

PORUCHY SEXUALITY U PACIENTOV S DEPRESÍVNOU PORUCHOU LIEČENÝCH ANTIDEPRESÍVAMI

původní práce

Barbora Vašečková¹
Michal Hajdúk^{2,3}

¹Univerzitná nemocnica s poliklinikou Milosrdní bratia, s. r. o., Bratislava, Slovenská republika

²Katedra psychológie FF UK v Bratislave, Slovenská republika

³Psychiatrická klinika LF UK a UNB, Bratislava, Slovenská republika

Kontaktní adresa:

MUDr. Barbora Vašečková
Univerzitná nemocnica s poliklinikou
Milosrdní bratia, s. r. o.
Námestie SNP 10
814 65 Bratislava
Slovenská republika
e-mail: vaseckova@gmail.com

Projekt bol podporený výskumným grantom Slovenskej psychiatrickej spoločnosti SLS č.01/2017.

SÚHRN

Vašečková B, Hajdúk M. Poruchy sexuality u pacientov s depresívnou poruchou liečených antidepresívami

Sexuálne dysfunkcie (SD) pri liečbe antidepresívami (AD) sú známym problémom klinickej praxe, ich výskyt sa v závislosti od sledovaného obdobia a použitej metodiky popisuje u 25–85 % pacientov.¹

Cieľ: Cieľom práce je hodnotiť frekvenciu a intenzitu porúch sexuality u ambulantne liečených pacientov s depresívnou poruchou a ich vzťah ku klinickým ukazovateľom závažnosti depresívnej symptomatiky.

Materiál a metóda: Výskyt sexuálnych dysfunkcií sme sledovali pomocou Dotazníka sexuálnych porúch súvisiacich s liečbou psychofarmakami PR-SexDQ-SALSEX (Psychotropic-Related Sexual Dysfunction Questionnaire PR-SexDQ-SALSEX)² (SALSEX), závažnosť depresívnej symptomatiky bola hodnotená subjektívne pomocou Beckovej škály depresivity (BDI-II) a objektívne škálou Globálneho klinického dojmu (CGI).

Výsledky: Zmenu sexuality pri liečbe AD na základe použitia dotazníka SALSEX sa identifikovala u 48 % pacientov. Závažnosť sexuálnej dysfunkcie súvisela so závažnosťou depresívnych prejavov hodnotených objektívne lekárom i subjektívne pacientom. Pacienti so závažnejšími SD boli zároveň otvorenejší k prípadnej zmene liečby za účelom zlepšenia sexuálneho života.

SUMMARY

Vašečková B, Hajdúk M. Sexual dysfunction in patients with depressive disorder treated with antidepressants

Treatment emerged sexual dysfunction (TESD) is frequently associated with antidepressant medication, it may occur with frequency 25–85%¹ of patients according to type of antidepressant.

Objectives: The aim of the study is to analyze TESSD in terms of incidence, severity and associations with clinical parameters in patients treated in outpatient units for depressive disorder.

Method: Assessment of TESSD was detected with Psychotropic-Related Sexual Dysfunction Questionnaire PRSexDQ-SALSEX² (SALSEX), severity of depressive symptomatology was measured using Beck Depression Inventory II (BDI-II) and The Clinical Global Impression Scale (CGI).

Results: TESSD was identified in 48% of patients. Severity of sexual dysfunction was associated with severity of depression assessed both objectively (CGI) and subjectively (BDI-II). Patients with more severe TESSD were more prone to accept changes in antidepressant treatment for the purpose of improving their sexual life.

Conclusion: Research results confirmed the incidence of TESSD of different seriousness during AD treatment in approximately half of the patients, which points to the need to devote increased attention to sexual changes in patients with depressive disorder. We found a relation

Záver: Výsledky výskumu potvrdili výskyt SD rôznej závažnosti pri liečbe AD u približne polovice pacientov, čo poukazuje na potrebu venovať zvýšenú pozornosť zmenám sexuality u pacientov s depresívnou poruchou. Zistili sme vzťah závažnosti depresie a výskytu SD. Používanie štandardizovaných posudzovacích škál môže zvýšiť záchyt sexuálnych nežiadúcich účinkov pri liečbe.

Kľúčové slová: antidepresíva, depresívna porucha, sexuálna dysfunkcia, zmena liečby.

between seriousness of depression and incidence of TESD. Use of standardised rating scales can increase screening of treatment emerged sexual dysfunction.

Key words: antidepressant, depression, sexual dysfunction, antidepressant change.

