

Drogowskazy leczenia lęku i depresji. Zróżnicowane działanie leków wobec objawów depresji, lęku, zaburzeń snu – na przykładzie escitalopramu, duloksetyny, mianseryny, pregabaliny i kwetiapiny

Signposts in the treatment of depression and anxiety. Different effects of various medications in the treatment of depression, anxiety and insomnia – in the example of escitalopram, duloxetine, mianserin, pregabalin and quetiapine

Sławomir Murawiec

Poradnia Zdrowia Psychicznego Harmonia LUX MED, Warszawa
Centrum Terapii Psychomedica Allenort, Warszawa

Psychiatria Spersonalizowana 2022; 1(1): 16–23

Streszczenie

Praca przedstawia zagadnienia dotyczące leczenia zaburzeń depresyjnych i lękowych w aspekcie praktycznym. W pierwszej części przedstawiono koncepcję profilowania doboru działania leku do profilu indywidualnych potrzeb pacjenta oraz koncepcję „psychofarmakologii swobodnego leku”. Wybierając lek w terapii depresji i/lub lęku, należy uwzględnić indywidualne cechy pacjenta dotyczące jego osobowości, wartości, powodów zgłoszenia się do leczenia, oczekiwań wobec terapii i założonych dalszych celów życiowych przy jej powodzeniu. Rozciągają się one szeroko – od charakterystyki pewnych wymiarów uwarunkowanych biologicznie (np. stopień zapotrzebowania na nowe bodźce i stymulacje, poziom agresywności, neurotyzmu czy ekstrawersji) po wymiar obejmujący wyznawany system wartości i przekonań (np. przekonania co do akceptacji lub braku akceptacji uzyskiwania pomocy farmakologicznej). Jest to wymiar całej osoby danego pacjenta, a wychwycenia przez lekarza wymagają tu te jego cechy i właściwości, które mogą mieć znaczenie w kontekście wyboru leczenia. W odniesieniu do danego leku należy uwzględnić jego indywidualne cechy jako substancji o konkretnym oddziaływaniu na procesy fizjologiczne i patofizjologiczne, przy czym to rozumienie indywidualnych cech działania leku wykracza poza bardziej tradycyjne ujęcia ograniczające się do prawideł, że jest to lek o działaniu przeciwdepresyjnym i/lub przeciwlękowym. Obecnie dysponujemy już wiedzą bardziej szczegółową i odnoszącą się do konkretnych wymiarów psychobiologicznego działania, opisującą wpływ substancji zakwalifikowanych do danej grupy leków na procesy psychiczne i fizyczne osób nimi leczonych. W drugiej części artykułu na podstawie opisów przypadków osób leczonych escitalopramem, duloksetyną, pregabalina, mianseryną i kwetiapiną zarysowano propozycje sytuacji klinicznych, w których zastosowanie tych leków było korzystne w subiektywnym odbiorze pacjentów, natomiast w ocenie obiektywnej prowadziło do ustępowania objawów depresyjnych.

Słowa kluczowe: depresja, neuropsychologia, lęk, zaburzenia snu, escitalopram, duloksetyna, mianseryna, pregabalina, kwetiapina.

Autor do korespondencji:

dr hab. Sławomir Murawiec, Poradnia Zdrowia Psychicznego Harmonia LUX MED, Rondo ONZ 1, 00-124 Warszawa,
e-mail: smurawiec@gmail.com

Abstract

The paper presents clinical examples of the treatment of depressive and anxiety disorders from the author's own practice. The first part presents the concept of pairing of the specific drug action profile to the profile of individual patient needs and the concept of "drug-centered psychopharmacology". When choosing a medication for the treatment of depression and/or anxiety, one should take into account the individual characteristics of the patient regarding his personality, values, reasons for seeking treatment, expectations towards the therapy and expected further life goals. They range widely from the characteristics of certain biologically conditioned dimensions, such as novelty seeking, the level of aggressiveness, neuroticism or extraversion – to the dimension including the system of values and beliefs. Individual patient's features and the context of the situation in which she/he is presenting her/his symptoms is important in the context of the choice of personalized treatment. With regard to a drug, one should take into account the individual characteristics of a given drug as a substance with a specific effect on physiological and pathophysiological processes. This understanding of the individual characteristics of drug action goes beyond the more traditional concepts, limited to the provisions that it is an antidepressant and/or anxiolytic drug. We already have more detailed knowledge related to specific dimensions of psycho-biological action, describing the influence of substances classified in a given group of drugs on the mental and physical processes. In the second part, based on the case reports of patients treated with escitalopram, duloxetine, pregabalin, mianserin and quetiapine clinical vignettes are outlined in which the use of these drugs was beneficial in the subjective perception of patients, while in an objective assessment it led to the relief of depressive symptoms.

Key words: depression, antidepressants, anxiety, insomnia, escitalopram, duloxetine, mianserin, pregabalin, quetiapine.

Wstęp

W trakcie licznych warsztatów i spotkań w formie webinarium z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i lekarzami innych specjalności niż psychiatria zawsze z zaciekawieniem oczekuję czasu na pytania i dyskusję. Bardzo często ta część spotkania jest dla mnie najciekawsza, ponieważ sam wtedy odnoszę korzyść, zyskując wiedzę na temat rzeczywistych problemów, z jakimi zmagają się lekarze POZ i inni specjaliści. Wiem z praktyki, jakie cechy kliniczne mają pacjenci, którzy kierują swoje kroki do mnie jako do psychiatry, ale zdaję sobie sprawę, że wielu pacjentów z problemami natury psychicznej nie decyduje się na wizytę u psychiatry. To osoby, które są leczone w warunkach POZ, a zasadniczo wymagają wysiłku diagnostycznego i włączenia odpowiedniego leczenia przez lekarzy niepsychiatrów.

