

Escitalopram, sertralina i duloksetyna w farmakoterapii zaburzeń lękowych – praktyczne wskazówki dotyczące zindywidualizowanego wyboru leku przez lekarzy POZ

Escitalopram, sertraline and duloxetine in the pharmacotherapy of anxiety disorders – practical guides for individualized drug selection by primary care physicians

Sławomir Murawiec¹, Grzegorz Opielak^{2,3}

¹Harmonia – Poradnia Zdrowia Psychicznego, Grupa LUX MED, Warszawa

²Centrum Terapii Dialog, Warszawa

³Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Psychiatria Spersonalizowana 2023; 2(4): 111–117

DOI: <https://doi.org/10.5114/psychs.2023.135312>

Streszczenie

Praca przedstawia profile działania escitalopramu, sertraliny i duloksetyny w leczeniu zaburzeń lękowych. Podstawowym założeniem leżącym u podstaw proponowanej tu metody profilowania doboru leku do indywidualnych potrzeb osoby leczonej jest obserwacja kliniczna, że poszczególne substancje należące do kategorii „przeciwłękowych” albo charakteryzowane jako „posiadające działanie przeciwłękowe” mają zróżnicowane profile działania na funkcje psychiczne osób, które je przyjmują. Te obserwowane w kontakcie z osobami leczonymi profile działania poszczególnych substancji odzwierciedlają ich zróżnicowane działania na poziomie biologicznym.

W pracy przedstawiono w sposób praktyczny propozycje omawiania z osobą zgłaszającą się po pomoc spodziewanych efektów leczenia (wpływ poszczególnych leków na funkcje psychiczne), sposób konstituowania rozmowy i zakres tematów, które powinny być podjęte. Wskazano również na konieczność omówienia psychologicznych i subiektywnych aspektów leczenia. Zaprezentowano najważniejsze zagadnienia, które powinny zostać poruszone w trakcie drugiej kolejnej wizyty osoby leczonej.

Prowadzenie farmakoterapii u osoby z zaburzeniami lękowymi wymaga zindywidualizowanego doboru leku i wzięcia pod uwagę szeregu aspektów, w tym psychologicznych, które wpływają na rezultaty leczenia. Te psychologiczne aspekty powinny być uwzględnione w trakcie rozmowy z osobą, która zgłasza się w celu podjęcia leczenia.

Słowa kluczowe: zaburzenia lękowe, farmakoterapia, indywidualizacja leczenia, escitalopram, sertralina, duloksetyna.

Abstract

The paper presents the profiles of action of escitalopram, sertraline, and duloxetine in the treatment of anxiety disorders. The fundamental assumption underlying the proposed method of profiling the selection of medication for individual needs of the patient is clinical observation that different substances belonging to the category of ‘antidepressants’ or characterized as having ‘anxiolytic effects’ have specific profiles of action on the psychological functions

Autor do korespondencji:

dr hab. Sławomir Murawiec, Harmonia – Poradnia Zdrowia Psychicznego, Grupa LUX MED, Warszawa, e-mail: smurawiec@gmail.com

of the individuals taking them. These observed profiles of action of different substances reflect their diverse actions at the biological level.

The paper practically presents proposals for discussing the expected effects of treatment (the impact of each listed above drug on psychological functions), the way to conduct conversations, the scope of topics that should be addressed, and emphasizes the necessity of discussing psychological and subjective aspects of treatment. It also discusses the most important issues that should be addressed during the second subsequent visit of the patient.

Conducting pharmacotherapy for individuals with anxiety disorders requires an individualized selection of medication and consideration of several aspects, including psychological ones, which influence treatment outcomes. These psychological aspects should be taken into account during the conversation with the each patient.

Key words: anxiety disorders, pharmacotherapy, individualization, escitalopram, sertraline, duloxetine.

