

**PROF. JANUSZ
HEITZMAN:**
CZERPIEMY SIĘ
Z RELACJI
Z INNYMI
LUDŹMI
str. 5

**PROF. MAŁGORZATA
JANAS-KOZIK:**
SCHIZOFRENIA
O WCZESNYM
POCZĄTKU
str. 8

**DR N. MED.
RADOŚLAW TWORUS:**
CZY ŻYJEMY
JUŻ W STRESIE
POURAZOWYM?
str. 12

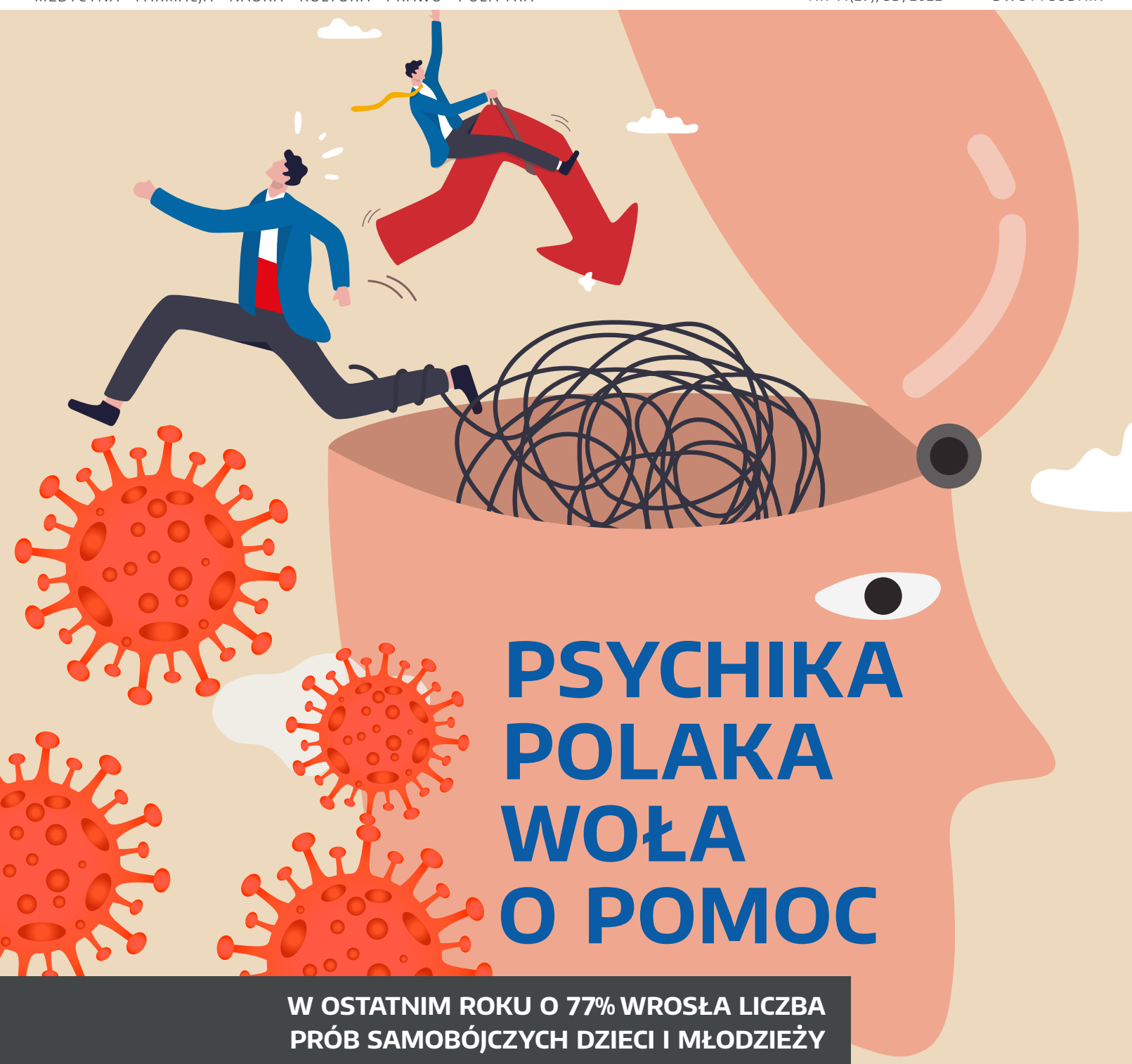
WYDANIE ELEKTRONICZNE

ŚWIAT LEKARZA 3D

MEDYCyna • FARMACJA • NAUKA • KULTURA • PRAWO • POLITYKA

NR 11(27)/3D/2022

DWUTYGODNIK



**PSYCHIKA
POLAKA
WOŁA
O POMOC**

**W OSTATNIM ROKU O 77% WROSŁA LICZBA
PRÓB SAMOBÓJCZYCH DZIECI I MŁODZIEŻY**

X ZJAZD – XXVI SYMPOZJUM POLSKIEGO TOWARZYSTWA ENDOKRYNOLOGII I DIABETOLOGII DZIECIĘCEJ



20-22 PAŹDZIERNIKA 2022
RADISSON HOTELS & SUITES
GDAŃSK

PATRONAT HONOROWY



WOJEWODA POMORSKI
DARIUSZ DRELICH



MIECZYSLAW STRUK
MARSZAŁEK
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO



PATRONAT HONOROWY
Prezydent
Miasta Gdańska



PATRONAT HONOROWY
REKTOR
GDAŃSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO



PATRONAT INSTYTUCJONALNY
GDAŃSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

UCK

Uniwersyteckie
Centrum Kliniczne

Przewodniczący Komitetu Naukowego:

Prof. dr hab. n. med. Mieczysław Walczak

Przewodniczący Zarządu Głównego PTEIDD

Prof. dr hab. n. med. Małgorzata Myśliwiec

Katedra i Klinika Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii,
Gdański Uniwersytet Medyczny

TEMATY WIODĄCE

- ➔ Leczenie hormonem wzrostu w okresie rozwojowym i w wieku dorosłym
- ➔ Nowoczesne terapie w cukrzycy oraz możliwości prewencji choroby i jej powikłań w populacji pediatrycznej i internistycznej
- ➔ Choroby tarczycy – spojrzenie pediatrii-endokrynologa i internisty-endokrynologa
- ➔ Zaburzenia determinacji płci, przedwczesne i opóźnione dojrzewanie płciowe
- ➔ Choroby rzadkie w okresie rozwojowym i w wieku dorosłym
- ➔ Hipercholesterolemia rodzinna – spojrzenie pediatrii i kardiologa
- ➔ Telemedycyna w endokrynologii i diabetologii

SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE NA STRONACH
PTEIDD.PL ORAZ GRUPAMEDICA.PL

SERDECZNIE ZAPRASZAMY



Grupa Medica s.c. ul. Wodna 25, lok. 2AU, 90-024 Łódź
tel.: +48 42 630 01 88 e-mail: biuro@grupamedica.pl
Koordynator: **Agata Szczepaniak**
tel.: +48 691 161 720 e-mail: agata.szczepaniak@grupamedica.pl



FOT. TOMASZ URBANEK

Leki bywają niezbędne, ale nie zmieniają naszego myślenia

Ociążenie stresem społecznym narasta. Jeszcze przed epidemią COVID-19 były różne czynniki stresowe, które nie zniknęły, tylko zeszyły na dalszy plan. Potem pojawił się COVID, nadmiarowe zgony, na które nikt nie był przygotowany. Później – wojna w Ukrainie i poczucie zagrożenia, a obecnie także nowe zagrożenie ekonomiczne – inflacja. Wiele osób będzie przeżywało lęk przed utratą źródła utrzymania, i przed tym, że środki materialne, którymi dysponowali, nagle staną się niewystarczające. A człowiek chce funkcjonować w świecie, który jest dla niego bezpieczny.

Oczywiście, są osoby, które poradzą sobie w każdej sytuacji; część jednak sobie nie poradzi. Wbrew pozorom – dziś to nie osoby starsze są najbardziej zagrożone. Badania pokazują, że najbardziej zagrożone na utratę równowagi są osoby młode, od 20. do 35. roku życia. Młodsze pokolenie nie uczyło się relacji, które starsze pokolenie przeżyło i doświadczyło.

Jak sobie radzić? Nie chodzi tylko o branie leków, bo leki nie zmieniają naszego myślenia. Najważniejszą rzeczą są relacje z innymi ludźmi. Jesteśmy silniejsi, jeśli potrafimy czerpać siłę z relacji z drugim człowiekiem. Nie jesteśmy wtedy osamotnieni.

Prof. dr hab. Janusz Heitzman, kierownik Kliniki Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, pełnomocnik ministra zdrowia ds. psychiatrii sądowej

PARTNERZY WYDANIA:





FOT. TOMASZ ADAMASZEK

8 PROF. DR HAB. N. MED. JANUSZ HEITZMAN: Brakuje edukacji wspierającej, która uczyłaby odnajdować w sobie mechanizmy, które świadczą o sile psychicznej, i rozwiązywać trudną sytuację.



FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

8 PROF. DR HAB. N. MED. MAŁGORZATA JANAS-KOZIK: Jeżeli postawimy diagnozę schizofrenii, należy rozważyć wprowadzenie leczenia farmakologicznego. Staramy się również stosować leczenie pozafarmakologiczne.



FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

12 DR N. MED. RADOŚLAW TWORUS: Te kilka minut, kiedy alianci lądują na plaży w Normandii, to kumulacja ogromu bodźców traumatycznych. Latające w powietrzu ręce i nogi, huk strzałów, ból, strach, przerażenie. Nie można tego porównać z jedzeniem chipsów przed telewizorem, w którym pokazują nam wojnę w Ukrainie.

KONDYCJA PSYCHICZNA POLAKÓW

- 5** Prof. dr hab. n. med. Janusz Heitzman: Jesteśmy silniejsi, gdy czerpiemy siłę z relacji z drugim człowiekiem

SCHIZOFRENIA

- 8** Prof. dr hab. n. med. Małgorzata Janas-Kozik: Schizofrenia o wczesnym początku – polskie standardy nie ustępują europejskim
- 8** Prof. dr hab. n. med. Janusz Heitzman: Można i trzeba rozpocząć leczenie schizofrenii o wczesnym początku

ZESPÓŁ STRESU POURAZOWEGO

- 12** Dr n. med. Radosław Tworus: Żeby nastąpił stres pourazowy, musi wystąpić doświadczenie traumatyczne

DEPRESJA

- 15** Psyche woła o pomoc
- 16** Samobójstwa nastolatków i reforma psychiatrii dzieci i młodzieży
- 18** Nie pozwól dziecku wylogować się z życia



FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

17 DR N. MED. ALEKSANDRA LEWANDOWSKA: Jednym z podstawowych założeń reformy jest budowa sieci ośrodków, w których nie pracowaliby lekarze, ale psycholodzy, psychoterapeuci i terapeuci środowiskowi.

ŚWIAT LEKARZA 3D

Nr 11/2022 (27)

Wydanie elektroniczne/ Dwutygodnik

WYDAWCA: **PAWEŁ KRUS**
pawel.krus@mediatv.com.pl

REDAKTOR PROWADZĄCA ŚWIAT LEKARZA 3D:
KATARZYNA PINKOSZ
katarzyna.pinkosz@mediatv.com.pl

ZESPÓŁ:
MACIEJ PINKOSZ, SZYMON GAJEWSKI

REDAKTOR NACZELNY ŚWIAT LEKARZA:
PROF. DR HAB. N. MED. WALDEMAR WIERZBA
waldemar.wierzba@mediatv.com.pl

Z-CIA RED. NACZ. ŚWIAT LEKARZA:
ANNA ROGALA
anna.rogala@mediatv.com.pl

DYREKTOR BIURA REKLAMY:
MARIUSZ SŁOMKA
mariusz.slomka@mediatv.com.pl

STUDIO GRAFICZNE:
ANNA STĘPNIAK
studio@mediatv.com.pl

PRENUMERATA:
swiat-lekarza@swiatlekarza.pl

ZARZĄD:
JOANNA SIERPIŃSKA – PREZES
joanna.sierpinska@mediatv.com.pl

ADRES WYDAWCY I REDAKCJI:
Media TV Plus Sp. z o.o.
ul. Tarczyńska 5/9 lok. 36, 02-025, Warszawa
tel. (22) 626 88 68, fax (22) 622 98 34
www.swiatlekarza.pl

Wydawca nie ponosi odpowiedzialności za treść i formę reklam, prezentacji produktów ani tekstów promocyjnych. Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania i redagowania nadesłanych tekstów.

COPYRIGHT © MEDIA TV PLUS SP. Z O.O.
ZDJĘCIA: © Depositphotos / NA OKŁADCE:
Tomasz Adamaszek, archiwum prywatne

MAGAZYN WYŁĄCZNIE DLA LEKARZY

Jesteśmy silniejsi, gdy czerpiemy siłę z relacji z drugim człowiekiem

Z PROF. DR. HAB. N. MED. JANUSZEM HEITZMANEM,
KIEROWNIKIEM KLINIKI PSYCHIATRII SĄDOWEJ INSTYTUTU
PSYCHIATRII I NEUROLOGII, WICEPREZESEM POLSKIEGO
TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO, PEŁNOMOCNIKIEM
MINISTRA ZDROWIA DS. PSYCHIATRII SĄDOWEJ,
ROZMAWIA KATARZYNA PINKOSZ. ➤

FOT. TOMASZ ADAMASZEK

➤ ***Jak ocenia Pan kondycję psychiczną Polaków w okresie takiej niepewności, w jakiej jesteśmy po raz pierwszy od wielu lat: po dwóch latach pandemii COVID-19, po pół roku wojny na Ukrainie. Jak ta sytuacja odbija się na naszym zdrowiu psychicznym?***

Widać to przede wszystkim w bezpośrednich rozmowach, które toczy, gdy każdy mówi, że jest gorzej niż było i bardzo przeżywa to, co się dzieje. Obciążenie stresem społecznym, stresem życia codziennego nie maleje, tylko narasta. Zaczęło się od epidemii COVID-19, jednak już wcześniej były różne czynniki stresowe, które nie zniknęły, tylko zeszły na dalszy plan. Pojawił się COVID, nadmiarowe zgony, na które nikt nie był przygotowany. Zmiany w życiu społecznym, zawodowym, w nauczaniu spowodowały, że liczba stresorów zaczęła przerastać możliwości poradzenia sobie z nimi.

