února 2020 z [https://www.solen.cz/artkey/psy-201403-0004\\_Dualni\\_antidepresiva-pouziti\\_v\\_klinicke\\_praxi.php](https://www.solen.cz/artkey/psy-201403-0004_Dualni_antidepresiva-pouziti_v_klinicke_praxi.php)
5. Bareš, M., & Novák, T. (2008) Depresivní porucha. In Seifertová, D., Praško, J., Horáček, J., & Höschl, C. (Eds.), *Postupy v léčbě psychických poruch: algoritmy České neuropsychofarmakologické společnosti* (2., rev. vyd), (103-131). Praha: Academia Medica Pragensis v nakl. Medical Tribune CZ.
6. Baštecká, B., & Mach, J. (2015). *Klinická psychologie*. Praha: Portál.
7. Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 2–38
8. Bouček, J., & Pidrman, V. (2005). *Psychofarmaka v medicíně*. Praha: Grada Publishing.
9. Boyce, P., Hopwood, M., Morris, G., Hamilton, A., Bassett, D., Baune, B. T., ... Malhi, G. S. (2019). Switching antidepressants in the treatment of major depression: when, how and what to switch to? *Journal of Affective Disorders*. doi:10.1016/j.jad.2019.09.082
10. Brown, P. (2001) Effective treatments for mental illness are not being used, WHO says. *British Medical Journal*, 323, 769.
11. Cohen, R. M., & Hrdlička, M. (2002). Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi (přeložil Silvie STRUKOVÁ). Portál.
12. Corlier, J., Burnette, E., Wilson A. C., Lou, J. J., Landeros, A., Minzenberg, M. J., & Leuchter, A. F., Effect of Repetitive TranscranialMagnetic Stimulation (rTMS)

- Treatment of Major Depressive Disorder (MDD) on Cognitive Control. *Journal of Affective Disorders*, 265, 272-277. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.068>
13. Češková, E. (2001) Afektivní poruchy. In: Raboch, J., & Zvolský, P. (2001). *Psychiatrie* (253-275). Praha: Galén.
  14. Češková, E. (2006). Trazodon v léčbě deprese s úzkostí a nespavostí. *Solen*, 7(3), 146-148. Získáno 18. února 2020.
  15. Češková, E. (2008). Individualizovaná léčba deprese ve světle současných doporučených postupů. *Psychiatr. Praxi*, 9(5), 205-208. Získáno 22. února 2020.
  16. Češková, E., & Horská, K. (2019). Sledování nežádoucích účinků a bezpečnosti antidepresiv. *Psychiatr. Praxi*, 20(2), 77-81. Získáno 29. února 2020.
  17. Dreher, J. (2017). *Psychofarmakoterapie: stručně, jasně, přehledně*. Praha: Grada Publishing.
  18. Dunn, E. C., Brown, R. C., Dai, Y., Rosand, J., Nugent, N. R., Amstadter, A. B., & Smoller, J. W. (2015). Genetic determinants of depression: recent findings and future directions. *Harvard review of psychiatry*, 23(1), 1–18. doi:10.1097/HRP.0000000000000054
  19. Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch* (2., přepracované vydání). Praha: Grada Publishing.
  20. Fain, J., & Gad, S. E. (2014). SSRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors). In *Encyclopedia of Toxicology* (s. 373–378). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-386454-3.00929-5>
  21. Ferjenčík, J., & Bakalář, P. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
  22. Fišar, Z. (c2009). *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie* (2., přeprac. a dopl. vyd). Grada.
  23. Frasure-Smith, N., & Lespérance, F. (2006). Recent Evidence Linking Coronary Heart Disease and Depression. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(12), 730–737. <https://doi.org/10.1177/070674370605101202>
  24. Geddes, J. R., Carney, S. M., Davies, C., Furukawa, T. A., Kupfer, D. J., Frank, E., & Goodwin, G. M. (2003). Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *The Lancet*, 361(9358), 653–661. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(03\)12599-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(03)12599-8)