Wstęp

Przedstawione w tym artykule wskazówki są adresowane do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), a celem ich opracowania było ułatwienie trafnego doboru w zakresie trzech substancji: escitalopramu, sertraliny i duloksetyny, w zindywidualizowanej farmakoterapii osób z zaburzeniami lękowymi. Powstały one w odpowiedzi na trudności w zainicjowaniu właściwego leczenia zaburzeń lękowych przez lekarzy pierwszego kontaktu, bowiem z jednej strony pacjenci zgłaszający się do lekarzy POZ niekoniecznie oczekują innej formy interwencji niż doraźne złagodzenie objawów, z drugiej zaś lekarze rodziny niejednokrotnie obawiają się sami inicjować terapię lekami stosowanymi w zaburzeniach lękowych należącymi do grupy tzw. leków przeciwdepresyjnych.

Obecnie dysponujemy wieloma skutecznymi metodami leczenia zespołów lękowych, które obejmują wykorzystanie farmakoterapii oraz psychoterapii, jak też połączenie obu tych opcji [1–5]. Poniżej przedstawiono zagadnienia dotyczące zindywidualizowanej psychofarmakoterapii zaburzeń lękowych, jednak należy wskazać na ważną, a często kluczową rolę psychoterapii w leczeniu lęku i zespołów (zaburzeń) lękowych [4–6].

Omawiając kwestie zindywidualizowanej farmakoterapii lęku, należy podkreślić, że leki o udowodnionym działaniu w zespołach lękowych charakteryzują się różnymi mechanizmami działania na poziomie biologicznym, a więc wykazują wpływ na różne systemy neuroprzekazników i neuromodulatorów, oddziałując na receptory dla różnych neuroprzekazników lub na inne struktury komórkowe związane z przenoszeniem informacji w ośrodkowym układzie nerwowym [7]. W związku z tym, mimo że używamy pojęć typu „działanie przeciwłękowe” czy „skuteczność w zaburzeniach lękowych” w stosunku do wielu grup leków lub pojedynczych substancji, w istocie mamy

do czynienia z dużym zróżnicowaniem rzeczywistego wpływu tych leków na lęk i funkcje psychiczne.

Jak wskazują LeDoux i Pine [8], leki z grupy klasyfikowanej jako przeciwdepresyjne, na przykład selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (*selective serotonin reuptake inhibitors* – SSRI), mogą powodować spadek odczuwania lęku u osób, którym są podawane. Ważne jest jednak dokonanie rozróżnienia, czy efekt klasyfikowany jako „przeciwłękowy” zależy od działania przeciwłękowego w sensie ścisłym czy na przykład od generalnego zblednięcia emocji i zmiany sposobu subiektywnego doświadczenia. Biorąc pod uwagę te kwestie, cytowani autorzy wskazują, że efekt farmakoterapii prowadzonej różnymi grupami leków lub różnymi substancjami terapeutycznymi i określany wspólnym mianem „przeciwłękowy” może zależeć od:

- wpływu na poznawcze podstawy lęku, takie jak uwaga i pamięć (włączając w to pamięć operacyjną i długoterminową),
- powodowania generalnego zblednięcia emocjonalnego,
- wpływu na przetwarzanie informacji o znaczeniu emocjonalnym,
- działania przeciwłękowego w sensie ścisłym.

Każdy z opisanych tu przykładowo efektów jest klinicznie użyteczny w leczeniu lęku i zespołów lękowych. Oznacza to, że w wyniku przyjmowania leków o różnych mechanizmach działania biologicznego i w związku z tym zróżnicowanym wpływie na funkcje poznawcze, emocjonalne i zachowanie osoba leczona może zgłosić obniżenie poziomu lęku. Efekty te nie będą jednak tożsame, jeśli wziąć pod uwagę wpływ poszczególnych leków na funkcje psychiczne [8, 9].

Przewodniki farmakoterapii wskazują konsekwentnie na skuteczność kilku grup leków i pojedynczych substancji w leczeniu zaburzeń lękowych [1–5]. Są to leki z grupy SSRI, inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (*serotonin norepine-*

phrine reuptake inhibitors – SNRI), pregabalina, benzodiazepiny. W praktyce klinicznej w celu opanowania objawów lękowych bywają także stosowane opi-pramol, hydroksyzyna, propranolol i buspiron. Kilka grup leków i substancji (na przykład leki przeciwpsycho-tyczne) jest wykorzystywanych w praktyce klinicznej poza zarejestrowanymi wskazaniami.