Jest jednak w tych dyskusjach rodzaj pytań, który stawia mnie w sytuacji bezradności, na które nie wiem, co odpowiedzieć. To pytania w rodzaju: „Co dać 66-letniej pacjentce z lękiem?”, „Co podać młodemu aktywnemu z depresją?”, „Mam pacjenta, który nie może spać, co mu podać? Brał już różne leki”. Jedyna odpowiedź, której mogę odpowiedzialnie udzielić, brzmi: „To zależy”. Zależy od wielu czynników związanych z dolegliwością podstawową, na którą cierpi dana osoba (diagnoza), jej osobowości, potrzeb, sytuacji, w jakiej się znajduje, chorób współistniejących, doświadczenia lekarza ze stosowaniem danego leku itd. Dokonanie takiego wyboru jest oczywiście możliwe,

ale do tego potrzebujemy większej ilości informacji niż tylko te dotyczące wieku, płci oraz zasadniczego rodzaju objawów.

Dlaczego? Ponieważ wiele leków ma wpisane w swoje charakterystyki produktu leczniczego (ChPL) działanie przeciwdepresyjne lub przeciwłękowe. Jednak profil działania tych leków jest różnicowany. Nawet jeśli te same informacje są zawarte w ChPL różnych substancji terapeutycznych („wskazania obejmują leczenie epizodów depresyjnych”), to nie znaczy, że działanie danego leku jest dokładnie takie samo jak działanie innej substancji z tym samym wpisem w ChPL. Jest to uwarunkowane działaniem biologicznym leku na określone systemy neuroprzekaźnikowe i poprzez to na różne sieci neuronalne w mózgu [1]. Poszczególne substancje wywierają swoje działanie wobec różnych receptorów lub innych struktur na neuronach, a więc i ich działanie wobec objawów danego zaburzenia i wpływ na życie psychiczne osoby, która przyjmuje dany lek, jest różnicowane. W związku z tym to, co warto zrobić, to spróbować dopasować to działanie do indywidualnych potrzeb pacjenta i sytuacji, w jakiej się znajduje.

Należy tu zwrócić uwagę na jeszcze jedną ważną kwestię. Leki należące do grupy przeciwdepresyjnych i przeciwłękowych są przyjmowane przez dłuższy czas – co najmniej kilka miesięcy, a w wielu przypadkach nawet wiele lat [2, 3]. W związku z tym ich działanie należy rozpatrywać w kontekście krótkoterminowym i długoterminowym. W tym pierwszym rozważamy

skuteczność leku wobec ustępowania danego zaburzenia, np. poprawę nastroju i aktywności w depresji, ustępowanie lęku w zaburzeniach lękowych, poprawę w zakresie snu. Natomiast ważna jest jeszcze kolejna perspektywa – miesięcy lub lat przyjmowania leku przez pacjenta. Ta perspektywa zmusza nas do zapytania, jak działanie leku wobec funkcji psychicznych i możliwości funkcjonowania w codziennym życiu będzie dopasowane do osoby pacjenta i jego sytuacji życiowej. Jeśli pacjent w tej dłuższej perspektywie stwierdzi, że wpływ leku na jego funkcje psychiczne (sposób przeżywania emocjonalnego, sprawność myślenia, możliwość działania, kontakty z otoczeniem społecznym) nie jest korzystny, jest niezgodny z jego oczekiwaniami, trybem życia, które prowadzi, jego życiem osobistym albo zawodowym i towarzyskim – możemy w efekcie mieć do czynienia z brakiem współpracy w leczeniu. Osoba, która w trakcie leczenia odczuje, że „na tym leku to nie jestem ja, nie jestem sobą, nie jestem takim, jakim byłem albo jakim chciałbym być”, najprawdopodobniej zaprzestanie przyjmowania leku. Często przedwcześnie, co rodzi ryzyko nawrotu objawów depresji i/lub lęku.

Co więcej powinniśmy wiedzieć?

W zarysowanych tu kontekstach ważne staje się odpowiednie dobranie substancji leczniczej do indywidualnej sytuacji pacjenta. Odpowiedź na pytanie: „Co podać młodemu aktywnemu z depresją?”, wymagałaby uzyskania znacznie większej ilości informacji. Czy jest to osoba aktywna w znaczeniu pełnego poświęcenia czasu i uwagi aktywności zawodowej, a jej głównym zajęciem jest praca w stresujących warunkach pod presją wymagań np. biura lub korporacji? Czy przeciwnie – ta osoba lubi podróżować, bawić się i doznawać wrażeń. Już te dwa zagadnienia mogą decydować o różnych wyborach farmakologicznych w leczeniu depresji u konkretnej osoby, a oba warianty ukrywać się mogą pod określeniem „młody aktywny”. W ten sposób możemy dojść do kilku kolejnych pytań i zagadnień, które pokrótce omówiono poniżej.

