

# Alprazolam – prosty przewodnik w pytaniach i odpowiedziach

## Alprazolam – a simple guide in questions and answers

Sławomir Murawiec

Harmonia – Poradnia Zdrowia Psychicznego – Grupa LUX MED, Warszawa

Psychiatria Spersonalizowana 2023; 2(1): 34–39

W poprzednim numerze „Psychiatrii Spersonalizowanej” ukazał się list do Redakcji prof. Anny Antosik-Wójcińskiej zatytułowany: „Olanzapina ODT – dla kogo jest to alternatywa? Prosty przewodnik w pytaniach i odpowiedziach” [1]. Kontynuując publikację treści w formacie pytań i odpowiedzi, tym razem przedstawiamy opracowanie dotyczące alprazolamu.

### Dlaczego powstał ten materiał?

Opracowanie ma na celu przedstawienie racjonalnego sposobu stosowania alprazolamu w praktyce lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i innych specjalistów. W odniesieniu do stosowania alprazolamu – i szerzej leków z grupy benzodiazepin – obserwuje się niekiedy skrajne postawy. Z jednej strony leki te mogą być stosowane zbyt szeroko, w każdej sytuacji, w której osoby zgłaszające się po pomoc ujawniają objawy lęku, trudności życiowych, niemożności regulowania emocji, lub kiedy lekarz uzna, że dana osoba ma nieokreślone problemy natury psychicznej wpływające na jej samopoczucie i zachowanie. Wtedy leki benzodiazepinowe bywają stosowane w sposób niespecyficzny „na trudności i problemy życiowe”, czasami zamiast odpowiedniego leczenia lub innych form pomocy, np. psychospołecznej. Z drugiej strony stosowanie alprazolamu i szerzej benzodiazepin może budzić obawy lekarzy i przyczyniać się do niewykorzystania ich potencjału terapeutycznego w sytuacjach, w których mogłyby być użyteczne. Najprostsza odpowiedź na pytanie, kiedy można stosować alprazolam, brzmi: w uzasadnionych medycznie przypadkach, wykorzystując możliwości terapeutyczne leku zgodnie

z zaleceniami ekspertów i charakterystyką działania leku. A więc nie „na problemy życiowe”, ale i nie kierując się nadmiernie generalizowanym przekonaniem, że „te leki uzależniają”.

### Z jakimi sytuacjami możemy mieć do czynienia?

Możemy napotkać zasadniczo dwie sytuacje. Pierwsza z nich to taka, w której sami decydujemy się na włączenie leku. Druga to taka, w której zgłasza się do nas pacjentka lub pacjent już uprzednio leczony alprazolamem, włączonym przez innego lekarza. W tej drugiej sytuacji powinniśmy ustalić, czy dana osoba przyjmuje lek w dawce mieszczącej się w zakresie dawek dozwolonych charakterystyką produktu leczniczego (CHPL) [2, 3] i w czasie 2–4 tygodni czy też dawki są wyższe, a czas przyjmowania leku dłuższy.

### Czy włączając lek, możemy przyjąć postawę „zobaczmy, co będzie dalej?”

Nie, nie możemy. Jeśli decydujemy się na włączenie alprazolamu, z góry powinniśmy wiedzieć, w jaki sposób, w jakim czasie i wskazaniu lek będzie stosowany i kiedy planowane jest zakończenie jego podawania. I już na pierwszej wizycie powinniśmy omówić to z pacjentem. Tu jest różnica – inicjując włączenie wielu innych leków niż benzodiazepiny, nie musimy tego robić, gdyż włączamy lek i decydujemy o czasie jego przyjmowania później, na podstawie sytuacji klinicznej. W sytuacji zastosowania alprazolamu już w czasie pierwszej wizyty i włączania leku powinniśmy mieć pełną jasność co do zasad jego stosowania. Tak samo pacjent powinien uzyskać jednoznaczne informacje –

Autor do korespondencji:

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

nie powinna mieć miejsce sytuacja, w której będzie on zaskoczony na kolejnych wizytach, że przyjmowanie leku nie jest już wskazane. Informacje przekazywane pacjentowi powinny obejmować przekazanie wiedzy na temat celu stosowania leku, spodziewanego efektu, jak często i w jakiej formie ma być przyjmowany (doraźnie? codziennie?), jego ograniczonego czasu przyjmowania, innych istotnych okoliczności ważnych w indywidualnej sytuacji osoby leczonej. Należy unikać straszenia pacjenta, ponieważ może on nie przyjąć zaleconego leku, ale jednocześnie wskazane jest, aby jak najbardziej jasno i precyzyjnie „z góry ustawić” sytuację leczenia. Jeśli tego nie zrobimy, na kolejnej wizycie pacjent może być zaskoczony, że zalecamy mu szybkie odstawienie leku, którego działanie odczuwa jako pozytywne, a nie poinformowaliśmy go na początku leczenia, że przyjmowanie tego leku jest ograniczone w czasie. Może to prowadzić do trudności we współpracy z osobą leczoną.

#### **Czy osiągniemy w ten sposób spójność przekazu informacji?**

Tak. W charakterystyce [2, 3] leku możemy przeczytać: „W momencie rozpoczęcia leczenia należy poinformować pacjenta o konieczności ograniczenia czasu trwania terapii i stopniowego zmniejszania dawki podczas odstawiania. Ponadto ważne, aby pacjent był świadomy możliwości wystąpienia objawów odstawienia, co pozwoli zmniejszyć jego lęk, gdy ewentualnie wystąpią w trakcie odstawiania produktu leczniczego. Istnieją oznaki wskazujące, że w przypadku benzodiazepin o krótkim czasie działania objawy odstawienia mogą wystąpić w przerwie między dawkami, szczególnie jeśli pacjent otrzymuje duże dawki leku. W razie stosowania benzodiazepin o długim czasie działania ważne jest uprzedzenie pacjenta przed zmianą na benzodiazepiny o krótkim czasie działania, ponieważ mogą rozwinąć się objawy odstawienia”. „Zwykle benzodiazepiny podaje się doraźnie lub krótkotrwałe. Działanie na organizm jest zatem krótkie. W innych przypadkach stan zdrowia pacjenta wymaga przedłużenia okresu leczenia. W przypadku długotrwałego stosowania benzodiazepin konieczność kontynuowania leczenia powinna być okresowo weryfikowana przez lekarza prowadzącego pacjenta. Długotrwałe stosowanie leku prowadzi do rozwoju zależności psychicznej”. Ważne jest, aby przekazywane informacje były jednoznaczne i spójne z treściami zawartymi w CHPL. Wtedy prognozowanie przez lekarza procesu leczenia będzie spójne z tym, co pacjentka lub pacjent może przeczytać.

#### **Co jeśli pacjent przyjmuje lek w zarejestrowanej dawce i rekomendowanym czasie?**

Jeśli dawka leku mieści się w zakresach rekomendowanych w CHPL (maksymalnie 4 mg na dobę dla alprazolamu i alprazolamu SR), a czas przyjmowania leku w zakresie około 4 tygodni, powinniśmy przedstawiać pacjentowi informację o potrzebie stopniowego odstawienia leku. Informacje na ten temat są zawarte w dalszej części tego tekstu.

#### **Co jeśli dawki są bardzo wysokie, a czas przyjmowania wieloletni?**

Czasami lek jest przyjmowany przez osobę, która zgłasza się do nas bardzo długo (miesiące, lata), a dawki są wielokrotnością dawki maksymalnej. W takiej sytuacji konieczna może być konsultacja psychiatry, niekiedy leczenie szpitalne. W sytuacjach pośrednich (nie tak skrajnie wysoka dawka, nie tak skrajnie długi czas przyjmowania leku) trzeba podjąć decyzję, czy decydujemy się wraz z pacjentem przejść proces odstawiania leku, kierując się własnym doświadczeniem, motywacją pacjenta do odstawienia leku, tym, jak silna jest relacja z pacjentem, ogólną oceną sytuacji klinicznej i występującymi indywidualnie czynnikami, które mogą mieć znaczenie dla odstawiania leku. Niekiedy konsultacja psychiatry może być w tych sytuacjach znacznym ułatwieniem procesu odstawiania leku. Alprazolamu i innych benzodiazepin nie powinniśmy odstawiać natychmiastowo – z dotychczas przyjmowanej dawki do zera w ciągu doby.