Stosowanie niektórych substancji powszechnie odbieranych jako posiadające „działanie przeciwlękowe” może prowadzić do uproszczonego poglądu, według którego w leczeniu zaburzeń lękowych postu-gujemy się zamiennie i równoważnie wszystkimi lekami z grup SSRI, SNRI, pregabaliną i – w określo-nych ramach czasowych – benzodiazepinami. Tym-czasem każdy z tych leków ma odmienny wpływ na funkcje psychiczne osoby leczonej i odmienny profil działania klinicznego. W związku z tym indywidualny profil działania (wpływ na funkcje psychiczne) powin-nien być w poszczególnych sytuacjach klinicznych uważnie dopasowany do diagnozy zaburzenia lęko-wego i do potrzeb osoby leczonej.

Profile działania leków stosowanych w leczeniu zespołów lękowych:

- benzodiazepiny poprzez wpływ na receptor GABA [10] wywierają szybki, bezpośredni wpływ na lęk przed zagrożeniem; wykazują bezpośrednie dzia-łanie przeciwlękowe wobec ostrego lęku i lęku związanego z poczuciem zagrożenia. Głównym problemem pozostaje potencjał uzależniający i wyraźnie rozwijająca się tolerancja, zwłaszcza w przypadku skutecznych leków krótko działają-cych. Pacjenci wbrew wyraźnym zaleceniom zaczy-nają przyjmować leki z tej grupy codziennie i dłu-gotrwanie, wychodząc z założenia, że problem lęku został rozwiązany. Powyższy mechanizm wyraźnie zmniejsza przydatność benzodiazepin w leczeniu zaburzeń lękowych [11]. Lekiem z tej grupy o silnym działaniu przeciwlękowym jest lorazepam, którego czas półtrwania (szybko i łatwo wchłania się po podaniu doustnym, osiągając maksymalne stę-żenie we krwi proporcjonalne do przyjętej dawki ok. 2 godzin po podaniu doustnym) pozwala na racjonalne wykorzystanie w terapii zaburzeń lękowych, z zachowaniem zasad obowiązujących w terapii benzodiazepinami [10];
- pregabalina zgodnie ze swoimi zarejestrowanymi wskazaniami wywiera korzystne działanie w zabu-rzeniu lękowym uogólnionym [3], a więc tej postaci lęku, którą charakteryzuje zamartwienie się i oba-wy kierowane ku przyszłości (a nie poczucie bez-pośredniego, bieżącego zagrożenia);

- opi-pramol jest substancją o dość unikatowych własnościach działania farmakologicznego [12, 13], które odpowiada pewnemu spektrum objawów obserwowanych z dużą częstością w populacji osób zgłaszających się po pomoc. Jest skuteczny wobec objawów z kręgu lęku i somatyzacji. Uwa-ża się, że wiele lat obecności opi-pramolu na rynku pozwala na sformułowanie następującego wnio-sku: „Jest wiele molekuł, które w tym czasie zosta-ły zapomniane lub wyparte z rynku, jednak opi-pramol nadal jest wykorzystywany i ma swoje miejsce w farmakoterapii” [13]. Ta opinia wskazuje na dwa elementy – skuteczność wobec objawów obecnych u pewnej szerokiej populacji osób oraz obserwo-wany od dekad charakter obecności tego zakresu objawów. W kontekście prowadzenia leczenia tego spektrum problemów można mówić o opi-pramolu, jak czyni to Prusiński, jako o „szczególnym leku psychowegetatywnym” [12]. Opi-pramol jest zareje-strowany w leczeniu zaburzeń lękowych uogólnio-nych oraz zaburzeń pod postacią somatyczną. Jego działanie w wymiarze nastroju bywa tłumaczone z języka niemieckiego jako efekt „rozjaśniający nastrój”. Nie powoduje objawów uzależnienia, co jest istotne w sytuacji konieczności długotrwałego działania przeciwlękowego;
- leki z grupy SSRI często powodują efekt zblednię-cia emocjonalnego [14], generalnego wyciszenia emocji negatywnych i poprawę tolerancji sytuacji stresowych. Mogą one wywierać wpływ przeciw-lękowy w sposób pośredni, poprzez powodowa-nie uogólnionego efektu zobojętnienia, inhibicję odpowiedzi emocjonalnej (wywoływanie stanu indyferencji);
- leki przeciwdepresyjne powodują zmiany przetwa-rzania informacji o znaczeniu emocjonalnym [15]. Ich efekt przeciwlękowy może być więc powiązany z wpływem na sposób, w jaki osoba przyjmująca lek przetwarza informacje o pozytywnym i nega-tywnym znaczeniu. Poszczególne leki różnią się w tym zakresie pomiędzy sobą.