Dokonanie efektywnego wyboru farmakoterapii nie może się odbywać wyłącznie na podstawie ogólnej zasady stosowania leków o działaniu przeciwdepresyjnym u osób z określoną diagnozą – wymaga to bardziej precyzyjnych i zindywidualizowanych przesłanek. Pierwsza podstawowa przesłanka musi zostać spełniona, a więc musi być to wybór leku o udowodnionym działaniu w danym zaburzeniu, zgodnie z wiedzą medyczną, charakterystyką danego leku i zasadami medycyny opartej na dowodach. Kolejny

poziom to dostosowanie profilu klinicznego działania leku do obrazu klinicznego konkretnego epizodu chorobowego u indywidualnego pacjenta oraz do ogólnego stanu zdrowia – bierzemy pod uwagę profil działań niepożądanych danego leku, stan zdrowia pacjenta w zakresie współwystępujących chorób i problemów zdrowotnych, przyjmowane równocześnie leki, próbując przewidzieć możliwe interakcje. Uwzględniamy także równoległe czynniki zewnętrzne wobec wiedzy ściśle medycznej warunkujące leczenie, takie jak cena i dostępność leku, ewentualne ograniczenia finansowe czy organizacyjne w jego zastosowaniu (np. refundację). Jednak na uwzględnieniu tych „klasycznych” i absolutnie podstawowych czynników nie kończy się lista elementów, które powinny być wzięte pod uwagę przy wyborze farmakoterapii. Kolejne duże grupy czynników to:

- indywidualne cechy pacjenta dotyczące jego osobowości, wartości, powodów zgłoszenia się do leczenia, oczekiwań wobec terapii i założonych dalszych celów życiowych przy jej powodzeniu. Rozciągają się one szeroko – od charakterystyki pewnych wymiarów uwarunkowanych biologicznie (np. stopień zapotrzebowania na nowe bodźce i stymulacje, poziom agresywności, neurotyzmu czy ekstrawersji) po wymiar obejmujący wyznawany system wartości i przekonań (np. przekonania co do akceptacji lub braku akceptacji uzyskiwania pomocy farmakologicznej). Jest to wymiar całej osoby konkretnego pacjenta, a wychwycenia przez lekarza wymagają tu te jego cechy i właściwości, które mogą mieć znaczenie w kontekście wyboru leczenia;
- indywidualne cechy danego leku jako substancji o konkretnym oddziaływaniu na procesy fizjologiczne i patofizjologiczne, przy czym to rozumienie indywidualnych cech działania leków wykracza poza bardziej tradycyjne ujęcia ograniczające się do przesłanek formalnych, że jest to lek o działaniu przeciwdepresyjnym, przeciwłękowym. Dysponujemy już obecnie wiedzą bardziej szczegółową i odnoszącą się do konkretnych wymiarów psychobiologicznego działania, opisującą wpływ substancji zakwalifikowanych do danej grupy leków na procesy psychiczne osób nimi leczonych.

Jakie czynniki uwzględnić dodatkowo, wybierając lek

Rozpoczynanie leczenia farmakologicznego substancjami należącymi do kategorii przeciwdepresyjnych i przeciwłękowych lub innymi wpływającymi na stany lęku, napięcia psychicznego, zaburzeń snu

w praktyce ambulatoryjnej wiąże się z koniecznością wyboru jednej z wielu substancji zalecanych w rekomendacjach i przewodnikach farmakoterapii. Ale czym kierować się przy dokonywaniu tego rodzaju wyboru? Czynniki, które powinny być brane pod uwagę przy wyborze leku przeciwdepresyjnego i/lub przeciwłękowego, to:

- diagnoza pacjenta i dominujące objawy, a także inne opisane wyżej „klasyczne” przestanki, które zawsze muszą być uwzględniane w doborze leku dla konkretnego pacjenta. Te przestanki są szczegółowo opisywane w podręcznikach farmakoterapii, wytycznych, rekomendacjach i standardach prowadzenia farmakoterapii zaburzeń psychicznych [2–6]. Są dobrze udokumentowane naukowo (na aktualnym poziomie wiedzy) i stanowią podstawę dokonywania racjonalnych wyborów psychofarmakologicznych;
- lek stosowany jest zawsze u konkretnej osoby, z jej uwarunkowaniami psychologicznymi, osobowościowymi oraz biologicznymi (powiązany ze sobą). W związku z tym potrzebne jest zwrócenie uwagi nie tylko w jakim wskazaniu, lecz także u kogo (u jakiej osoby, o jakich cechach) lek ma być zastosowany [7];
- osoba ta zawsze znajduje się w jakiejś sytuacji w wielu aspektach. Jeden lub więcej spośród tych aspektów może mieć kluczowe znaczenie dla aktualnego ujawnienia się lub zaostrzenia objawów depresji i/lub lęku. Dokonanie wyboru farmakoterapii wymaga więc też uwzględnienia sytuacji życiowej, w jakiej znajduje się osoba leczona, w tych aspektach, które mogą być istotne dla powodzenia farmakoterapii [8];
- wybór leku wymaga także przewidywania (dokonania wspólnie z pacjentem predykcji) oczekiwanych efektów leczenia (na ile to oczywiście możliwe). Jakich zmian samopoczucia i funkcjonowania może pacjent oczekiwać pod wpływem leczenia i na ile zmiany te mogą być (zostaną w przyszłości) ocenione przez niego jako korzystne, odpowiadające jego spostrzeganiu samego siebie i swoich ról życiowych [9];
- leczenie farmakologiczne ma nie tylko wymiar obiektywny, lecz także subiektywny i psychologiczny. Zarówno w okresie rozpoczynania leczenia, jak i w trakcie każdego etapu jego trwania pacjent dokonuje indywidualnej, subiektywnej oceny i interpretacji elementów związanych z farmakoterapią. A więc inicjacja farmakoterapii wiąże się z aktywowaniem wyobrażeń na temat działania leków, opartych na uprzedniej wiedzy, przekonaniach i emocjach (lęku lub wzbudzeniu nadziei) osoby leczonej. Działanie leków odczuwane subiektywnie przez pacjenta w trakcie ich przyjmowania