ÚVOD

Depresívna porucha je klinickým stavom vedúcim k subjektívnemu utrpeniu, zneschopeniu a zníženej kvalite života v rôznych oblastiach života jednotlivca s celospoločenským presahom najmä pre chronicnosť priebehu a vysokú frekvenciu výskytu. Celoživotná prevalencia depresívnej poruchy je 16,2 %, s najčastejším výskytom vo vekovej skupine 30–44 rokov, pričom ženy sú depresívnym ochorením postihnuté dvojnásobne častejšie ako muži.³ Základnou diagnostickou podmienkou depresívnej poruchy je prítomnosť depresívnej epizódy, kde v komplexe príznakov sú za hlavné považované patologicky poklesnutá nálada, strata záujmov, potešenia a zníženie energie. V praxi sa často pozorujú subsyndrómové zmiešané formy depresívneho a úzkostného syndrómu. Pokiaľ ani jeden zo syndrómov nie je vyjadrený v miere, aby boli splnené diagnostické kritériá depresívnej epizódy alebo úzkostnej poruchy, je stanovená diagnóza zmiešanej úzkostne-depresívnej poruchy. Táto diagnóza je najčastejšie diagnózou v ambulanciách psychiatrov a neurológov na Slovensku.⁴ Veľká časť pacientov liečených pre depresívnu poruchu predstavuje sexuálne aj reprodukčne aktívnu skupinu. Strata libida je súčasťou diagnostických kritérií somatického syndrómu pri depresívnej epizóde podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb Svetovej zdravotníckej organizácie, 10. revízie.⁵ Angst popisuje zníženie sexuálnej túžby u 45 % pacientov s depresívnou poruchou.⁶ Ďalším faktorom s potenciálnym vplyvom na sexuálne fungovanie je antidepresívna liečba. Vznik porúch sexuality, väčšinou zníženie libida, problémy s prežívaním vzrušenia a dosiahnutím orgazmu, boli popísané ako nežiadúci účinok pri užívaní takmer všetkých antidepresív, ich výskyt sa udáva v rozpätí 25–85 %.¹ Predpokladanými mechanizmami indukcie SD je sérotonínerný efekt, narušenie cholínergicko-adrenergnej rovnováhy, alfa-adrenergný mechanizmus, hormonálne zmeny, ovplyvnenie syntézy oxidu dusnatého a nepriamo aj sedácia a prírastok hmotnosti.⁷ Za najmenej rizikové sú považované liečivá

agomelatin, bupropión, mirtazapín, moklobemid, tianeptín, trazodon a najnovšie poznatky sem zaraďujú aj vortioxetín.^{8–10} Ďalším faktorom vplyvajúcim na výskyt porúch sexuality je celkový zdravotný stav a liečba pridružených ochorení. Telesné ochorenia – napríklad diabetes mellitus, arteriálna hypertenzia vedú k problémom s dosiahnutím erekcie u muža.¹¹ Negatívny vplyv na sexuálne fungovanie bol popísaný aj u ďalších liekov, napríklad u antihypertenzív, chemoterapeutík, antiepileptík, antihyperlipidemík či hormonálnych prípravkov vrátane hormonálnej antikoncepcie.¹² Objavenie sa sexuálnej dysfunkcie (najmä erektilnej či orgastickej dysfunkcie) pri dlhodobej liečbe je častou príčinou zhoršenia kompliance hlavne u mladších pacientov, čo negatívne vplyva na priebeh ochorenia a kvalitu života a zhoršuje vzťah pacienta s lekárom. Téma sexuality v klinickej praxi je, napriek liberalizácii spoločnosti a odtabuizovaniu niektorých oblastí, spojená s komunikačnými zábrami na strane lekára aj pacienta. Len necelá pätina pacientov so sexuálnou dysfunkciou pri liečbe tento problém spontánne oznámi svojmu lekárovi.¹³ To je jedným z dôvodov na využitie štandardizovaných stupníc, aj keď nevýhodou niektorých z nich je časová náročnosť administrácie a limitované možnosti použitia (napr. sú vhodné len pre pacientov v sexuálnej a manželskej terapii, alebo otázky svojou podstatou vyžadujú existenciu dlhodobého sexuálneho partnera).^{14,15} Spôsobom, ako zvýšiť záchyt zmien sexuality v klinickej praxi, môže byť použitie špecifického inštrumentu, ktorý umožní zaznamenať zmenu sexuálneho fungovania v súvislosti s farmakoterapiou.

Cieľom práce je zistiť frekvenciu výskytu a závažnosti SD u pacientov liečených pre depresívnu poruchu antidepresívami, skúmať vzťah medzi závažnosťou depresie a výskytom a intenzitou SD a vplyv na ochotu zotrvať v liečbe. Sekundárnym cieľom je porovnať tieto parametre medzi skupinami mužov a žien.

METÓDY

Výskumný súbor a zber údajov

Súbor tvorilo 152 ambulantne liečených pacientov. Údaje boli zbierané v 16 psychiatrických ambulanciách v Slovenskej republike počas bežnej ambulantnej kontroly formou vyplnenia dotazníka pacientom a lekárom. Do výskumného súboru boli zaradení pacienti s diagnózami depresívnej epizódy (F32.X), rekurentnej depresívnej poruchy (F33.X) a zmiešanej úzkostne-depresívnej poruchy (F41.2), liečení antidepresívom prípadne kombináciou antidepresív minimálne 1 mesiac, žijúci v partnerskom vzťahu, resp. s akou-

Tab. 1. Zastúpenie jednotlivých diagnóz v súbore podľa kódov diagnóz MKCH-10

Diagnóza (kód podľa MKCH-10)	Počet	%
Epizóda ľahkej depresie (F32.0)	3	2
Epizóda stredne ťažkej depresie (F32.1)	37	24,3
Epizóda ťažkej depresie bez psychotických príznakov (F32.2)	16	10,5
Iná depresívna epizóda (F32.8)	2	1,3
Recidivujúca depresívna porucha, ľahká epizóda (F33.0)	3	2
Recidivujúca depresívna porucha, stredne ťažká epizóda (F33.1)	35	23
Recidivujúca depresívna porucha, epizóda ťažkej depresie bez psychotických príznakov (F33.2)	19	12,5
Recidivujúca depresívna porucha, remisia (F33.4)	1	0,7
Iná recidivujúca depresívna porucha (F33.8)	2	1,3
Zmiešaná úzkostno-depresívna porucha (F41.2)	34	22,4