Należy zwrócić uwagę na indywidualne cechy każdej substancji stosowanej w leczeniu lęku i zaburzeń lęko-wych. Przewidywane działanie leku powinno być rozpa-trywane w kontekście dopasowania do indywidualnych potrzeb pacjenta [16].

W odniesieniu do praktyki klinicznej lekarzy POZ warto dodać, że dokonując wyboru każdej z oma-wianych niżej substancji terapeutycznych, trzeba wziąć pod uwagę możliwość wystąpienia interakcji pomiędzy lekami. Zdarza się, że pacjent przyjmuje równocześnie leki przeciwdepresyjne i inne prepa-

raty, choćby leki wykorzystywane w chorobach układu sercowo-naczyniowego [17]. Powszechnie stosowane leki, na które trzeba zwrócić szczególną uwagę, to: metoprolol, propranolol (ryzyko wzrostu stężenia w surowicy), propafenon, blokery kanału wapniowego oraz diuretyki pętłowe i tiazydy, w szczególności u pacjentów w podeszłym wieku. Należy także uwzględnić ryzyko wystąpienia zaburzeń przewodnictwa w mięśniu sercowym. Niektóre leki przeciwdepresyjne (zwłaszcza trójpierścieniowe, citalopram, escitalopram) mogą indukować wydłużenie odstępu QT w zapisie EKG. Skutkiem ich stosowania równocześnie z lekami przeciwarytmicznymi może być więc wzrost ryzyka występowania komorowych zaburzeń rytmu serca. Ostrożność jest zalecana w wypadku jednoczesnego podawania z amiodaronem, propafenonem i sotalolem. Wskazuje się także na interakcje leków przeciwdepresyjnych ze statynami, w szczególności simwastatyną, atorwastatyną i lowastatyną. Konsekwencją inhibicji CYP3A4 przez SSRI może być wzrost ekspozycji na statyny i występowanie objawów niepożądanych, takich jak miopatia, mialgia czy nawet rhabdomyoliza [14].

Escitalopram

Jak działa escitalopram na lęk?

Escitalopram powoduje wystąpienie efektu „dystansu emocjonalnego” do lęku i stresorów związanych z jego pojawianiem się. Relacja osób przyjmujących ten lek brzmi: „już się tak nie przejmuję, już się tak nie denerwuję”. W zaburzeniach lękowych osoba leczona escitalopramem nie reaguje wzbudzeniem emocji, lękiem, niepokojem, płaczem, ciągłym rozmyśleniem o stresie. Pozwala to na podejmowanie spokojniejszych i bardziej racjonalnych decyzji życiowych.

Komu podawać escitalopram?

Lek może być stosowany niezależnie od płci przez cały okres dorosłości – u młodych dorosłych i osób w wieku średnim (20+, 30+, 40+, 50+), aktywnych zawodowo i podlegających czynnikom stresowym prowadzącym do wystąpienia lęku i pogorszenia funkcjonowania w innych niż praca sytuacjach.

Escitalopramem mogą być leczone osoby z zaburzeniami lękowymi, które:

- podlegają silnej presji w pracy lub w związku z utratą pracy (korporacje, urzędy),
- dekompresują w sytuacji przewlekłego stresu – sprawy zawodowe, finansowe, rodzinne, prawne,
- doświadczają lęku w innych sytuacjach – w związku ze stresorami cywilizacyjnymi, lęk o zdrowie i życie.

Jak rozmawiać?

Porozmawiaj na temat spodziewanego efektu – czy efekt w postaci „nabrania dystansu emocjonalnego do rzeczywistości” jest przez osobę zgłaszającą się po pomoc oczekiwany i akceptowany.

Wyjaśnij zasady przyjmowania leków stosowanych w terapii zaburzeń lękowych – brak natychmiastowego efektu uspokajającego, korzyści w terapii długoterminowej. Wyjaśnij, że lek nie uzależnia.