jest interpretowane wielowątkowo, w kontekście zarówno uprzednich przekonań, jak i obserwowanych aktualnie zmian [10];

- zmiana, jaka dokonuje się pod wpływem i w trakcie leczenia farmakologicznego, nie jest wyłącznie zmianą dotyczącą ustępowania objawów zaburzenia (objawów depresji lub zaburzenia lękowego). Zmiany dotyczą istotnych cech przeżywania emocjonalnego, cech osobowościowych, sposobów nawiązywania i podtrzymywania relacji z otoczeniem społecznym, funkcjonowania w środowisku domowym i zawodowym osoby przyjmującej leki. Tak więc osoba przyjmująca leki nie jest już osobą, która zgłosiła się na pierwszą wizytę „minus objawy lękowe czy depresyjne”, które ustąpiły pod wpływem leczenia. W okresie przyjmowania leku jest osobą o innych cechach niż przed leczeniem. Ta zmiana podlega subiektywnej ocenie i interpretacji pacjenta. Jeśli ocena zmiany obserwowanej przez pacjenta jest negatywna, mogą się pojawić problemy ze współpracą w leczeniu farmakologicznym („na tych lekach nie byłem sobą, odstawiłem je”). W obliczu zaistniałych zmian zachodzą procesy adaptacyjne zarówno ze strony pacjenta, jak i jego otoczenia [11–13];
- wymienione kwestie nie są stałe w trakcie całego procesu terapii – przeciwnie, są dynamiczne i mogą podlegać zmianom, procesom związanym z samym leczeniem, jak i zmianami w sytuacji osobistej, życiowej i zawodowej osoby leczonej [8];
- jak wskazują prace części autorów także symptomy kwalifikowane jako depresyjne mają swoją dynamikę, zwłaszcza objawy związane z wystąpieniem objawów depresyjnych po utracie. W tym kontekście uwzględnienia wymaga także etap przebiegu zaburzeń depresyjnych, w jakim znajduje się osoba leczona [14].

Leki powodują zmianę samopoczucia i aktywności

Działanie leków jest procesem dynamicznym – jego istotą jest dokonanie zmiany samopoczucia i możliwości funkcjonowania osoby przyjmującej lek. Tymczasem leki są przedstawiane najczęściej w sposób bardzo statyczny – jako substancje o określonej budowie, wzorze chemicznym, profilu działania receptorowego itd. Z ich budowy chemicznej i powinowactwa do określonych receptorów wynikają jednak zjawiska dynamiczne. Rezultatem ich działania jest zmiana – ustępowanie objawów psychopatologicznych i subiektywnie odczuwane przeobrażenie samopoczucia i funkcjonowania

osoby, która przyjmuje lek. Wychodząc z tego założenia, przedstawiony na końcu tego artykułu materiał informacyjny podkreśla dynamiczną naturę działania leków stosowanych w psychiatrii. Zaczyna się od opisu samopoczucia i ograniczeń funkcjonalnych pacjenta, a kończy się relacją na temat zmian odczuwanych jako wynik skutecznego leczenia. Opis samopoczucia i ograniczeń przed leczeniem wraz z kontekstem osobistym życia pacjenta stanowi pewien wyjściowy profil, z którym powinno harmonizować znane lekarzowi i w związku z tym przewidywane działanie leku. Relacja pacjenta opisująca zmianę samopoczucia po leczeniu mówi o przebyciu pewnej drogi tego leczenia. Ten etap powinien uwzględniać cele życiowe pacjenta, a więc możliwość ich realizacji w wyniku zmian samopoczucia wywołanych leczeniem. Jeśli leczenie będzie skuteczne, ale pacjent nie będzie mógł w jego wyniku prowadzić satysfakcjonującego życia i realizować ważnych dla siebie celów, prędzej czy później samowolnie zaprzestanie przyjmowania leku. Pokonanie drogi od objawów do poprawy umożliwiają leki o różnych profilach działania receptorowego [15, 16].

Przedstawiony tu sposób myślenia o działaniu leków stosowanych w psychiatrii wpisuje się w koncepcję „psychofarmakologii swoistego leku” [17, 18], mówiącą, że za punkt wyjścia do podejmowania decyzji o doborze farmakoterapii możemy przyjąć znane nam działanie leku, a nie tylko formalne rozpoznanie. W takim ujęciu możemy myśleć w kontekście, jak to przewidywane działanie leku wpasuje się w procesy leżące u podłoża objawów, które obserwujemy, a także w potrzeby pacjenta w kontekście jego sytuacji w różnych aspektach.