Tab. 2. Demografické charakteristiky

Status	N	%
Slobodný/slobodná	49	32,2
Ženatý/vydatá	78	51,3
Rozvedený/rozvedená	25	16,4
Vzdelanie	N	%
ZŠ	5	3,3
SŠ bez maturity	21	14
SŠ s maturitou	69	46
VŠ	55	36,7
Pracovný status	N	%
Pracujúci	103	68,2
Pracujúci + denné štúdium	1	0,7
Denné štúdium	7	4,6
Pracujúci na čiastočný úväzok	14	9,3
Čiastočný úväzok + dôchodca	1	0,7
Čiastočný úväzok + materská dovolenka	1	0,7
Externé štúdium	1	0,7
Nepracujúci	14	9,3
Dôchodca	4	2,6
Materská dovolenka	5	3,3

koľvek sexuálnou aktivitou zistenou na základe údajov od pacienta. Vek v čase vyšetrenia musel byť vyšší ako 18 rokov. Vylučujúcim kritériom bola prítomnosť dementného syndrómu, akútneho psychotického stavu, závislosti od alkoholu, liekov či iných návykových látok alebo nestabilizované telesné ochorenie (vyžadujúce si akútnu diagnostiku alebo zmenu liečby). Zastúpenie jednotlivých diagnóz je zobrazené v tab. 1. Priemerný vek bol $M = 40,51$ rokov a $SD = 10,37$. Súbor pozostával zo 47 mužov (31 %) a 105 žien (69 %).

Demografické charakteristiky

V tab. 2 sú uvedené demografické charakteristiky účastníkov. Približne polovicu (51,3 %) súboru tvorili pacienti, ktorí boli v manželskom zväzku. Slobodných bolo 32,2 % a rozvedených 16,4 %. Z hľadiska vzdelania boli najčastejšie zastúpení pacienti so stredoškolským vzdelaním s maturitou a VŠ, ktorí tvorili až 82,7 % súboru.

Použité metódy

Škála globálneho klinického dojmu (CGI)

Škála CGI¹⁶ bola vyvinutá s cieľom globálne zhodnotiť účinnosť liečby. Pozostáva z troch komponentov: závažnosti ochorenia (CGI-S), globálneho zlepšenia CGI-I) a indexu účinnosti. Zdrojom údajov je klinický rozhovor, prípadne informácie z pacientovho okolia. Na základe klinického dojmu sa zhodnotí závažnosť na stupnici od 1 do 7, kde 1 predstavuje stav bez známok poruchy a 7 – pacient patrí k najzávažnejšie chorým pacientom.

Beckova škála depresivity (BDI-II)

BDI-II¹⁷ pozostáva z 21 výrokov, ktoré participant hodnotí na štvorstupňovej škále. Výroky sa týkajú stavu pacienta v priebehu posledných dvoch týždňov a posudzujú afektívne a somatické a kognitívne prejavy depresie. Česká verzia inštrumentu bola validizovaná Preissom a Vacířom¹⁸ a nedávno bola publikovaná česká štandardizačná štúdia.¹⁹

Dotazník sexuálnych porúch súvisiacich s liečbou psychofarmakami (PRSexDQ-SALSEX)

Dotazník sexuálnych porúch súvisiacich s liečbou psychofarmakami (SALSEX)² pozostáva zo siedmich položiek a je zameraný na identifikáciu sexuálnych dysfunkcií súvisiacich s liečbou psychofarmakami. Úvodné položky (A a B) zisťujú, či pacient zaregistroval zmenu sexuálnej aktivity, odkedy užíva liek a či tento problém spontánne referoval svojmu lekárovi. Nasledujúce štyri položky posudzujú alteráciu jednotlivých fáz sexuálneho cyklu: túžba po sexuálnej aktivite (libido), schopnosť vzrušenia posudzovaného oddialením orgazmu či ejakulácie, schopnosť dosiahnuť orgazmus či ejakuláciu a výskyt erektilnej dysfunkcie u muža či dysfunkcie vaginálnej lubrikácie u ženy. Posledná položka posudzuje pacientovu akceptáciu zmien sexuálnej aktivity v kontexte partnerského vzťahu. Každá položka je hodnotená na 4-bodovej odstupňovanej škále od 0 po 3 podľa intenzity postihnutia jednotlivých oblastí. Celkové skóre sa pohybuje v rozmedzí 0–15 bodov

a umožňuje zhodnotiť mieru závažnosti SD nasledovne: mierna: 0–5 bodov (žiadna položka nie je > 1), stredná: 6–10 bodov (alebo 1 položka = 2, žiadna položka nie je 3), závažná: 11–15 bodov (alebo jedna položka = 3). Dotazník má formu pre mužov a ženy a bol validizovaný pre depresiu² a schizofréniu a iné psychózy.²⁰ Preklad a jazyková validizácia originálnej verzie boli, so súhlasom autora, súčasťou prípravnej fázy nášho výskumu.

Demografické a ďalšie údaje

O pacientoch boli zisťované informácie o zdravotnom stave, sexuálnej orientácii, aktuálne užívanej liečbe (antidepressívami, inými psychofarmakami a ďalšími liekmi, vrátane hormonálnej antikoncepcie a doplnkov výživy). Súčasťou dotazníka vyplňaného pacientom boli otázky zamerané na pravidelnosť užívania predpísanej medicíny, výskyt nežiadúcich účinkov pri liečbe, sexuálnu aktivitu, spokojnosť so svojou sexualitou pri liečbe aj retrospektívne pred ochorením na depresiu a ochotu zmeniť aktuálnu liečbu AD na návrh lekára z dôvodu zlepšenia sexuálneho života. Ošetrojúci lekár odpovedal na otázku, či pri začatí liečby AD zvažoval možné sexuálne nežiadúce účinky a či to malo vplyv na výber AD.