Zapytaj o obawy dotyczące leczenia – osoba z lękiem najczęściej obawia się leczenia farmakologicznego. Porozmawiaj wyrozumiale i edukacyjnie o tych obawach, nawet jeśli w twoim odczuciu są nieracjonalne.

Zapytaj o inne przyjmowane leki (ryzyko interakcji).

Oceń ryzyko wystąpienia wydłużenia odcinka QT w zapisie EKG, ewentualnie zaleć wykonanie badania EKG.

Umów wizytę po ok. 2–4 tygodniach od pierwszego spotkania.

Druga wizyta

Zapytaj, czy spodziewany efekt działania leku wystąpił i czy jest akceptowany przez pacjenta.

Zapytaj o tolerancję leczenia (działania niepożądane).

Wyjaśnij osobie leczonej, że jeśli odczuwa poprawę samopoczucia, powinna teraz postarać się dokonać pozytywnych zmian w swoim życiu lub skorzystać z psychoterapii.

Odpowiedz na pytania osoby leczonej.

Dawkowanie

Podstawowa dawka leku wynosi 10 mg. Leczenie można rozpoczynać, przyjmując 1/2 tabletki przez kilka dni. Jeśli efekt jest niepełny, a także w okresach nasilenia zaburzeń lękowych (często w sytuacji zwiększenia nasilenia stresorów w życiu pacjenta) dawka może być zwiększana do 15–20 mg na dobę.

Sertralina

Jak działa sertralina na lęk?

Działanie sertraliny na lęk jest wielostronne. Z jednej strony wywiera ona bezpośrednie działanie przeciwłękowe, a ponadto jako lek z grupy SSRI powoduje wystąpienie efektu „dystansu emocjonalnego” do lęku i stresorów związanych z jego pojawianiem się.

Działanie sertraliny w lęku obejmuje efekt „mniejszego przejmowania się” stresorami z otoczenia, efekt przeciwłękowy („uspokojenia”) i efekt poprawy nastroju oraz nastawienia do życia („ optymizmu”).

Komu podawać sertralinę?

Lek mogą przyjmować osoby dorosłe niezależnie od płci w każdym wieku, także osoby starsze oraz z chorobami towarzyszącymi (na przykład układu krążenia, neurologicznymi) stosujące terapię wielolekową.

Sertralina może być stosowana w zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych (ZO-K) u dorosłych i pacjentów pediatrycznych w wieku 6–17 lat. Wykorzystuje się ją u osób z lękiem, pesymizmem, obniżeniem nastroju, u których występują takie schorzenia, jak choroby układu krążenia (niezwiązane z występowaniem bólu).

Należy pamiętać, że sertralina jest często lekiem pierwszego wyboru w terapii zaburzeń lękowych także u osób młodych, nieobciążonych żadnymi dodatkowymi schorzeniami. Często stosuje się ją jako lek pierwszego wyboru u kobiet z zaburzeniami lękowymi.

Jak rozmawiać?

Porozmawiaj z osobą zgłaszającą się po pomoc na temat wielu aspektów odczuwanych przez nią zaburzeń w zakresie samopoczucia psychicznego i ewentualnie (jeśli występują) innych problemów zdrowotnych, tak aby mogła poczuć się zrozumiana.

Przeznacz informację, że sertralina ma działanie przeciwłękowe w zaburzeniach lękowych i może wpłynąć na zmianę podejścia do czynników stresowych w życiu tej osoby.

Objaśnij edukacyjnie bezpieczeństwo stosowania leku, w tym w zakresie chorób, które występują u pacjenta (na przykład bezpieczeństwo kardiologiczne). Pamiętaj, że osoba z lękiem i chorobami współistniejącymi może obawiać się „podwójnie” stosowania farmakoterapii – w zakresie lęku i w zakresie chorób serca.

Jeśli pacjent przyjmuje dodatkowe leki, omów potencjalne interakcje, jeśli je znasz, albo sprawdź przy nim (aby go uspokoić).

Wyjaśnij, że lek nie zapewnia natychmiastowej poprawy samopoczucia, natomiast przynosi korzyści w terapii długoterminowej. Poinformuj, że sertralina nie uzależnia.