Psychofarmakologia swoistego leku

Yeomas i współpracownicy [18] proponują nowatorskie i efektywne kliniczne podejście do farmakoterapii psychiatrycznej. Zacytowany poniżej fragment ich pracy pozwala na połączenie w spójną całość dwóch aspektów – indywidualnych cech pacjenta i indywidualnych cech działania leku. Cytowani autorzy uważają, że: „Według modelu «swoistości wobec choroby», przepisując leki, należy opierać się przede wszystkim na rozpoznaniu oraz teoriach etiologicznych. Z kolei podejście zgodne z założeniem o «swoistości leku» polega na dokonaniu oceny, czy wpływ leku na czynności psychiczne i zachowanie może okazać się użyteczny dla pacjenta (mając na uwadze określoną sytuację życiową chorego). [...] Konieczne jest dokładne zdefiniowanie indywidualnych i najważniejszych problemów chorego w celu dokonania oceny, czy okre-

ślony efekt psychotropowy dostępnych leków będzie korzystny”.

Podejście to jest bardzo pojemne pojęciowo i przydatne klinicznie. W klasycznym ujęciu kwalifikujemy leki do grupy leków przeciwdepresyjnych, przeciwłękowych, przeciwpsychotycznych itd. Jest to model myślenia dobrze ugruntowany poprzez wpojenie w trakcie szkolenia przeddyplomowego i podyplomowego, nie jest to jednak jedyny możliwy sposób myślenia o zastosowaniu leków w praktyce klinicznej. Yeomas i współpracownicy słusznie zadają pytanie, a co ze stosowaniem leków off-label, czyli poza wskazaniami medycznymi. Lekarze po pewnym czasie pracy klinicznej mają dobrą wiedzę opartą na doświadczeniu i praktyczne umiejętności w stosowaniu leków u swoich pacjentów w oparciu o spostrzeżenia, jak rzeczywiście działa dana substancja. Ponieważ nabywają tę wiedzę i doświadczenia – często stosują dany lek wszędzie tam, gdzie uważają za stosowne uzyskać oczekiwane działanie leku, nawet jeśli wykracza ono poza oficjalne wskazania do jego stosowania. Autorzy ci zauważają: „Wielu psychiatrów kieruje się założeniami modelu «swoistości leku» (jednak nie mówiąc o tym wprost), zwłaszcza w przypadkach farmakoterapii niezgodnej z zarejestrowanymi wskazaniami czy charakterystyką produktu leczniczego. Dotyczy to często sytuacji, gdy leki stosuje się z powodu ich wpływu na emocje lub zachowanie”. Oczywiście ten sposób myślenia dotyczy nie tylko psychiatrów. Wiele różnych substancji jest stosowanych w praktyce, aby wywołać określony (znany lekarzowi) efekt, który jest z jednej strony opisywany w literaturze naukowej, a z drugiej uzyskiwany u pacjentów leczonych w praktyce klinicznej.

Przedstawione poniżej przykłady praktycznego zastosowania leków wychodzą właśnie z takiego sposobu myślenia. Opierają się więc na założeniu, że każda z wymienionych substancji terapeutycznych wywiera pewien wpływ na funkcje psychiczne osoby, która ją przyjmuje. Ważne jest dokonanie przewidywania opartego na wiedzy o farmakologicznym działaniu leku i na doświadczeniu klinicznym: jaki jest to wpływ i czy będzie on dopasowany do potrzeb danej osoby, której leczenie inicjujemy.

Escitalopram

Relacja pacjentki/pacjenta przed leczeniem: „Wszystko mnie denerwuje, najdrobniejsza rzecz wyprowadza mnie z równowagi. Po prostu reaguję zbyt nerwowo w pracy, a potem przeżywam to godzinami w domu, nie mogę przestać myśleć o jakimkolwiek drobnym problemie. Reaguję złością na najdrob-

niejsze rzeczy. Jestem ciągle smutny i rozdrażniony. Mam jakiś supeł w żołądku. Nie mogę spać, bo cały czas rozmyślam, co sam powiedziałem i co kto powiedział. Jak mam iść do szefowej, to się boję, a jak już u niej jestem, to kompletnie tracę rozum, chce mi się tylko płakać. Najdrobniejsza sytuacja wyprowadza mnie z równowagi, myślę, że będzie katastrofa, że nie dam rady. Te emocje mnie rozbijają”.

Kontekst: Pacjent od kilku lat pracuje w korporacji/biurze. Chciałby sprostać wszystkim wymaganiom narzucanym przez przełożonych, co mu się udawało przez kilka lat. Jednak w okresie pandemii ilość pracy uległa znacznemu zwiększeniu, wydłużyły się też godziny pracy. Pacjent chce sprostać wymaganiom, ma kredyt mieszkaniowy, jest w związku, ma małe dziecko. Jest sumiennym, pracowitym, odpowiedzialnym pracownikiem. Preferuje spokój i poczucie, że ma wszystko pod kontrolą, chciałby jak najlepiej wypełniać obowiązki.

Zwracamy uwagę na: drażliwość, skłonność do reagowania irytacją, nadmierną wrażliwość na drobne sytuacje stresowe i reagowanie na nie emocjami/zachowaniami z kręgu złości, drażliwości, agresji. Widoczne jest obniżenie nastroju, obniżenie napięcia (aktywności), pogorszenie funkcji poznawczych.