25. Goodwin, G. M., Price, J., De Bodinat, C., & Laredo, J. (2017). Emotional blunting with antidepressant treatments: A survey among depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 221, 31–35. doi:10.1016/j.jad.2017.05.048
26. Hallgren, M., Herring, M. P., Owen, N., Dunstan, D., Ekblom, Ö., Helgadottir, B., ... Forsell, Y. (2016). Exercise, Physical Activity, and Sedentary Behavior in the Treatment of Depression: Broadening the Scientific Perspectives and Clinical Opportunities. *Frontiers in Psychiatry*, 7. doi:10.3389/fpsy.2016.00036
27. Hanwella, R., & De Silva, V. (2008). Depression in the physically ill. *Ceylon Medical Journal*, 53(2), 63. <https://doi.org/10.4038/cmj.v53i2.237>
28. Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace (Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání)*. Praha: Portál.
29. Honzák, R. (1999). *Deprese: depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*. Praha: Galén.
30. Höschl, C. (2004) Poruchy nálady. In: Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (Eds.). (2004). *Psychiatrie (419-467)*. Praha: Tigis.
31. Jha, M. K., Greer, T. L., Grannemann, B. D., Carmody, T., Rush, A. J., & Trivedi, M. H. (2016). Early normalization of Quality of Life predicts later remission in depression: Findings from the CO-MED trial. *Journal of Affective Disorders*, 206, 17–22. doi:10.1016/j.jad.2016.07.012
32. Karyotaki, E., Smit, Y., Holdt Henningsen, K., Huibers, M. J. H., Robays, J., de Beurs, D., & Cuijpers, P. (2016). Combining pharmacotherapy and psychotherapy or monotherapy for major depression? A meta-analysis on the long-term effects. *Journal of Affective Disorders*, 194, 144–152. doi:10.1016/j.jad.2016.01.036
33. Kim, T., Xu, C., & Amsterdam, J. D. (2019). Relative effectiveness of tricyclic antidepressant versus monoamine oxidase inhibitor monotherapy for treatment-resistant depression. *Journal of Affective Disorders*, 250, 199–203. doi:10.1016/j.jad.2019.03.028
34. Křivohlavý, J. (2003). *Jak zvládat depresi (2., rozš. vyd)*. Praha: Grada.
35. Křížová, E. (2005) Sociologické podmínky kvality života. In: Payne, J. (2005). *Kvalita života a zdraví (351-365)*. V Praze: Triton.
36. Látalová, K., & Pidrman, V. (2004). Antidepressiva s duálním působením – účinnost a indikace. *Klin Farmakol Farm*, 18(4), 218-222. Získáno 10. Prosince 2019 z [https://www.klinickafarmakologie.cz/artkey/far-200404-0008\\_Antidepressiva\\_s\\_dualnim\\_pusobenim-ucinnost\\_a\\_indikace.php](https://www.klinickafarmakologie.cz/artkey/far-200404-0008_Antidepressiva_s_dualnim_pusobenim-ucinnost_a_indikace.php)

37. Látalová, K., Praško, J. (2011) Psychofarmakologická léčba. In: Praško, J. (2011). *Obecná psychiatrie.* (207-246). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
38. Licht, R., & Qvitzau, S. (2002). Treatment strategies in patients with major depression not responding to first-line sertraline treatment. *Psychopharmacology*, 161(2), 143–151. <https://doi.org/10.1007/s00213-002-0999-0>
39. Maršálek, M. (2007). Komorbidita deprese a bolesti. *Psychiatr. Praxi*, 8(2), 77-80. Získáno 18. ledna 2020.
40. Martin, G. N. (2006). *Human neuropsychology* (2nd ed). Harlow: Pearson/Prentice Hall.
41. Merkunová, A., & Orel, M. (2008). *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory.* Grada.
42. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10. ([2017]) (Desátá revize). Praha: ÚZIS ČR.
43. Milrod, D. (1988). A Current View of the Psychoanalytic Theory of Depression. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 43(1), 83–99. <https://doi.org/10.1080/00797308.1988.11822736>
44. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu* (1st ed.). Praha: Grada.
45. Mulder, R., Hamilton, A., Irwin, L., Boyce, P., Morris, G., Porter, R. J., & Malhi, G. S. (2018). Treating depression with adjunctive antipsychotics. *Bipolar Disorders*, 20, 17–24. doi:10.1111/bdi.12701
46. Orel, M. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše* (2., aktualizované a doplněné vydání). Praha: Grada.
47. Orel, M., & Facová, V. (2016) Příčiny vzniku duševních poruch. In: Orel, M. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše* (2., aktualizované a doplněné vydání)(27-60). Praha: Grada.
48. Paclt, I. (2012) Klinická psychofarmakologie. In: Raboch, J., Cesková, E., Beran, J., & Pavlovský, P. (2012). *Psychiatrie* (378-402). Charles University in Prague, Karolinum Press.
49. Plevová, J., & Boleloucký, Z. (2000). *Psychofarmakoterapie vyššího věku* (2. přeprac. vyd). Praha: Grada.
50. Praško, J., Grambal, A., Látalová, K., & Kamarádová, D. (2011) Depresivní poruchy. In: Praško, J., Látalová, K., Ticháčková, A., & Stárková, L. (2011) *Klinická psychiatrie* (235-281). Praha: Tigis.