Použité štatistické metódy a postupy

Údaje boli spracované a vyhodnotené v programe MS Excel a SPSS v20. Zo štatistických postupov boli použité metódy popisnej štatistiky a frekvenčná analýza. Vzhľadom k narušeniu predpokladu normality a charakteru dát boli použité neparametrické štatistické metódy – Spearmanov korelačný koeficient, Jonckheerov-Terpstov test.

Etické aspekty výskumu

Protokol výskumu bol posúdený a schválený etickou komisiou pri Univerzitej nemocnici Bratislava a LF UK. Pacienti boli do štúdie zaradení až po oboznámení sa s cieľmi výskumu a postupmi a následnom podpísaní informovaného súhlasu.

VÝSLEDKY

Aktuálna psychofarmakologická liečba

76,3 % pacientov bolo liečených antidepressívami v monoterapii. Najčastejšie užívanými antidepressívami boli escitalopram, trazodon a sertralín (tab. 3). 29,6 % pacientov užívalo okrem AD aj iné psychofarmaká, prevažne anxiolytiká a/alebo hypnotiká.

Prítomnosť sexuálnej dysfunkcie – komunikácia o probléme

O sexuálnych nežiadúcich účinkoch spontánne referovalo 43 pacientov, čo predstavovalo 28,3 %. Približne v polovici (53,9 %) prípadov sa lekár aktívne pýtal na nežiadúce sexuálne účinky. Téma sexuality nebola diskutovaná

Tab. 3. Počet pacientov užívajúcich jednotlivé antidepressíva

Skupina	Liek	Počet*(%)
SSRI	escitalopram	44 (29)
	sertralín	20 (13)
	paroxetín	15 (10)
	citalopram	8 (5)
	fluvoxamín	5 (3)
	fluoxetín	5 (3)
SNRI	venlafaxín	18 (12)
	duloxetín	6 (4)
NaSSA	mirtazapín	9 (6)
	mianserín	2 (1)
NDRI	bupropión	3 (2)
TCA	amitriptylín	2 (1)
SARI	trazodon	24 (16)
SMS	vortioxetín	15 (10)
MASSA	agomelatín	10 (7)
SRE	tianeptín	4 (3)

*Pacienti mohli súčasne užívať viacero AD, preto je ich celkový počet vyšší ako počet pacientov

Pozn.: názvy skupín AD [10]: SSRI – Selective Serotonin Re-uptake Inhibitors, SNRI – Serotonin and Norepinephrine Re-uptake Inhibitors, NaSSA – Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressants, NDRI – Norepinephrine and Dopamine Re-uptake Inhibitors, TCA – Tricyclic Antidepressants, SARI – Serotonin Antagonists and Re-uptake Inhibitors, SMS – Serotonin Modulator and Stimulator, MASSA – Melatonin Agonist and Selective Serotonin Antagonist, SRE – Serotonin Reuptake Enhancer.

u 17,8 % pacientov. U 70 % pacientov lekár zvažoval pri výbere AD aj potenciálne nežiadúce sexuálne účinky, ale reálny vplyv na výber AD to malo len v 24,8 % z týchto prípadov. Zmenu sexuality pri súčasnej AD terapii identifikovalo 48 % pacientov.

Výskyt a závažnosť SD

V tab. 4 uvádzame percentuálne zastúpenie odpovedí v dotazníku SALSEX v celom súbore a osobitne pre skupinu mužov a žien. Z pohľadu jednotlivých fáz sexuálneho cyklu boli najčastejšie prítomné poruchy sexuálnej túžby (zníženie libida) a vzrušenia (oneskorenie ejakulácie a orgazmu). Pri porovnaní podskupín mužov a žien sa zníženie libida stredne závažnej až závažnej intenzity sa vyskytlo u 46,5 % mužov a 62 % žien. Naopak, poruchy erekcie alebo lubrikácie sa zistili častejšie u mužov ako u žien (36,3 % vs. 20,4 %).

Na základe klasifikácie závažnosti podľa autora škály² sme zistili, že v súbore bolo celkovo 81 pacientov (55 %) s miernou (z toho 38,3 % pacientov s nulovou hodnotou), 43 (29 %) strednou a 24 (18 %) závažnou sexuálnou dysfunkciou. V závislosti od pohlavia sme zistili, že u mužov boli dysfunkcie zastúpené nasledovne: mierna – 56,5%; stredná – 32,6% a závažná – 10,9%. U žien bol pomer nasledovný: mierna 53,9%; stredná – 27,5% a závažná – 18,6%. V prípade, ak pacient referoval zmenu sexuality pri AD, častejšie bola u neho prítomná stredná alebo závažná sexuálna dysfunkcia (tab. 5).

Pri porovnaní pacientov s prvou a opakovanými epizódami vidíme trend poukazujúci na častejši výskyt zá-