#### **Czy powinniśmy kontrolować leczenie?**

Tak. Konieczność przyjmowania leku i jego dawkowanie powinny w czasie całego leczenia pozostać pod kontrolą lekarza i pacjenta. Nie powinna mieć miejsca sytuacja, w której tracimy pacjenta z oczu i musi on „zdobywać” receptę u innego lekarza. Należy kierować się informacją zawartą w CHPL, która mówi, że: „Należy często oceniać stan pacjenta i potrzebę przedłużania leczenia, szczególnie, jeśli nasilenie objawów występujących u pacjenta zmniejsza się lub objawy ustępują. Nie zaleca się długotrwałego leczenia. Ryzyko uzależnienia może wzrastać wraz z dawką i czasem trwania leczenia”.

#### **Jakie są wskazania do stosowania alprazolamu zarejestrowanego pod nazwami handlowymi Xanax i Xanax SR?**

Alprazolam i alprazolam SR są wskazane w krótkotrwałym leczeniu objawowym stanów lękowych u osób

dorostych i wyłącznie w przypadku ciężkich zaburzeń, w których objawy są nasilone, uniemożliwiają pacjentowi prawidłowe funkcjonowanie lub są dla niego bardzo uciążliwe. Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (FDA) wymienia dwa zarejestrowane wskazania do stosowania alprazolamu [4]: 1) zaburzenia lękowe, zaburzenia lękowe uogólnione (*anxiety disorders – generalized anxiety disorder*), 2) lęk napadowy (lek paniczny) bez lub z agorafobią (*panic disorders – with or without agoraphobia*).

### Jakie są możliwe formuły zastosowania leku?

Alprazolam może być stosowany doraźnie w sytuacjach znacznego nasilonego stresu uniemożliwiającego prawidłowe funkcjonowanie (tak jak opisano wyżej), kiedy chcemy uzyskać efekt charakterystyczny dla jego profilu działania – przeciwlękowy, uspokajający, a więc przed takimi wydarzeniami, jak lot samolotem u osób z silnym lękiem przed lataniem lub przed wydarzeniami typu pogrzeb lub inna sytuacja o negatywnej wartości emocjonalnej. Przyjmowanie doraźnie obejmuje najczęściej przyjmowanie leku kilka razy w tygodniu (2–4 razy). Stosowanie alprazolamu jest związane najczęściej z wysoce przewidywalnym wpływem na funkcje psychiczne, przede wszystkim poziom lęku i napięcia psychicznego. W związku z tym w większości przypadków jesteśmy w stanie przewidzieć, jak lek zadziała. Reakcje paradoksalne zdarzają się niezmiernie rzadko [5]. Alprazolam jest szybko wchłaniany po podaniu doustnym, a najwyższe stężenie jest osiągnięte po 1–2 godzinach od podania [4].

W sposób systematyczny, codziennie lek może być stosowany przez 2–4 tygodnie. Czas ten obejmuje włączenie leku, okres stosowania dawki skutecznej klinicznie i okres stopniowego zaprzestania jego stosowania.

Alprazolam może być też stosowany do przerywania napadów lęku panicznego – w takich sytuacjach powinien być noszony przy sobie przez osobę leczoną z powodu tego zaburzenia. Leczenie powinno obejmować wtedy pierwszoplanowo przyjmowanie leków z grupy przeciwdepresyjnych, zgodnie z rekomendacjami psychofarmakoterapii zaburzeń lękowych [6–9].

Lek ten może być również stosowany w okresach zaostrzeń zaburzeń lękowych, np. zaburzenia lękowego uogólnionego. Zaburzenia lękowe powinny być leczone zgodnie z zaleceniami ekspertów i towarzyszt naukowych lekami należącymi do grupy przeciwdepresyjnych [6–10]. Niekiedy jednak przebieg zaburzeń lękowych jest fluktuujący i podawanie leku benzodiazepinowego może być wskazane w okre-

lonym czasie (2–4 tygodnie) w celu opanowania zaostrzenia objawów lęku.