51. Praško, J., Prašková, J., & Prašková, H. (2003). Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději. Praha: Portál.
52. Prokeš, M., & Suchopár, J. (2019). Lékové interakce často předepisovaných antidepresiv. *Psychiatr. Praxi*, 20(2), 69-76. Získáno 22. února 2020.
53. Příkrylová Kučerová, H., Preiss, M., Navrátilová, P., & Příkryl, R. (2010). Kognitivní výkon u depresivní poruchy. *Psychiatr. Praxi*, 11(2), 56-58. Získáno 10. listopadu 2019.
54. Raboch, J. (2012) Afektivní poruchy. In: Raboch, J., Cesková, E., Beran, J., & Pavlovský, P. (2012). *Psychiatrie (260-274)*. Charles University in Prague, Karolinum Press.
55. Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (Eds.). (2015). *DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum.
56. Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
57. Sheehan, D. V., Nakagome, K., Asami, Y., Pappadopulos, E. A., & Boucher, M. (2017). Restoring function in major depressive disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 215, 299–313. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.029>
58. Švestka, J.(2004) Antidepresiva. In: Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (Eds.). (2004). *Psychiatrie (708-722)*. Praha: Tigris.
59. Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
60. Vavrušová, L. (2008) *Depresia*. Osveta (Martin).
61. Veiel, H. O. F. (1997). A preliminary profile of neuropsychological deficits associated with major depression. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 19(4), 587–603. <https://doi.org/10.1080/01688639708403745>
62. Wilkins, W. (1971). Psychoanalytic and Behavioristic Approaches Toward Depression: A Synthesis? *American Journal of Psychiatry*, 128(3), 358–359. <https://doi.org/10.1176/ajp.128.3.358>
63. Winkler, D, Kasper, S.: Seasonal affective disorder: from diagnosis to treatment. *Medicographia*, 2005, s.247-253

# PŘÍLOHY

## **Seznam příloh**

Příloha č.1: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

Příloha č.2: Schéma teorie beznaděje

Příloha č.3: Schéma Beckovy teorie deprese

Příloha č.4: Fáze léčby depresivní poruchy antidepressivy

Příloha č.5: Hlavní důvody předčasného vysazení medikace

Příloha č.6: Ukázka struktury otázek polostrukturovaného interview

Příloha č.7: Ukázka části doslovného přepisu interview s paní Markétou

Příloha č.8: Ukázka kódování interview metodou tužka-papír

Příloha č.9: Ukázka kódování v programu Atlas.ti

Příloha č.10: Širší výčet dalších pozitivních dopadů léčby antidepressivy

Příloha č.11: Širší výčet nežádoucích účinků léčby antidepressivy

Příloha č.1: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

## **ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Odraz účinku antidepresiv na kvalitu života

**Autor práce:** David Vítek

**Vedoucí práce:** PhDr. Mgr. Roman Procházka, PhD.

**Počet stran a znaků:** 97, 195 681

**Počet příloh:** 11

**Počet titulů použité literatury:** 63

### **Abstrakt:**

Cílem této práce bylo prozkoumat a popsat jaké dopady má užívání antidepresiv na kvalitu života pro jejich uživatele. Teoretická část práce přibližuje problematiku deprese. V další kapitole je popsáno dělení antidepresiv, jejich účinek a možná rizika. Výzkumná část byla pro detailní porozumění provedena kvalitativním přístupem. Typem výzkumu je případová studie, provedena na výzkumném souboru o rozsahu sedmi respondentů. Metodou sběru dat bylo polostrukturované interview. Výsledky ukázaly, že léčba přináší pozitivní i negativní dopady. U všech respondentů došlo ke snížení depresivní a úzkostné symptomatiky, které vedlo ke zlepšení jejich kvality života, pracovních schopností a životosprávy. Léčba zároveň všechny respondenty v něčem omezuje, avšak jde o omezení specifické pro situaci každého respondenta. Společné omezení nachází šest respondentů ve formě nežádoucích účinků, což je zároveň jeden z hlavních negativních dopadů. Všichni respondenti preferují aktuální zátěž oproti stavu před léčbou.