Jeśli osoba leczona przyjmuje benzodiazepiny lub leki „Z”, objaśnij różnicę pomiędzy lekami przeciwdepresyjnymi a nasennymi i uspokajającymi.

Umów wizytę po ok. 2–4 tygodniach od pierwszego spotkania.

Druga wizyta

Zapytaj, czy spodziewany efekt działania leku wystąpił i czy jest akceptowany przez pacjenta. Omów zakres wpływu leku na samopoczucie i funkcjonowa-

nie (aby wzmocnić świadomość korzystnych zmian samopoczucia).

Zapytaj o tolerancję leczenia – działania niepożądane i ewentualne wystąpienie interakcji. Pamiętaj, że skargi osoby leczonej na niekorzystne odczucia związane z działaniem leku mogą wynikać zarówno z przyczyn biologicznych (działań niepożądanych), jak i z obaw oraz wyobrażeń pacjenta. Choć bywa to trudne, należy porozmawiać o ewentualnych obawach co do leczenia.

Wyjaśnij osobie leczonej, że jeśli odczuwa poprawę samopoczucia, powinna teraz postarać się dokonać pozytywnych zmian w swoim życiu lub skorzystać z psychoterapii.

Przeznacz informacje dotyczące dalszego przebiegu leczenia (leczenie długoterminowe). Odpowiedz na pytania osoby leczonej, wyjaśnij wątpliwości i obawy, także jeśli wydają się nieracjonalne.

Jeśli pacjent ma dodatkowe schorzenia somatyczne, oceń wpływ leku na ich objawy. Jeśli pojawia się pozytywny wpływ zmniejszenia lęku, zwróć na to uwagę osobie leczonej.

Dawkowanie

Jeśli efekt działania sertraliny w dawce 50 mg jest wystarczający po okresie 3–4 tygodni stosowania, należy kontynuować leczenie w tej dawce. Jeśli efekt jest niepełny (jest poprawa, ale niecałkowita), można zaproponować zwiększenie dawki do 100 mg. W przypadku nasilenia objawów mimo przyjmowania dawki 50 mg albo 100 mg (na przykład w okresie kumulacji stresorów w życiu osoby leczonej i narastania objawów lękowych) można zaproponować zwiększenie dawki sertraliny do 150 mg. Należy wtedy zwrócić szczególną uwagę na potencjalne interakcje z innymi lekami, jeśli osoba leczona je przyjmuje.

Duloksetyna

Jak duloksetyna działa na lęk?

Stosowanie duloksetyny jest wskazane w zaburzeniu lękowym uogólnionym, którego istotą jest wybieganie myślami w przyszłość i tworzenie negatywnych scenariuszy przyszłych wydarzeń, martwienie się, że coś złego się stanie. Może to dotyczyć każdego zakresu życia i aktywności. Stosowanie duloksetyny przynosi zamianę sposobu przeżywania – poczucie uspokojenia, „wzmocnienia”, „większej siły”, większej spójności własnej osoby, a także poprawę aktywności, odczuwaną jako „większa energia”.

Duloksetyna jest stosowana także w zaburzeniach depresyjnych (w tym depresji z bólem) i proble-

mach zdrowotnych, w których występuje ból. Działanie leku w dolegliwościach bólowych jest dodatkową korzyścią z jego zastosowania, jeśli u osoby leczonej występuje ból.

Komu podawać duloksetynę?

Duloksetynę mogą przyjmować osoby dorosłe niezależnie od płci w każdym wieku, także osoby starsze.

Stosuje się ją jako lek pierwszego wyboru u pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń lękowych uogólnionych, także bez chorób współistniejących. Jest przydatna w przypadku lęku z obniżeniem nastroju i towarzyszącym bólem. Należy pamiętać, że obniżenie nastroju, lęk i zaburzenia snu są czynnikami ryzyka występowania bólu, ten zaś sprzyja obniżeniu nastroju, podniesieniu poziomu lęku i zaburzeniom snu. Stosowanie duloksetyny pozwala na korzystne oddziaływanie w szerokim zakresie objawów obniżenia nastroju, lęku i dolegliwości bólowych.

Jak rozmawiać?