Tab. 4. Výskyt sexuálnych dysfunkcií meraných škálou SALSEX

	Závažnosť dysfunkcie	SALSEX – zmena sexuality pri AD					
		Nie		Áno		muži*	ženy*
		N	%	N	%	%	%
Zníženie libida	Nie, žiadny problém	57	74	9	12	13	12
	Mierne zníženie	16	21	22	30	39	26
	Stredné zníženie	2	3	29	40	44	38
	Výrazné zníženie	2	3	13	18	4	24
Oneskorenie ejakulácie-orgazmu	Žiadne oneskorenie	54	71	13	18	17	18
	Mierne oneskorenie	19	25	15	21	30	16
	Stredné alebo jasne pozorovateľné oneskorenie	2	3	31	43	39	45
	Veľké oneskorenie	1	1	13	18	13	20
Schopnosť ejakulácie a orgazmu	Nie	67	88	19	27	23	29
	Občas, menej ako 25 %	7	9	23	32	41	29
	Často, 25–75%	1	1	20	28	32	27
	Vždy, viac ako 75 %	1	1	9	13	5	16
Udržanie erekcie-lubrikácie	Nie	58	77	26	37	27	41
	Občas, menej ako 25 %	16	21	27	38	36	39
	Často, 25–75 %	1	1	11	16	32	8
	Vždy, viac ako 75 %	0	0	7	10	5	12
Zmeny vo vzťahoch	Žiadny sexuálny problém	41	54	7	10	4	12
	Dobré, žiadny problém pre túto príčinu	30	40	20	28	35	25
	Prijateľne, nepriaznivý vplyv na vzťah	5	7	41	57	48	61
	Zle, vážne narušenie vzťahu, zvažuje prerušenie liečby	0	0	4	6	13	2

*Percentuálny podiel mužov a žien je vypočítaný len z počtu pacientov, ktorí identifikovali zmenu pri AD.

Tab. 5. Vzťah zmeny sexuality pri AD a závažnosti dysfunkcie

			SALSEX – zmena sexuality pri AD		Spolu
			Nie	Áno	
SALSEX závažnosť	Mierna	Počet	67	14	81
		%	88 %	19 %	55 %
	Stredná	Počet	7	36	43
		%	9 %	50 %	29 %
	Závažná	Počet	2	22	24
		%	3 %	31 %	16 %
Spolu		Počet	76	72	148
		%	100 %	100 %	100 %

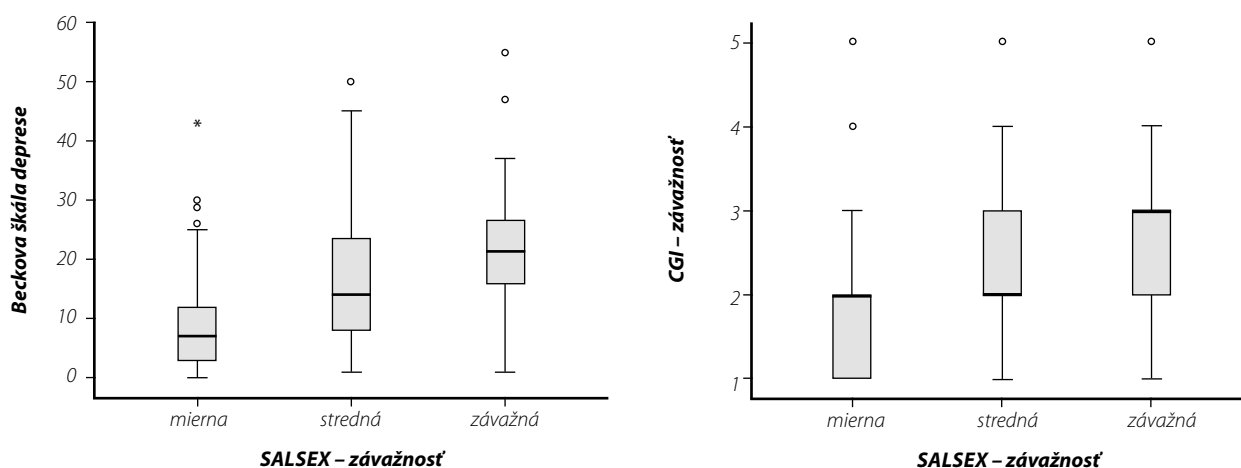
važnejších foriem SD u pacientov s opakovanou epizódou depresívnej poruchy. Skupinu pacientov s miernou dysfunkciou tvorilo 44,6 % pacientov s prvou epizódou a 55,6 % s opakovanou epizódou. V prípade prítomnosti stredne závažnej a závažnej SD prevažovali pacienti s opakovanou epizódou 72,1 % vs. 27,9 % a 75 % vs. 25 %.

Vzťah SD a závažnosti afektívnej poruchy

Vzťah intenzity SD (mierna, stredná, závažná) a závažnosti depresívnej symptomatiky meranej objektívne škálou CGI-S a subjektívne škálou BDI-II sme overovali prostredníctvom Jonckheerovho-Terpstovho testu. V oboch prípadoch sme zistili štatisticky významné rozdiely medzi

skupinami (graf 1). Najnižšie skóre v CGI-S sme zistili v skupine s miernou dysfunkciou, s narastajúcou závažnosťou SD stúpala aj celková závažnosť stavu pacienta ($T_{JT} = 4137,00$; $p < 0,001$). V post-hoc analýze sme zistili štatisticky významné rozdiely medzi miernou a stredne ťažkou ($p = 0,014$) a miernou a závažnou SD ($p = 0,005$). Výsledky boli podobné aj pri analýze vzťahu hodnôt BDI-II ($T_{JT} = 4948,00$, $p < 0,001$). V post-hoc analýze sme zistili významné rozdiely medzi miernou a stredne ťažkou a miernou a závažnou SD (obidve $p < 0,001$). Medzi stredne závažnou a závažnou SD rozdiely takmer dosiahli hladinu štatistickej významnosti ($p = 0,063$).

BDI-II obsahuje položku týkajúcu sa sexuality, preto sme sa rozhodli overiť vzťah medzi SALSEXom a BDI-II



Graf 1. Vzťah závažnosti ochorenia a závažnosti sexuálnej dysfunkcie

po vylúčení tejto položky z výpočtu celkového skóre. Celkové skóre v škále SALSEX štatisticky významne korelovalo s BDI-II ($r_s = 0,461$, $p < 0,001$). Celkové skóre v BDI-II aj bez položky týkajúcej sa sexuality naďalej signifikantne korelovalo s celkovým skóre v škále SALSEX ($r_s = 0,422$, $p < 0,001$). Analýzou podskupiny mužov a žien sme zistili, že v skupine žien bol vzťah medzi celkovým skóre v dotazníku SALSEX a celej škály BDI-II podstatne silnejší ($r_s = 0,541$, $p < 0,001$ vs $r_s = 0,236$, $p = 0,119$).