### **Klíčová slova:**

antidepresiva, deprese, účinek antidepresiv, nežádoucí účinky, kvalita života

## **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** Reflection of the effect of antidepressants on quality of life

**Author:** David Vitek

**Supervisor:** PhDr. Mgr. Roman Procházka, PhD.

**Number of pages and characters:** 97, 195 681

**Number of appendices:** 11

**Number of references:** 63

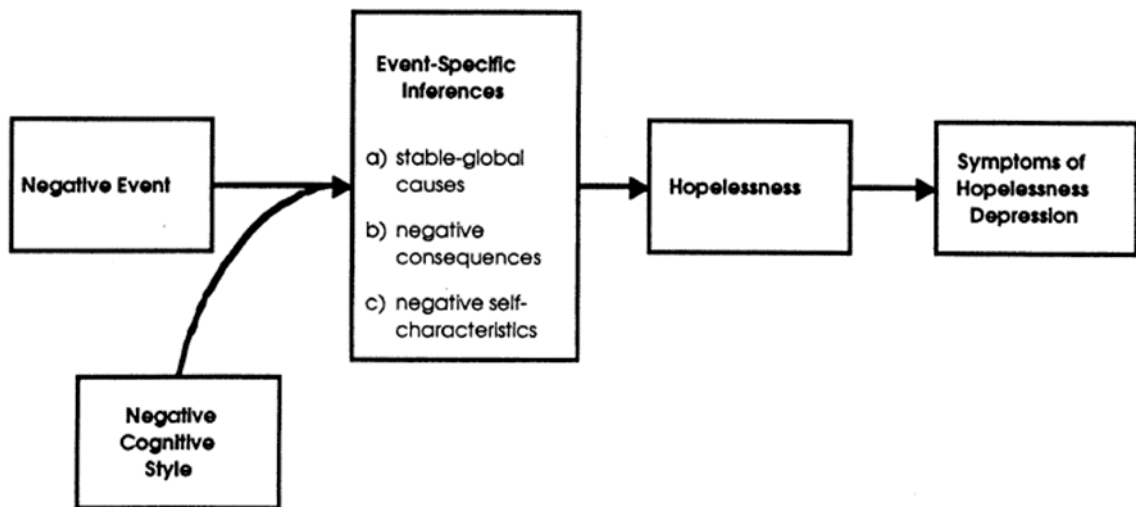
### **Abstract:**

The aim of the study was to examine and describe the effects of the use of antidepressants on the quality of life for their users. The theoretical part of the thesis describes the issue of depression. The next chapter describes the division of antidepressants, their effect and possible risks. The research part was carried out by qualitative approach for more detailed understanding. The type of research is a case study, carried out on a research set of seven respondents. The method of data collection was a semi-structured interview. The results showed that the treatment has both positive and negative effects. All respondents decreased in depressive and anxiety symptoms, which led to an improvement in their quality of life, working abilities and lifestyle. At the same time, treatment restricts all respondents in some way, but it is a situation-specific restriction. Six respondents find a common limitation in the form of adverse effects, which is also one of the main negative impacts. All respondents prefer the current burden over the condition before treatment.