Alprazolam znajduje też zastosowanie jako tzw. leczenie pomostowe w sytuacji włączenia leków należących do grupy przeciwdepresyjnych (np. sertraliny) w pierwszym okresie leczenia. Zanim ujawni się odczuwalny przez pacjenta efekt działania leków przeciwdepresyjnych, mija około 2–4 tygodni. W tym czasie, w celu złagodzenia objawów lękowych, może być użyteczne włączenie alprazolamu. W takim przypadku należy poinformować pacjenta o ściśle określonym czasie przyjmowania tego leku i o znaczeniu każdego ze stosowanych leków dla przebiegu procesu leczenia.

Warto nadmienić, że inne substancje, np. hydroksyzyna, nie znajdują zastosowania do przerywania napadów lękowych. Ponadto Europejska Agencja Leków (EMA) wystosowała ostrzeżenie [10] wskazujące, że hydroksyzyna może potencjalnie blokować kanały hERG i inne rodzaje kanałów w mięśniu sercowym, co może prowadzić do potencjalnego ryzyka wydłużenia odstępu QT i zdarzeń o charakterze zaburzeń rytmu serca. To potencjalne ryzyko stosowania hydroksyzyny zostało potwierdzone w danych klinicznych i po wprowadzeniu produktu do obrotu. W większości przypadków występowały inne czynniki ryzyka zaburzeń rytmu, np. zaburzenia elektrolitowe lub inne przyjmowane leki. Potencjalne ryzyko wydłużenia odstępu QT i częstoskurczu komorowego typu *torsades de pointes* podczas stosowania hydroksyzyny powinno być minimalizowane poprzez działania ukierunkowane na zidentyfikowane czynniki ryzyka i ograniczenie stosowania hydroksyzyny do najmniejszej skutecznej dawki w możliwie najkrótszym czasie. Maksymalna dawka hydroksyzyny u dorosłych powinna wynosić łącznie 100 mg na dobę; u osób w podeszłym wieku, jeśli nie można uniknąć stosowania tego leku, maksymalna dawka dobową powinna wynosić 50 mg.

### Dla kogo zwykła formuła, a dla kogo SR?

Alprazolam może być użytecznym narzędziem pozwalającym na opanowanie objawów lękowych. Tym narzędziem terapeutycznym warto posługiwać się w sposób świadomy. Zwykła formuła leku jest wskazana, gdy potrzebne jest uzyskanie szybkiego efektu przeciwlękowego, użytecznego w określonym czasie, a więc kiedy wskazane jest uzyskanie doraźnego działania uspokajającego przed jakimś wydarzeniem lub w jego trakcie, gdy dana osoba chce odzyskać kontrolę nad emocjami i zachowaniem, a także w przerywaniu napadów lęku panicznego.

Formulacja o przedłużonym działaniu ma zastosowanie w sytuacjach, kiedy potrzebne jest dłuższe działanie leku, np. gdy zakładamy, że ma być stosowany codziennie w okresie wyżej wskazanych 2–4 tygodni. Pozwala to na uniknięcie konieczności podawania dawek leku o zwykłym okresie działania i pogorszeń samopoczucia przy spadku stężenia leku, który może występować pomiędzy poszczególnymi dawkami. Czas działania (nie jest równoważny z czasem półtrwania) alprazolamu w zwykłej formulacji jest krótszy, natomiast w alprazolamu w formulacji SR wynosi 5–11 godzin [12].

### **Czy znane są interakcje alprazolamu z innymi lekami, np. stosowanymi w POZ?**

Na metabolizm alprazolamu wpływają leki, które są metabolizowane przez CYP3A4 (zarówno hamują, jak i indukują CYP3A4). Inhibitory tego izoenzymu zwiększają stężenie tego leku i ryzyko wystąpienia działań niepożądanych [4]. Substancje o znanym wpływie na stężenie alprazolamu to niektóre leki przeciwgrzybicze (ketokonazol), niektóre leki przeciwdepresyjne (fluoksetyna, fluwoksamina), antybiotyki makrolidowe (klarytromycyna), ryfamycyny (ryfampin), dziurawiec, leki przeciwpadaczkowe (karbamazepina, fenytoina), leki antyhistaminowe i leki miorelaksacyjne [4].

W przypadku jednoczesnego stosowania alprazolamu z innymi lekami nasennymi lub uspokajającymi bądź spożywania alkoholu należy pamiętać o możliwości addytywnego działania tych substancji [2, 3].