Relacja pacjentki/pacjenta podczas wizyty kontrolnej: „Już się tak nie przejmuję, już się tak nie denerwuję, takie same sytuacje nie powodują już u mnie takiego rozedrgania, nie ma takiego lęku, że się wszystko za chwilę zawali. Czuję większy dystans do problemów. Podchodzę do wszystkiego tak na zimno. Kiedyś najdrobniejsze spięcie w pracy, złe spojrzenie mojej szefowej powodowały, że już widziałem wszystko na czarno. Teraz nie siedzę i nie przeżywam tak mocno, nie mam takiego supta w żołądku, który mnie kiedyś obezwładniał. Nie siedzę i nie myślę, że nie dam rady, tylko po prostu robię swoje. Owszem, stres powoduje u mnie napięcie, ale nie tak silne, jak kiedyś. Nawet mam ochotę się pośmiać, pożartować, mam poczucie pewnego komfortu, że wreszcie nie muszę się tak stresować na co dzień, jak to było poprzednio”.

Leczenie: escitalopram 10–20 mg.

Duloksetyna

Relacja pacjentki/pacjenta przed leczeniem: „Czuję taką słabość, ciągnęłam na oparach paliwa, ale od miesiąca zawalam wszystko, jestem słaba, jestem drażliwa, płacziwa. Zawsze byłam osobą, która dźwiga ludzi, wspierałam innych, a teraz to ja potrzebuje wsparcia. Zасыpiam, ale budzę się o 2.00 w nocy. Taki

ciężar w klatce czuję. Boli mnie w klatce, boli mnie głowa, nie mam apetytu. Chodzę do pracy i potem tylko do domu. Nie mam ochoty spotykać się z ludźmi, nie mam energii życiowej. Zawalam sprawy zawodowe, bo zapominam o czymś. Jestem zmęczona, wykończona tą pandemią, zarządzaniem ludźmi, za dużo mam na głowie. Zapominam, mam ochotę zakończyć tę pracę i położyć się pod koc. Dużo zawalam, bo nic nie pamiętam, co mam zrobić. Mam taki ciągły lęk, który trzyma za klatkę, nie mogę oddechu mocno złapać”.

Kontekst: Pacjentka, lat 41, jest kierownikiem w prywatnej firmie. Zawsze była osobą aktywną, sprawną w rozwiązywaniu problemów i kierowaniu zespołem. Obecne pogorszenie od pół roku. Przestała radzić sobie z zadaniami, które poprzednio rozwiązywała na bieżąco, a radzenie sobie z wyzwaniem dawało jej satysfakcję.

Zwracamy uwagę na: poczucie „słabości” „obniżenie energii życiowej”, czyli pogorszenie napięcia i aktywności. W zakresie potrzeb pacjentki jest odzyskanie dynamiki życiowej. Zgłasza ona jednocześnie występujące objawy: obniżenie nastroju, obniżenie napięcia do działania, ból fizyczny i pogorszenie funkcji poznawczych oraz drażliwość. Aktywności, które wcześniej były źródłem satysfakcji, obecnie odbiera jako uciążliwe.

Relacja pacjentki/pacjenta podczas wizyty kontrolnej: „Jest dużo lepiej, dobrze się czuję, mam więcej energii do życia, mogę spać, nie mam myśli, że wszystko jest beznadziejne. Chodzę na spacer. Łatwiej jest mi borykać się z problemami. Jest energia do działania, nie jestem taka słaba i bez życia”.

Leczenie: duloksetyna 60 mg.

Mianseryna

Relacja pacjentki/pacjenta przed leczeniem: „Nie robię wielu rzeczy, które powinnam, bo nie mam energii. Potrafię cały dzień nic nie robić i nie wychodzić z domu. Jak mam coś zrobić, to nie potrafię się za to zabrać. Myślę o wielu rzeczach naraz, ale we własnej głowie. Mam dużo myśli w głowie, co powinnam zrobić. Nie mogę przez to spać. Na chwilę zasypiam i budzę się z walaniem serca. Budzę się raz z lękiem, a raz z niczym, tak po prostu. Lęk to kolejny problem. Miewałam takie jakby napady paniki, walenie serca, zawroty głowy. W ciągu dnia często taki niepokój, taki nieokreślony. Są też konkretne rzeczy, że się martwię, ale też martwię się, co ze mną będzie w przyszłości. Odsuwam od siebie wyjścia z domu. Zawsze jak mam wyjść, to myślę, że jak wyjdę, to już na pewno nie wrócę, bo umrę. Przygnębia mnie, że nie mogę wyjść.

Nawet po zakupy mi trudno. Nie mam żadnych przyjemności z życia”.

Kontekst: Pacjentka, 50 lat, nie pracuje. Zrezygnowała z pracy, ponieważ zajmowała się wychowaniem dzieci, które są już dorosłe. Aktualnie trudno jej podjąć jakieś aktywności ukierunkowane na kontakty z innymi osobami (społeczne), a nawet zając się codziennymi sprawami domowymi. Jest w związku, ale relacja z mężem nie jest związana z dużą bliskością emocjonalną. Czuje się raczej samotna i obawia się o swoje zdrowie.

Zwracamy uwagę na: obniżenie aktywności utrudniające funkcjonowanie na poziomie codziennych zajęć związanych z zaspokajaniem potrzeb życiowych, obniżenie napędu, zaburzenia snu, wybudzanie się w nocy z uczuciem lęku, lęk obecny w ciągu dnia, martwienie się. Nastroj wyraźnie obniżony. W zakresie potrzeb pacjentki nie ma dużego dynamizmu działania, jest potrzeba poprawy nastroju, zmniejszenia lęku, poprawy snu.