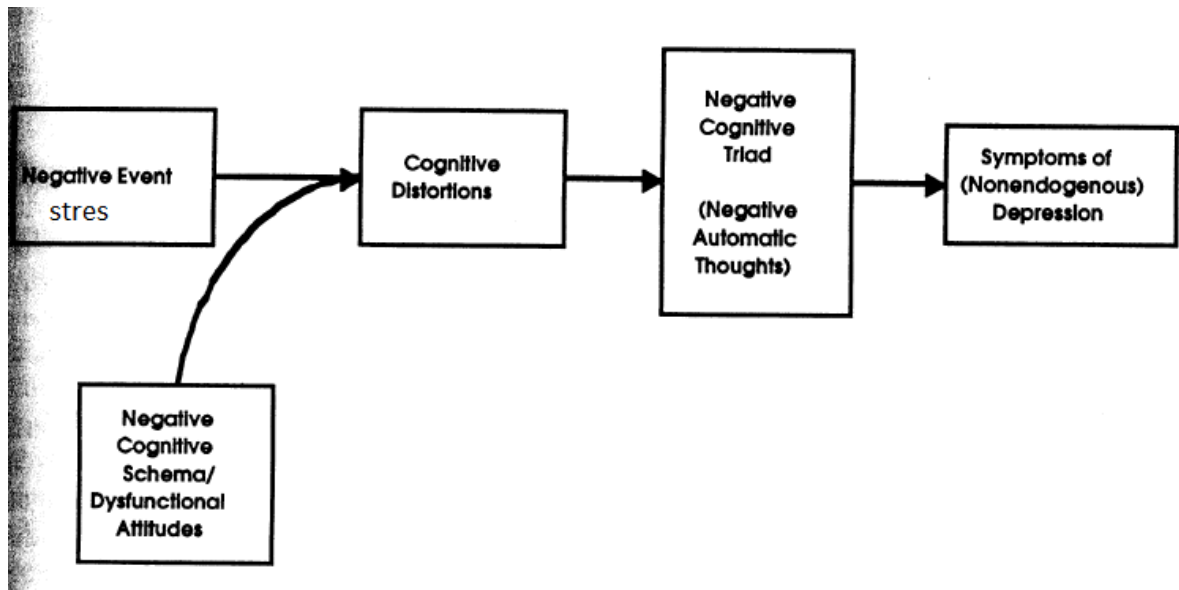
### **Key words:**

antidepressants, depression, effect of antidepressants, adverse effect, quality of life

**Příloha č.2:** Schéma teorie beznaděje (Abramson, 2002)

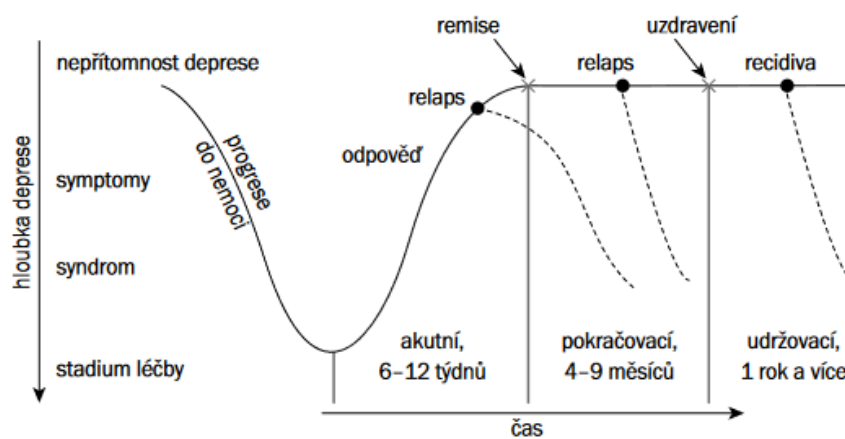


**Příloha č.3:** Schéma Beckovy teorie deprese (Abramson, 2002)



Poznámka: negativní kognitivní triáda: pesimistický pohled na 1) sebe sama 2) svět, ve kterém žije 3) svou budoucnost.

**Příloha č.4:** Fáze léčby depresivní poruchy antidepresivy (Raboch et al. 2015)



**Obr. 2.1.** Etapy léčby depresivní poruchy (upraveno podle Kupfer, 1991)



**Příloha č.5:** Hlavní důvody předčasného vysazení léčby dle (Kosové, 2004)

podíl lékaře	podíl pacienta	podíl medikace
špatná komunikace s pacientem léčba neplní účel nedostatečná dávka nedostatečná délka léčby	nedostatek motivace, nechut' stigmatizace pocit zlepšení nedostatečná sociální opora cena léku	nežádoucí účinky zpožděný nástup účinku komplikované dávkování nedostatečný účinek na komorbidní příznaky

## **Příloha č.6: Ukázka struktury otázek polostrukturovaného interview**

### **1) Jméno, věk a pohlaví**

### **2) Která konkrétní antidepresiva užíváte?**

- důvod, proč jste je začal užívat?
- jak dlouho je užíváte, kolikrát denně, v jakém dávkování?
- došlo ke změně farmak v průběhu léčby?
- užíváte jiná farmaka?