Benzodiazepiny charakteryzują się addytywnym działaniem depresyjnym na ośrodkowy układ nerwowy, włączając depresję oddechową, kiedy są stosowane jednocześnie z opioidami, alkoholem lub innymi lekami działającymi depresyjnie na ośrodkowy układ nerwowy. Należy zachować ostrożność podczas stosowania alprazolamu z produktami działającymi depresyjnie na układ oddechowy, np. opioidami (leki przeciwbólowe, przeciwkaszlowe, stosowane w leczeniu uzależnień), szczególnie u pacjentów w podeszłym wieku [2, 3].

W okresie leczenia alprazolamem nie wolno spożywać alkoholu.

### **Jak wygląda leczenie alprazolamem u pacjentów w starszym wieku?**

Decydując się na rozpoczęcie leczenia alprazolamem w grupie pacjentów w starszym wieku, musimy wziąć pod uwagę: 1) choroby przewlekłe, na które cierpi pacjent, i jednocześnie przyjmowane leki, 2) ryzyko wystąpienia upadków i złamań (wystąpie-

nia niezborności ruchów) [13], 3) sprawność funkcji poznawczych (np. pomijanie dawek lub przeciwnie – zapomnianie o przyjętej dawce i ponowne zażycie leku). Wytyczne i zalecenia dotyczące bezpiecznego stosowania benzodiazepin w POZ – rekomendacje dla lekarzy rodzinnych [14] mówią, że w grupie pacjentów geriatrycznych benzodiazepiny mogą być stosowane doraźnie przy pobudzeniu. Do skutków niepożądanych ich przyjmowania należą: nadmierna sedacja, brak koordynacji ruchowej, zawroty głowy, upadki, pogorszenie funkcji poznawczych i depresja oddechowa. Dodatkowo istnieje możliwość uzależnienia i pojawienia się paradoksalnego efektu pobudzającego. Dlatego rekomendacje podkreślają, że należy pamiętać o stosowaniu metod nefarmakologicznych opanowywania stanu pobudzenia.

W kontekście powyższych ostrzeżeń należy zwrócić uwagę, że u pacjentów w podeszłym wieku zaleca się stosowanie najmniejszej skutecznej dawki w celu zapobieżenia wystąpieniu niezborności ruchów lub nadmiernego uspokojenia. Benzodiazepiny i podobnie działające substancje powinny być stosowane ostrożnie u osób w podeszłym wieku ze względu na ryzyko sedacji i/lub osłabienia układu mięśniowo-szkieletowego, które mogą prowadzić do upadków. Niższa dawka jest zalecana również u pacjentów z przewlekłą niewydolnością oddechową ze względu na możliwość pojawienia się depresji oddechowej. U pacjentów z zaburzeniami czynności nerek albo z łagodną lub umiarkowaną niewydolnością wątroby zaleca się zachowanie ostrożności.

Dawki zalecane u osób w wieku starszym są niższe niż u osób z młodszych grup wiekowych, np. tzw. *geriatric dosage* wynosi 0,25 mg alprazolamu dwa lub trzy razy dziennie [4].

### **Czy są grupy pacjentów szczególnie narażone na ryzyko uzależnienia?**

Tak, niektóre osoby są szczególnie podatne na uzależnienie. Są to np. [14]: pacjenci z nieprawidłową osobowością, osoby mające w wywiadzie inne uzależnienia, osoby w stresie koncentrujące się bardziej na emocjach niż na zadaniu, osoby niemające wsparcia społecznego (po przejściach lub ofiary przemocy) i osoby starsze.

### **Jak odstawiać alprazolam i inne benzodiazepiny?**

Jeśli alprazolam przyjmowany jest doraźnie, raz na kilka dni lub rzadziej, nie rozwinię się uzależnienie fizyczne od leku. Tym niemniej osoba leczona może czuć się pewniej (bezpiecznej, spokojniej), jeśli lek

jest dostępny, „ma go pod ręką”, nawet jeśli z niego nie korzysta lub korzysta rzadko. Powinno się omówić tę sytuację z pacjentem, aby miał świadomość roli leku w jego życiu i radzeniu sobie ze stresem i sytuacjami trudnymi. Warto wskazać, że tolerancję stresu mogłyby poprawić oddziaływania psychoterapeutyczne.