Relacja pacjentki/pacjenta podczas wizyty kontrolnej: „Zaczęłam wychodzić z domu. Śpię lepiej, nie ma już tego lęku. Najbardziej mnie cieszy, że mogę wyjść do sklepu i się nie boję. To inne życie, nie ma tak, że ciągle się martwię i denerwuję nie wiadomo czym. I te noce nie są takie koszmarnie. Zaczęłam więcej jeść. To pewnie po tym leku trochę mi się przytyło”.

Leczenie: mianseryna 60–90 mg.

Pregabalina

Relacja pacjentki/pacjenta przed leczeniem: „Cały czas wymyślam scenariusze, że coś złego się wydarzy. Jeden się kończy, wymyślam problem z drugim, że będzie w przyszłości. Tego się nie daje skończyć, nie daje rozwiązać. Moja głowa nie może się zatrzymać. Ciągle myślę, ciągle jestem w strasznym lęku. Martwię się o finanse, o zdrowie, o dzieci, o tę pandemię, co będzie dalej. Ja mam cały czas uczucie, że coś groźnego się wydarzy, nie mogę się od tego uwolnić, nic mnie nie cieszy. To nie ma ze smutkiem nic wspólnego, niczym się nie mogę zainteresować, bo mi się wydaje, że coś się i tak wydarzy. Boję się każdego dnia, chciałbym uciec od tego wszystkiego. Biorę wszystko na siebie, chociaż nie ma potrzeby. Wyszukuję problemy na siłę. Jak przestaję się martwić o jeden, to wymyślałem inny problem, nie mogę spać. Nie umiem samoczynnie się zatrzymać. Myślę, że się zabezpieczę, że to mi pomoże, że cały czas coś robię, aby się zabezpieczać przed czymś, co się nie wydarza”.

Kontekst: Pacjent, 48 lat, wykonuje zawód w zakresie napraw technicznych obiektów. Od ponad 20 lat odczuwa lęk o charakterze lęku uogólnionego. Podej-

mował wiele prób terapii lekami z grupy przeciwdepresyjnych (SSRI) i benzodiazepinami, jednak nie uzyskał trwałej poprawy i ustąpienia lęku. Funkcjonowanie bardzo ograniczone, np. nie bierze urlopów, nie wyjeżdża poza miejsce zamieszkania, nie prowadzi życia społecznego.

Zwracamy uwagę na: stale obecny lęk o charakterystycznym dla zaburzenia lękowego uogólnionego charakterze (martwienie się, lęk o przyszłe wydarzenia).

Relacja pacjentki/pacjenta podczas wizyty kontrolnej: „Problemem były silne stany lękowe, które wybudzały mnie w nocy. Teraz już tak nie ma. Jestem w ciężkim szoku, bo poprawa była natychmiastowa. Na tę chwilę jest zupełna zmiana, mam więcej energii, nocne wybudzenia się skończyły. Rano nie mam przekonania, że to już będzie koniec świata, jest dużo lepiej”.

Leczenie: pregabalina 300 mg (zakres dawek 150–600 mg).

Kwetiapina

Relacja pacjentki/pacjenta przed leczeniem: „Pierwsze moje leczenie psychiatryczne było 6 lat temu. Brałam leki na depresję [przyp. aut.: pacjentka wymienia leki z grupy SSRI]. Wtedy mi to pomogło, miałam też terapię snu. Od maja 2021 słabo się czuję, poszłam na konsultację, dostałam ten sam lek co poprzednio. A mimo brania tych tabletek humor mi się nie poprawił. Pani doktor zwiększyła mi dawkę. Ale to nic nie dało. Miałam poczucie, że strasznie się męczę w życiu, że brakuje mi sił, nie mogę spać, nie mogę się pozbierać, nie mogę się w żadne sposób ogarnąć ze swoimi sprawami. Wszystkiego za dużo, z niczym sobie nie daję rady”.

Kontekst: Pacjentka, 34 lata. W ostatnim czasie została kierowniczką instytucji, w której pracuje, z czym związane jest jej poczucie odpowiedzialności. Rozstała się z partnerem, obecnie jest w trakcie załatwiania spraw związanych z podziałem majątku. Zmarło jej zwierzę domowe, z którym od lat była związana emocjonalnie.

Zwracamy uwagę na: kumulację czynników stresowych z różnych poziomów i zakresów w życiu pacjentki (zawodowych, osobistych, żałoba). Potrzeba uzyskania stabilizacji samopoczucia, poprawy snu, wyrównania rytmów dobowych, aby mogła sobie poradzić z zadaniami (kierowanie instytucją, rozstanie, podział majątku).

Relacja pacjentki/pacjenta podczas wizyty kontrolnej: „Jakoś się ogarnęłam i zaczęłam to wszystko porządkować. Śpię lepiej i może dlatego w ciągu dnia jestem bardziej zorganizowana. Jakoś jest inaczej, efektywniej działam. W pracy mówią, że znowu mam kolorki na twarzy, jestem bardziej energiczna i mogę to wszystko jakoś spokojnie układać”.

Leczenie: kwetiapina 50 mg na noc.