### **3) Z čí iniciativy jste začal léky užívat?**

- jaký byl Váš prvotní vztah k antidepresivům?
- myslel jste si, že Vám pomohou?

### **4) Jste studentem, nebo již pracujete?**

- máte nějakou brigádu (v případě studenta)
- jak moc vás vaše studium/práce/brigáda zatěžují?

### **5) Jak jste spokojen se studiem/zaměstnáním?**

- změnil se váš názor od počátku onemocnění nebo počátku léčby?

### **6) Pozorujete díky léčbě rozdíl ve Vaší životosprávě?**

- spánek (kvalita, kolik denně, dospávání o víkendu, subjektivní dostatek)
- stravování (kolikrát denně, množství, pestrost)
- sportovní aktivita
- užívání alkoholu (co, množství, jak často)
- cigarety a drogy (co, množství, kdy, jak dlouho)
- jak pociťujete zátěž v průběhu dne?

### **7) Jak trávíte svůj volný čas?**

- máte volnočasové zájmy?
- pozorujete nějakou změnu oproti stavu před léčbou?

### **8) Trpíte ještě nějakým tělesným či psychickým onemocněním? (komorbidita)**

- vznik před nebo po depresi/antidepresivech, interference léčby?
- došlo ke změně psychofarmak? -pozorujete změnu fungování?

### **9) Vyskytly se v důsledku léčby antidepresivy nějaké potíže?**

- somatické (např. střevní problémy, nauzea, sucho v ústech, psychomotorický neklid, utlumení, sexuální dysfunkce/aktivace, poruchy spánku, zvracení, nadměrné pocení, nabrání/snížení tělesné hmotnosti, ekzém)
- psychické

- do jaké míry vás tyto podněty zatěžují?
- případně zda se nedostavil žádný efekt antidepresiv

**10) Máte problém se soustředěním, pamětí nebo soustavnou prací?**

- od propuknutí deprese/ užívání antidepresiv, došlo ke změně?
- jak to ovlivnilo vaše každodenní fungování?

**11) Vysadil jste někdy užívaný lék?**

- jaký byl důvod vysazení?
- kolikrát?
- na jak dlouho?
- přineslo vysazení nějaké změny?
- pokud ne, uvažoval jste o tom někdy?

**12) Jak na Vaši léčbu antidepresivy reagovalo okolí?**

- rodina
- přátelé a partner/ka
- širší okolí
- užívá někdo ve vašem okolí antidepresiva?
- došlo ke změně nějakého vztahu v důsledku léčby?

**13) Myslíte, že užívání antidepresiv změnilo Váš pohled na sebe?**

- jakým způsobem?

**14) Jak na Vaše antidepresiva nahlížíte nyní?**

- změnilo se něco za průběh léčby?

**15) Byl jste kvůli duševním potížím nebo antidepresivům v nějakém ohrožení?**

- o jaké ztráty šlo?
- jak jste to řešil?
- jakou roli zde měla antidepresiva?

**16) Které klady pozorujete od doby, co užíváte antidepresiva?**

- osobní, sociální, pracovní život/efektivitu?
- o jak velkou změnu šlo?
- nějaké další pozorované zlepšení?

**17) Jste spokojen s aktuální úrovní léčby?**

- psychiatr
- psychoterapie nebo jiné psychiatrické rehabilitace
- je něco co byste zlepšil?