Jeśli osoba leczona przyjmuje alprazolam (i szerzej inne benzodiazepiny) codziennie w dłuższym okresie, proces zaprzestania leczenia powinien być rozłożony w czasie. Nie należy nagle odstawiać całej dawki benzodiazepin ze względu na ryzyko wystąpienia zespołu abstynencyjnego. Zalecenia dotyczące redukcji dawek i odstawiania benzodiazepin mówią, że początkowo należy zamienić lek na preparat o długim okresie półtrwania, a więc np. alprazolam w formułacji zwykłej na alprazolam SR lub inną długodziałającą benzodiazepinę [14].

Zasadniczo można wskazać na dwie strategie odstawiania: 1) redukcja dawki obejmująca 25% co 7–14 dni, 2) redukcja dawki na podstawie występowania objawów abstynencyjnych. W tym drugim przypadku redukujemy dawkę o 25% i jeśli nie występują objawy pogorszenia, redukujemy ją ponownie po 7–14 dniach. Jeżeli zaś pojawiają się objawy abstynencyjne/dyskomfort, wracamy do poprzedniej dawki i po pewnym czasie próbujemy ponownie.

Jeśli pacjent przyjmuje bardzo wysokie dawki alprazolamu lub innej benzodiazepiny w bardzo długim czasie, wskazane jest leczenie specjalistyczne pod nadzorem psychiatry.

Standardy postępowania wskazują, że proces odstawiania benzodiazepin składa się z kilku ważnych faz. W fazie substytucji dokonujemy zamiany stosowanych benzodiazepin na jeden preparat o długim czasie działania, jeśli osoba leczona przyjmuje benzodiazepinę krótkodziałającą. Można użyć tabel przeliczeniowych wskazujących dawki benzodiazepin równoważne (ekwiwalentne) wobec diazepamu. Przejście z silnie i krótkodziałających benzodiazepin (np. alprazolamu, lorazepamu) na diazepam lub klorazepat powoduje, że dawka leku rzędu kilku miligramów zmienia się w dawkę 10–20 mg lub wyższą. Dawkę tę redukujemy małymi krokami (po 2–5 mg). Długi okres półtrwania diazepamu i klorazepatu powoduje, że po redukcji dawki spadek stężenia leku w surowicy krwi jest powolny, więc objawy odstawienne są mniej nasilone.

Faza redukcji dawki polega na stopniowym zmniejszaniu dawki przyjmowanego leku. Według autorów standardów [14] nie ma jednego ustalonego algorytmu redukcji dawek przewlekłe przyjmowanych

benzodiazepin. Przykładowo dawkę leku redukuje się co 7–14 dni, a proces odstawiania planuje się na wiele tygodni. W pierwszym tygodniu obliczona na podstawie tabel przeliczeniowych dawka leku może być zdecydowanie zredukowana, np. o 50%. W kolejnych tygodniach dobową dawkę leku jest zmniejszana orientacyjnie o 25% dawki z poprzedniego tygodnia. Trzeba zwrócić uwagę, że chodzi o 25% dawki aktualnie przyjmowanej, a nie początkowej. Tempo redukcji dawki trzeba dostosować do stanu klinicznego osoby leczonej. Wystąpienie nasilonych objawów odstawienych jest wskazaniem do wydłużenia czasu pomiędzy kolejnymi redukcjami dawek, np. z 7 do 14 dni, i zmniejszenia wielkości redukcji dawki.

Faza eliminacji substancji, na równi z przekonaniem chorego o konieczności odstawienia benzodiazepin, jest najtrudniejszym etapem leczenia. Aby nie dopuścić do wystąpienia zespołu abstynencyjnego, obok powolnej redukcji dawki benzodiazepiny należy rozważyć stosowanie leków ostonowych. Zaliczamy do nich  $\beta$ -adrenolityki (np. propranolol), leki przeciwdepresyjne (np. mianseryna, mirtazapina, trazodon), przeciwpsychotyczne (np. chlorprotiksen, promazy-na, prometazyna), które łagodzą tachykardię, niepokój, lęk, zaburzenia snu. W przypadku trudności z redukcją dawki należy przerwać dalszą detoksykację, nie wracać jednak do pierwotnej dawki leku, tylko utrzymać dawkę aktualnie przyjmowaną i skierować pacjenta do leczenia specjalistycznego [14].