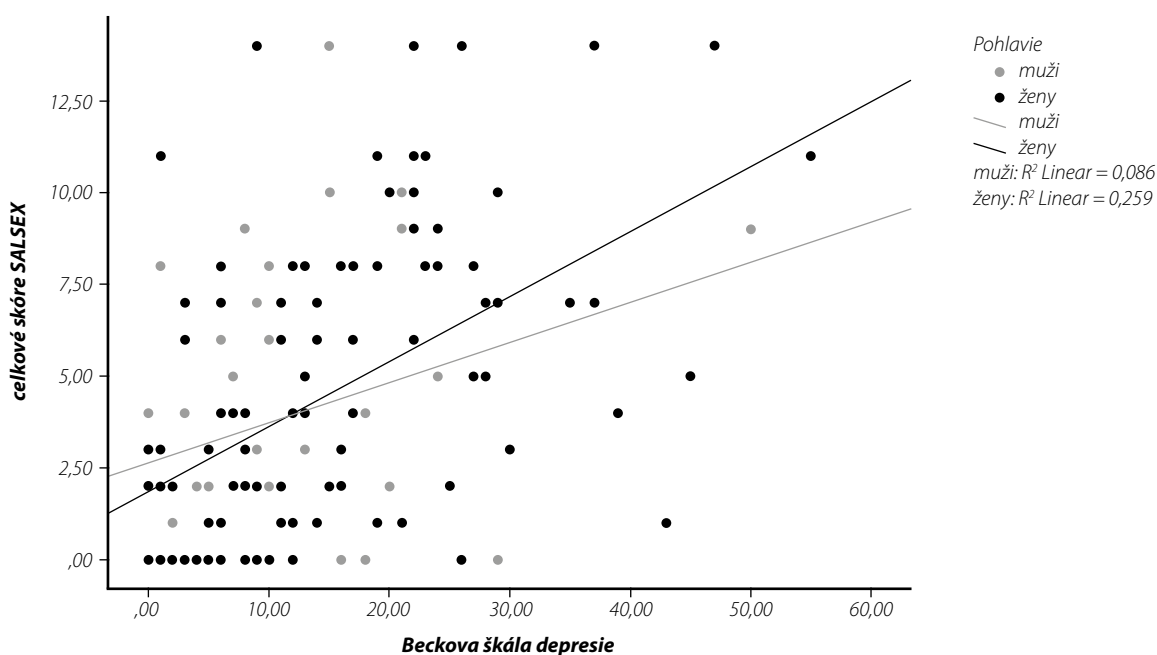
Závažnosť dysfunkcie a ochota zmeniť liečbu

V tab. 6 uvádzame vzťah medzi závažnosťou SD a ochotou zmeniť AD liečbu z dôvodu zlepšenia sexuality. Výsledky prezentujeme pre celý súbor spolu a osobitne pre pacientov

v závislosti od odpovede na skriningovú otázku na prítomnosť sexuálnych dysfunkcií. Až 60,5% pacientov by bolo ochotných zmeniť AD liečbu s cieľom zlepšenia sexuálneho života. V skupine so stredne závažnou SD to bolo až 80,6% (29 z 36 pacientov) a v skupine pacientov so závažnou SD to bolo 72,7% (16 z 22 pacientov). Pacienti, ktorí neidentifikovali zmenu sexuality, boli ochotní pripustiť prípadnú zmenu liečby s cieľom zlepšenia sexuálneho fungovania len v polovici prípadov. Presné hodnoty sú uvedené v tab. 6.

DISKUSIA

U 48% pacientov nášho súboru bola na základe skriningovej otázky dotazníka SALSEX identifikovaná zmena se-



Graf 2. Vzťah medzi závažnosťou depresívnych symptómov a SD v závislosti od pohlavia

Tab. 6. Vztah medzi závažnosťou sexuálnej dysfunkcie a ochotou zmeniť AD liečbu

SALSEX – zmena sexuality pri AD				Zmena liečby		Spolu
				nemnil/a by liečbu	menil/a by liečbu	
Nie	SALSEX závažnosť	Mierna	N	35	31	66
			%	53,0 %	47,0 %	100,0 %
		Stredná	N	2	5	7
			%	28,6 %	71,4 %	100,0 %
		Závažná	N	1	1	2
			%	50,0 %	50,0 %	100,0 %
Spolu		N	38	37	75	
		%	50,7%	49,3 %	100,0 %	
Áno	SALSEX závažnosť	Mierna	N	7	7	14
			%	50,0 %	50,0 %	100,0 %
		Stredná	N	7	29	36
			%	19,4 %	80,6 %	100,0 %
		Závažná	N	6	16	22
			%	27,3 %	72,7 %	100,0 %
Spolu		N	20	52	72	
		%	27,8 %	72,2 %	100,0 %	
Spolu	SALSEX závažnosť	Mierna	N	42	38	80
			%	52,5 %	47,5 %	100,0 %
		Stredná	N	9	34	43
			%	20,9 %	79,1 %	100,0 %
		Závažná	N	7	17	24
			%	29,2 %	70,8 %	100,0 %
Spolu		N	58	89	147	
		%	39,5 %	60,5 %	100,0 %	