## **Příloha č.7: Ukázka části doslovného přepisu interview s paní Markétou**

### ***1) Která konkrétní antidepresiva užíváte?***

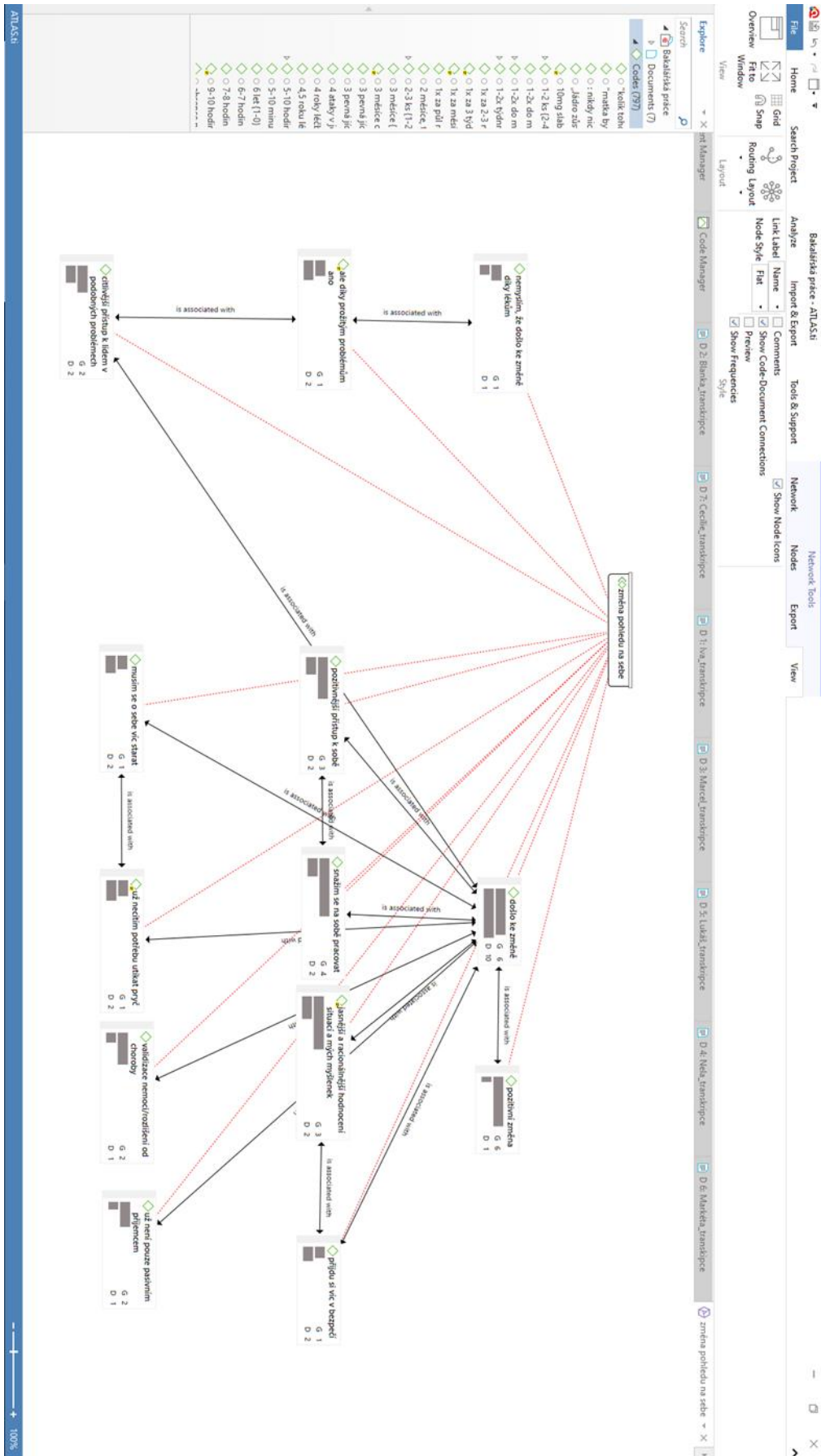
Ty jména...jsou jak z Pána prstenů, tak jsem si je vzala s sebou...takže trittico, brintellix aa deniban...to jsou teda antidepresiva, ale tohle to to jsou antipsychotika, který berou s tím, tak snad to nebude vadit...*nevadí...rovnou se teda zeptám, jaký to jsou dávkování?* Mhmm brintellix mám dvacet miligramů, protože beru dva. Ten deniban tam je na padesáti miligramech. To trittico, tak ten beru jeden, takže sto padesát á tenhle ten beru zatím jeden, takže deset. *Kolikrát je denně berete a v jakou denní dobu?* Každě beru jednou denně a všechny beru ráno, kromě toho trittica, protože ten je na spaní. *Dobře...Jakej je ten důvod proč jste to začala užívat?* Protože jsem se pokusila spáchat sebevraždu a měla jsem deprese...takže to. *Mhm, a ty antipsychotika?* Ty antipsychotika tam jsou proto, protože...často po ránu, nebo když jsem ve stresu, tak prostě mám derealizaci, stěny mi jakoby tebou nebo někdy tečou. *Začala ta léčba jedním lékem, nebo jste dostala víc léků najednou rovnou?* Začalo to jedním lékem...*a kterým?* Úplně jiným, to se omlouvám, ale to už bylo před dvěma roky (později jsem dostala informaci o jménu léku) a na to si nevzpomenu. *Aha, tak já se teda prvně zeptám, jak dlouho to vůbec berete?* Jako antidepresiva obecně dva roky, á tyhle ty tak brintellix ten asi tři čtvrtě roku, deniban půl roku, to trittico beru měsíc a ty nový antipsychotika, ty jsou nový, ty beru asi tejdě. Předtím jsem byla asi rok na quetiapinu. *Rozumím, že si první léky nepamatujete, ale proč došlo ke změně, jak dlouho jste to brala?* No ty úplně první, ty jsem brala dva dny, ale tam jsem měla takový vedlejší účinky, že jsem je odmítla brát dál, takže pak jsem měla další, který jsem brala půl tři čtvrtě roku, se kterými to bylo lepší, ale pak jsem vlastně změnila psychiatra a ta mi potom předepsala ten brintellix...s...brintellix jsem brala ještě s nečím...to už pardon...a ten quetiapin. To jsem potom brala dlouho, akorát potom quetiapinu, tak tam jsem měla vedlejší příznak ten, že jsem byla hrozně dlouho mimo...*Dobrá, ohledně vedlejších účinků se ještě pozdějc doptám detailnějš. Ještě bych se chtěl zeptat na to, jestli byl další důvod kromě změny psychiatricky, proč se ten druhý lék vysadil?* Mhm, mě se zdálo, že ten, co jsem měla jakoby ten druhý, tak ten nezabíral, protože moje stavy se nijak neměnily no...