Podejdź kompleksowo do dolegliwości odczuwanych przez osobę zgłaszającą się po pomoc, uwzględniając zarówno lęk, jak i towarzyszące mu obniżenie nastroju i ewentualnie inne dolegliwości, w tym ból w różnych lokalizacjach. Nie ograniczaj wskazań do stosowania leku tylko do przypadków ze współistniejącym bólem – duloksetyna może być stosowana u osób z zaburzeniem lękowym uogólnionym, u których podejmowana jest farmakoterapia z wyboru.

Objaśnij edukacyjnie wskazania i bezpieczeństwo stosowania leku, w tym w zakresie chorób, które występują u pacjenta. Poinformuj, że lek jest stosowany w określonych wskazaniach w terapii bólu. Pamiętaj, że osoba z lękiem ma najczęściej obawy co do stosowania leków, które wymagają omówienia.

Jeśli współwystępuje ból, osoba leczona może mieć nadzieję na jego ustąpienie w wyniku leczenia, co może wzmacniać chęć przyjmowania leku. Zwróć uwagę osoby leczonej na ograniczenia w codziennym życiu wynikające z lęku. Jeśli towarzyszy mu ból – także na te wynikające z występowania bólu. Pozwoli to na zbudowanie motywacji do leczenia.

Jeśli pacjent przyjmuje dodatkowe leki, omów potencjalne interakcje, jeśli je znasz, albo sprawdź przy nim.

Wyjaśnij, że lek nie pozwala uzyskać natychmiastowej poprawy samopoczucia, natomiast przynosi korzyści w terapii długoterminowej. Poinformuj, że duloksetyna nie uzależnia.

Jeśli osoba leczona przyjmuje benzodiazepiny lub leki „Z”, objaśnij różnicę pomiędzy lekami przeciwdepresyjnymi a nasennymi i uspokajającymi.

Umów wizytę po ok. 2–4 tygodniach od pierwszego spotkania.

Druga wizyta

Zapytaj, czy spodziewany efekt działania leku wystąpił. Oceń wspólnie z osobą leczoną zakres tego działania. Jeśli efekt się pojawił, zapytaj, czy wpływa na codzienne funkcjonowanie pacjenta i na podejmowane aktywności.

Jeśli u osoby leczonej występował ból, zapytaj o zmianę ilości przyjmowanych leków przeciwbólowych.

Zapytaj o tolerancję leczenia – działania niepożądane. Pojawiające się skargi na niekorzystne odczucia związane z działaniem leku mogą wynikać zarówno z przyczyn biologicznych (działań niepożądanych), jak i z obaw i wyobrażeń osoby leczonej. Choć bywa to trudne, należy porozmawiać o ewentualnych obawach co do leczenia. Osoby z lękiem uogólnionym po zmniejszeniu objawów lęku mogą się obawiać w pierwszym okresie poprawy, że stracą czujność i przeoczą jakieś zagrożenie.

Wyjaśnij osobie leczonej, że jeśli odczuwa poprawę samopoczucia, powinna teraz postarać się dokonać pozytywnych zmian w swoim życiu lub skorzystać z psychoterapii. W miarę możliwości powinna poszerzać zakres swoich aktywności życiowych.

Odpowiedz na pytania osoby leczonej dotyczące organizacyjnych aspektów dalszego leczenia i wynikające z ewentualnych obaw co do skutków działania leku.

Dawkowanie

Zalecana dawka początkowa u pacjentów z uogólnionymi zaburzeniami lękowymi to 30 mg duloksetyny raz na dobę. Gdy nie uzyskuje się odpowiedniej odpowiedzi na leczenie lub odpowiedź wystąpi, ale jest niepełna, należy zwiększyć dawkę do 60 mg, czyli do zazwyczaj stosowanej dawki podtrzymującej u większości pacjentów.

Zakończenie

Na zakończenie warto dodać, że sytuacja, w której osoba zgłaszająca się po pomoc dostrzega, że jej aktualne samopoczucie albo przewlekłe dolegliwości są związane z odczuwaniem lęku, potrafi nazwać swój stan, używając słowa „lęk”, „strach”, „obawa”, „panika”, „martwienie się”, jest znaczącym ułatwie-