**Podsumowanie: alprazolam może być użytecznym narzędziem, ale powinien być precyzyjnie stosowany.**

W wielu sytuacjach klinicznych benzodiazepiny, w tym alprazolam, stanowią bardzo użyteczne narzędzie o wysoce przewidywalnym kierunku działania, którym należy się jednak bardzo świadomie posługiwać. Nie są to leki „na problemy życiowe” i nie powinny być zażywane przewlekłe. Ich stosowanie wymaga nie tylko wiedzy lekarza, jak posługiwać się tym narzędziem, lecz także świadomości pacjenta – a więc przekazania mu istotnych informacji. Czyli terapia powinna być prowadzona w porozumieniu z pacjentem, tak aby nie zniknął on z zasięgu współpracy z lekarzem. Benzodiazepiny stosowane na określonych zasadach i w określonych wskazaniach medycznych stanowią użyteczną opcję terapeutyczną, a jak podkreślają standardy: „są wartościowymi i bezpiecznymi lekami pod warunkiem przestrzegania zasad ich bezpiecznego stosowania u pacjentów, którzy mają do nich wskazania” [14].

Alprazolam jest narzędziem terapeutycznym, który możemy stosować precyzyjnie także dlatego, że ma dwie formułacje – krótkodziałającą i formę o przedłużonym działaniu (SR). Pozwala to na dostosowane

terapii do indywidualnych potrzeb osób leczonych i postępowanie się profilem działania leku w indywidualnych sytuacjach klinicznych.

### Piśmiennictwo

1. Antosik-Wójcińska A. Olanzapina ODT – dla kogo jest to alternatywa? Prosty przewodnik w pytaniach i odpowiedziach. *Psychiatria Spersonalizowana* 2022; 1: 88-91.
2. Charakterystyka produktu leczniczego. Xanax. Zatwierdzona 10/2021.
3. Charakterystyka produktu leczniczego. Xanax SR. Zatwierdzona 10/2021.
4. George TT, Tripp J. Alprazolam. W: StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL) 2022. Dostępne na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538165/>
5. Mancuso CE, Tanzi MG, Gabay M. Paradoxical reactions to benzodiazepines: literature review and treatment options. *Pharmacotherapy* 2004; 24: 1177-1185.
6. Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ i wsp. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: a revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2014; 28: 403-439.
7. Landowski J, Cabała WJ. Zaburzenia lękowe, obsesyjno-kompulsyjne i stresu pourazowego W: Jarema M. (red.). Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych. *Via Medica*, Gdańsk 2015; s. 158-223.
8. Dudek D, Rabe-Jabłońska J. Zaburzenia nerwicowe. W: Jarema M (red.). *Psychiatria*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2017; s. 357-386,
9. Gałecki P, Szulc A. Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną. W: Gałecki P, Szulc A. *Psychiatria*. Edra Urban & Partner, Wrocław 2018; s. 237-278.
10. Krysta K. Bezpieczne i skuteczne stosowanie benzodiazepin w zaburzeniach psychiatrycznych i towarzyszących im innych schorzeniach. *Psychiatria* 2014; 11: 9-14.
11. European Medicines Agency: New restrictions to minimise the risks of effects on heart rhythm with hydroxyzine-containing medicines. Dostępne na: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/referrals/hydroxyzine> (dostęp: luty 2023).
12. Wright CE. Clinical pharmacokinetics of alprazolam extended release. A summary. *Curr Ther Res* 1995; 56: 947-956.
13. Poly TN, Islam M, Yang HC, Li YC. Association between benzodiazepines use and risk of hip fracture in the elderly people: a meta-analysis of observational studies. *J Bone Spine* 2020; 87: 241-249.
14. Bieńkowski P, Samochowiec J, Sienkiewicz-Jarosz H, Wichniak A, Mastalerz-Migas A. Bezpieczne stosowanie benzodiazepin w podstawowej opiece zdrowotnej – rekomendacje dla lekarzy rodzinnych. *Lekarz POZ* 2019; 5: 177-193.