Przedstawione opisy kliniczne są pewnymi uogólnieniami wielu doświadczeń z pacjentami leczonymi wymienionymi wyżej substancjami terapeutycznymi. Starano się w nich uwypuklić najbardziej charakterystyczne cechy profilu skarg oraz cech sytuacji pacjentów odpowiadających korzystnie na podawanie określonych leków. Przytoczone przykłady pozwalają zrozumieć, że odpowiedź na pytania: „Co dać 66-letniej pacjentce z lękiem?”, „Co podać młodemu aktywnemu z depresją?”, jest możliwa, dopiero jednak po uzyskaniu pogłębionego wywiadu i uwzględ-

nieniu kontekstu leczenia. Młodzi aktywni opisani w przytoczonych wyżej przypadkach uzyskali poprawę w wyniku leczenia escitalopramem, duloksetyną i kwetiapiną. Ale te same leki oraz pregabalina i mianseryna mogą okazać się użyteczne w leczeniu osób w średnim wieku, w zależności od ich cech i potrzeb. W innych poprzednio opublikowanych pracach przedstawiono przykłady takiego profilowania doboru leków w odniesieniu do innych substancji z grupy leków skutecznych w terapii depresji i/lub zaburzeń lękowych [7, 19, 20].

Piśmiennictwo

1. Richelson E. Pharmacology of antidepressants: clinical relevance of effects on neurotransmitter systems and their receptors. W: den Boer JA, Westenberg HGM (red.). *Antidepressants: Selectivity or Multiplicity?* Benecke NI., Amsterdam 2001.
2. Landowski J, Cubała WJ. Zaburzenia lękowe, obsesyjno-kompulsyjne i stresu pourazowego. W: Jarema M (red.). *Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych.* Via Medica, Gdańsk 2015; 158-223.
3. Rybakowski J, Dudek D, Jaracz J. Choroby afektywne. W: Jarema M (red.). *Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych.* Via Medica, Gdańsk 2011; 47-115.
4. Gatecki P, Szulc A. *Psychiatria.* Edra Urban & Partner, Wrocław 2018.
5. Jarema M. *Psychiatria.* PZWL, Warszawa 2016.
6. Samochowiec J, Dudek D, Kucharska-Mazur J i wsp. Leczenie farmakologiczne epizodu depresji i zaburzeń depresyjnych nawracających – wytyczne Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Konsultanta krajowego ds. Psychiatrii Dorosłych. *Psychiatr Pol* 2021; 55: 235-259.
7. Murawiec S. Escitalopram, sertralina i wenlafaksyna w depresji – wybór oparty na dostosowaniu profilu leku do profilu pacjenta. *Medycyna Faktów* 2016; 4: 300-305.
8. Sterna W. Niefarmakologiczne działanie leków stosowanych w psychiatrii. *Psychiatria* 2018; 15: 220-227.
9. Murawiec S. Wybór leku. W: Murawiec S, Wierzbński P (red.). *Farmakoterapia w psychiatrii ambulatoryjnej.* Termedia, Poznań 2019; 45-54.
10. Murawiec S. Kontrola i poczucie autonomii – wpływ na współpracę w leczeniu farmakologicznym depresji. W: Murawiec S, Wierzbński P (red.). *Depresja 2017.* Via Medica, Gdańsk 2017; 99-112.
11. Tse WS, Bond AJ. Serotonergic intervention affects both social dominance and affiliative behavior. *Psychopharmacology* 2002; 161: 324-330.
12. Bilderback AC, Wakeley J, Godlewska BR i wsp. Preliminary evidence that sub-chronic citalopram triggers the re-evaluation of value in intimate partnerships. *Soc Cogn Affect Neurosci* 2014; 9: 1419-1425.
13. Young SN, Moskowitz DS, aan het Rot M. Possible role of more positive social behavior in the clinical effects of antidepressant drugs. *J Psychiatry Neurosci* 2014; 39: 60-65.
14. Zellner MR, Watt DF, Solms M, Panksepp J. Affective neuroscientific and neuropsychanalytic approaches to two intractable psychiatric problems: why depression feels so bad and what addicts really want. *Neurosci Biobehav Rev* 2011; 35: 2000-2008.
15. Stahl SM, Lee-Zimmerman C, Cartwright S, Morrisette DA. Serotonergic drugs for depression and beyond. *Current Drug Targets* 2013; 14: 578-585.
16. Stahl SM. *Podstawy psychofarmakologii. Teoria i praktyka.* Via Medica, Gdańsk 2009.
17. Yeomans D, Moncrieff J, Huws R. „Psychofarmakologia swoistego leku”: model farmakoterapii niezależnej od rozpoznania. *Med Prakt Psychiatria* 2016; 5: 7-18.
18. Yeomans D, Moncrieff J, Huws R. Drug-centered psychopharmacology: a non-diagnostic framework for drug treatment. *BJPsychiatry Advances* 2015; 21: 229-236.
19. Murawiec S. Presja w pracy prowadząca do depresji – przykłady leczenia farmakologicznego. *CNS Reviews* 2019; 3: 135-142.
20. Murawiec S. Profil pacjenta chorego na depresję a wybór leku przeciwdepresyjnego. Omówienie działania sertraliny, escitalopramu, mirtazpiny i wenlafaksyny na podstawie przypadków klinicznych. *CNS Reviews* 2019; 3: 209-220.