xuality pri liečbe AD. Pri použití rovnakej metódy autori Montejo a spolupracovníci v prospektívnej štúdií¹³ zistili výskyt SD u pacientov s depresívnou poruchou u 56,3 % pacientov. Reichenpfader²¹ udáva v metaanalýze observačných štúdií zameraných na výskyt SD pri liečbe AD incidenciu SD u 40,4 % (95 % CI (28,3–52,6)) pacientov. Podľa autorov spomínanej metaanalýzy je v observačných štúdiách vo všeobecnosti častejší výskyt SD v porovnaní s randomizovanými kontrolovanými štúdiami. Mierne vyššiu incidenciu v našej štúdií si do istej miery vysvetľujeme menej striktnými inklúznymi kritériami. Ďalším vysvetlením je pomerne vysoké percento pacientov, ktorí užívali antidepressíva skupiny SSRI (hlavne escitalopram), ktoré sú zafaržené vyššou mierou výskytu poliekových SD.¹ Nízke zastúpenie niektorých liekov zároveň neumožňuje detailnejšie porovnanie výskytu SD u jednotlivých AD v našom súbore. Z pohľadu narušenia jednotlivých fáz sexuálneho cyklu sme zistili, že najzávažnejšie sa SD prejavujú v oblasti zníženia libida a sexuálneho vzrušenia. K podobným záverom dospeli viacerí autori.^{9,13,22} Fava a Rankin²³ zhrnuli výsledky výskumov a tvrdia, že SD sú závislé od veľkosti dávky AD. Dá sa predpokladať, že pacienti so závažnejším stupňom poruchy budú liečení vyššími dávkami AD alebo ich kombináciami, čo môže viesť k častejšiemu výskytu

nežiadúcich účinkov. V našom výskume sme taktiež preukázali, že závažnosť stavu hodnotená subjektívne (BDI-II) aj objektívne (CGI-S) súvisela so závažnosťou SD. Vztah s BDI-II je zachovaný aj pri odpočítaní položky merajúcej zníženie libida. Ak považujeme počet epizód ako jeden z indikátorov závažnosti ochorenia, aj tieto výsledky podporujú vztah medzi závažnosťou ochorenia a výskytom SD pri liečbe. Pri porovnaní mužov a žien sme zistili, že subjektívna miera závažnosti depresie lepšie predikuje výskyt a závažnosť SD u žien, pričom tieto rozdiely nebolo možné vysvetliť dĺžkou trvania ochorenia, vekom či liečbou. Jednou z možných interpretácií by mohlo byť, že u mužov existujú viaceré nezávislé rizikové faktory (napr. pridružené ochorenia, arteriálna hypertenzia, diabetes mellitus a ich liečba), ktoré nesúvisia so symptómami depresie, ale môžu výraznejšie ovplyvniť sexualitu muža. Na základe výsledkov prierezovej populačnej štúdie na vzorke 4000 participantov súvisia sexuálne problémy žien primárne s psychosociálnymi problémami, kým u mužov sú konzistentným prediktorom sexuálnych problémov primárne telesné obmedzenia.²⁴ Výskumy opakovane ukazujú na nedostatočnú diagnostiku SD pri liečbe psychofarmakami.¹³ Aj v našom súbore sa ukázalo, že počet pacientov, ktorí o zmenách referujú, je menší ako počet tých, ktorí zmenu sexuality pri liečbe vnímajú (28,3 % vs. 48 %). Pacienti, ktorí spontánne o zmene sexuality nereférovali, vykazovali prevažne miernu alebo žiadnu sexuálnu dysfunkciu, i keď sa aj v tejto skupine vyskytlo 9 pacientov so stredne ťažkou alebo závažnou SD. Jedným z vysvetlení je možnosť, že pacient neidentifikuje všetky aspekty sexuality a jej prípadných zmien. Aj spätné väzby od lekárov zapojených do sledovania potvrdzujú, že použitie dotazníka im umožnilo s pacientom otvoriť tému sexuality, ktorá predtým nebola dostatočne alebo vôbec s pacientom komunikovaná. Výhodou metodiky dotazníka SALSEX je jednoduchá administrovateľnosť a dobrá zrozumiteľnosť pre pacientov, čo dokazuje aj fakt, že v našom výskume bol minimálny počet chýbajúcich dát. Keďže škála zachytáva aj častotť a intenzitu prejavu jednotlivých SD, má potenciál aj na sledovanie dynamiky zmien. Väčšina pacientov, ktorí zmenu sexuality pri liečbe identifikovali a mali prejavy závažnejších foriem SD, je zároveň prístupná k zmene terapie s cieľom zlepšenia sexuálneho života, čo poukazuje na dôležitosť tejto oblasti. Použitie štandardizovanej dotazníkovej metódy nemôže nahradiť klinické vyšetrovanie. Výsledky dotazníkových metód je potrebné interpretovať v kontexte celkového telesného stavu, sexuologickej anamnézy a závažnosti psychopatologického nálezu s dôrazom na integráciu týchto informácií.