### ***2) Z čí iniciativy jste ty léky vlastně začala užívat?***

Já vlastně po svém největším zhroucení, tak když jsem se dala aspoň trochu do kupy, tak jsem jeden večer měla prostě takovej úplně...další takovej depresivní propad, ale tentokrát...



# Příloha č.9: Ukázka kódování v programu Atlas.ti



**Příloha č.10: Širší výčet dalších pozitivních dopadů léčby antidepressivy**

Pozitivní dopady	Blanka	Cecílie	Iva	Marcel	Nela	Lukáš	Markéta	Součet
Soustředění	/	ano	ano	ano	ano	ano	/	5
možnost na sobě pracovat	ano	ano	ano	ano	/	/	/	4
četnost depresivních propadů	/	ano-	/	/	/	ano-	ano-	3
četnost úzkostných propadů	/	ano-	/	/	/	ano-	ano-	3
snížení sebevražedných tendencí	/	/	/	ano	ano	/	ano	3
citlivost k lidem v podobné situaci	ano+	/	/	/	/	ano+	/	2
validizace nemoci	/	/	ano	/	ano	/	/	2
lepší vztahy s ostatními	/	/	ano	/	ano	/	/	2
vymizení pocitu chladu	/	/	/	/	/	ano	/	1

**Příloha č.11: Širší výčet nežádoucích účinků léčby antidepressivy**

Nežádoucí účinky	Blanka	Cecílie	Iva	Marcel	Nela	Lukáš	Markéta	Součet
utlumení	ano	ne	ne	ano	ano	ne	ano	4
sucho v ústech	ne	ne	ano	ne	ano	ne	ne	2
živé sny	ano	ne	ne	ano	ne	ne	ne	2
zhoršené soustředění	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ano	2
problémy s pamětí	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ano	2
časté buzení	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	1
dlouhá doba usínání	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ne	1
náhlé excitace	ne	ne	ne	ne	ne	ano	ne	1
lékové interakce	ne	ano	ne	ne	ne	ne	ne	1
nadměrné pocení	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	1
nauzea	ne	ne	ne	ne	ano	ne	ne	1
otupělé emoce	ne	ne	ne	ne	ano	ne	ne	1
potravinová intolerance	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne	1
psychomotorický neklid	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ano	1
sexuální dysfunkce	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	1
zvýšení tělesné hmotnosti	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ano	1
ekzém	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	1