Obmedzenia

Zber údajov bol obmedzený technickými možnosťami bežnej ambulantnej praxe, čo reflektovali aj samotní lekári participujúci na štúdií, ktorí uvádzali, že sa im z dôvodu časovej zaneprázdnenosti nepodarilo osloviť každého vhodného pacienta. Na druhej strane sa len minimálny počet oslovených pacientov odmietlo zúčastniť. Veľkosť súboru zneumožňuje použitie pokročilejších štatistických postupov, pri ktorých by mohli byť zohľadnené viaceré premenné, či už komorbidita psychických a somatických ochorení, detail-

né porovnanie pacientov v závislosti od užívanej medicíny a pod. Porovnanie jednotlivých antidepresív nebolo možné vzhľadom k veľkosti súboru, 36 pacientov užívalo kombináciu antidepresív s rôznym potenciálom na vyvolanie SD. Interpretáciu výsledkov môže ovplyvniť aj fakt, že do nášho sledovania boli okrem pacientov s depresívnou poruchou zaradení aj pacienti so zmiešanou úzkostne-depresívnou poruchou a zmeny sexuality boli popísané aj u pacientov s úzkostnými poruchami.²⁵

ZÁVER

Výskyt SD u pacientov liečených antidepresívami je klinickou skutočnosťou, ktorá nebyva dostatočne komunikovaná lekárom aj pacientom. Práve výskyt SD môže byť dôvodom, prečo sú pacienti s liečbou nespokojní a prijali by jej zmenu. Používanie špecifických posudzovacích škál môže zvýšiť vnímateľnosť na identifikáciu sexuálnych nežiadúcich účinkov pri liečbe, čo umožňuje lekárovi na túto situáciu adekvátne zareagovať a upraviť liečbu podľa potrieb pacienta.

LITERATÚRA

- Serretti A, Chiesa A. Treatment-emergent sexual dysfunction related to antidepressants: a meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol* 2009; 29: 259–266.
- Montejo AL, García M, Espada M, Rico-Villademoros F, Llorca G, Izquierdo JA. [Psychometric characteristics of the psychotropic-related sexual dysfunction questionnaire. Spanish work group for the study of psychotropic-related sexual dysfunctions]. *Actas Esp Psiquiatr* 2000; 28: 141–150.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003; 289: 3095–3105.
- Forgáčová L. Zmiešaná úzkostne-depresívna porucha – najčastejšia diagnóza v ambulanciách psychiatrov a neurológov na Slovensku. In: *Úzkostné poruchy*. Martin: Vydavateľstvo Osveta 2013; 159–179.
- WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Description and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
- Angst J. Sexual problems in healthy and depressed persons. *Int Clin Psychopharmacol* 1998; 13 Suppl. 6: S1–4.
- Balon R, Segraves RT. *Sexual Pharmacology: Fast Facts*. 1st edition. New York: W. W. Norton & Company; 2003.
- Garnock-Jones KP. Vortioxetine: a review of its use in major depressive disorder. *CNS Drugs* 2014; 28: 855–874.
- Montejo AL, Montejó L, Navarro-Cremades F. Sexual side-effects of antidepressant and antipsychotic drugs. *Curr Opin Psychiatry* 2015; 28: 418–423.
- Pečeňák J, Kořínková V, Králová M, Turček M. Antidepresíva. In: *Psychofarmakológia*. Bratislava: Wolters Kluwer 2016; 126–190.
- Nehra A, Jackson G, Miner M, Billups KL, Burnett AL, Buvat J et al. The Princeton III Consensus recommendations for the management of erectile dysfunction and cardiovascular disease. *Mayo Clin Proc* 2012; 87: 766–778.
- Balon R. Medications and Sexual Function and Dysfunction. *FOCUS* 2009; 7: 481–490.
- Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, Rico-Villademoros F. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction. *J Clin Psychiatry* 2001; 62, Suppl. 3: 10–21.
- Kešický D, Kešická M, Novotný V. Analýza sexuálnej poruchy u pacientov s depresiou použitím Ariz. Sex. Exp. Scale ASEX Golombokova-Rustova Dot. Sexuálnej Spokojnosti GRISS. *Čes a slov Psychiat* 2010; 106: 76–80.
- Žourková A. Dotazníky a škály k měření sexuálních funkcí. *Čes a slov Psychiat* 2004; 100: 413–417.
- Guy W, National Institute of Mental Health (U.S.), Psychopharmacology Research Branch, Early Clinical Drug Evaluation Program. ECDEU assessment manual for psychopharmacology. Rockville, Md.: U.S. Dept. of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, Psychopharmacology Research Branch, Division of Extramural Research Programs; 1976.
- Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Beck depression inventory-II*. San Antonio: Psych Corp. 1996.
- Preiss M, Vacíř K. *Beckova sebesozovacia škála pro dospělě*. Brno: Psychodiagnostika 1999.
- Ptáček R, Raboch J, Vňuková M, Hlinka J, Anders M. Beckova škála deprese BDI-II – standardizace a využití v praxi. *Čes a slov Psychiat* 2016; 112: 270–274.
- Montejo AL, Rico-Villademoros F. Psychometric Properties of the Psychotropic-Related Sexual Dysfunction Questionnaire (PRSexDQ-SALSEX) in Patients with Schizophrenia and Other Psychotic Disorders. *J Sex Marital Ther* 2008; 34: 227–239.
- Reichenpfeiffer U, Gartlehner G, Morgan LC, Greenblatt A, Nussbaumer B, Hansen RA et al. Sexual dysfunction associated with second-generation antidepressants in patients with major depressive disorder: results from a systematic review with network meta-analysis. *Drug Saf* 2014; 37: 19–31.
- Bonierbale M, Lançon C, Tignol J. The ELIXIR study: evaluation of sexual dysfunction in 4557 depressed patients in France. *Curr Med Res Opin* 2003; 19: 114–124.
- Fava M, Rankin M. Sexual functioning and SSRIs. *J Clin Psychiatry* 2002; 63, Suppl. 5: 13-16-25.
- Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53: 144–148.
- Žourková A. Sexuální poruchy u psychiatrických pacientů. In: *Sexuologie*. Praha: Grada Publishing 2010; 417–437.