Obecnie pojawiło się nowe zagrożenie ekonomiczne – inflacja sięgająca kilkunastu procent może powodować, że wiele osób będzie przeżywało poczucie zagrożenia egzystencjalnego, lęk przed utratą źródła utrzymania, przed tym, że środki materialne, którymi dysponowali, nagle staną się niewystarczające. Druga rzecz to zagrożenia zdrowotne związane choćby z zagrożeniem COVID-19, które nadal istnieje. Codziennie słyszymy, że chorych jest coraz więcej. Mają stosunkowo łagodniejsze stany, jednak zagrożenie nadal istnieje. Pojawia się też zagrożenie polityczne związane z wojną, z niepewnością i utratą zaufania do bezpiecznego świata. Coraz częściej mówi się, że wisi na włosku wojna nuklearna. Pojawiają się pytania, czy my, jako społeczeństwo, będziemy umieli poradzić sobie w różnych trudnych sytuacjach, czy nie zostaniemy zaatakowani, czy nasza władza dobrze rządzi i potrafi zjednać sojuszników a nie ich tracić... To są stresory polityczne.

Człowiek chce funkcjonować w świecie, który jest dla niego bezpieczny. Jeżeli cały czas słyszymy, że jesteśmy otoczeni wrogami – wrogiem są Niemcy, Unia Europejska, Rosja atakująca Ukrainę – to zaczynamy myśleć, że jesteśmy bezbronni, a władza nie daje nam poczucia bezpieczeństwa, że nasze dzieci będą dobrze się rozwijały, zarobione pieniądze nie stracą z dnia na dzień swojej wartości, że bezpiecznie można wziąć kredyt i wybudować dom, że można bezpiecznie wyjechać na wakacje. Te wszystkie stresory trafiają na niewykształcone mechanizmy obronne.

Wydaje mi się, że nasza psychika jest niestety coraz słabsza.

Jaka jest przyczyna tego, że mamy słabszą psychikę?

Po pierwsze brakuje edukacji wspierającej, która sięgałaby do źródła problemu, uczyłaby odnajdować w sobie mechanizmy, które świadczą o sile psychicznej, i rozwiązać trudną sytuację. Trzeba zdać się na kogoś i mu wierzyć, ale człowiek nie jest do końca ufny. Czytanie gazet i oglądanie programów telewizyjnych nie sprawi, że będziemy czuć się bezpiecznie. Nikt z nas nie funkcjonuje w wymiarze jednego programu telewizyjnego czy jednej opcji, tylko w rzeczywistości wielowymiarowej. Docierają do nas informacje z różnych stron: z jednej strony słyszymy, że będzie dobrze, a z drugiej, że będzie kryzys energetyczny i nie będzie czym w piecu napalić, bo zabraknie węgla.

Bardzo ważna jest edukacja wspierająca siłę psychiki; uczenie, w jaki sposób rozwiązywać problem, jak szukać w sobie siły, a nie tylko siedzieć i martwić się. Nie została wykształcona aktywność i umiejętność dawania sobie rady w trudnej sytuacji. Jesteśmy bardziej „skazani” na bierność i oczekiwanie pomocy od innych niż na znajdowanie sił w sobie, aby radzić sobie w trudnych sytuacjach. Przyczyniła się do tego epidemia COVID-19, niestabilność polityczna, wojna na Ukrainie – u wielu osób obrazki z telewizji wznecają paniczne lęki. Inną rzeczą jest przemęczenie psychiczne. Nasz mózg jest zmęczony. Gdy bolą nas nogi, to siadamy, i po jakimś czasie znów możemy wstać i iść. Mózg nie boli, ale jest przemęczony, cierpi. Przemęczenie mózgu daje o sobie znać bezradnością, niemożnością rozwiązywania trudnych sytuacji.

Najważniejszą rzeczą są relacje z innymi ludźmi. One pomagają. Jesteśmy silniejsi, jeśli potrafimy czerpać siłę z relacji z drugim człowiekiem. Nie jesteśmy wtedy osamotnieni, zmniejsza się poziom naszej bezradności.

Oczywiście, poziomy bezradności są różne – są osoby mniej bezradne, jednak według mnie zwiększył się odsetek osób, u których rośnie poziom wewnętrznej bezradności i zobojętnienia. Ludzie mówią, że i tak nie mają na nic wpływu. Mogą tylko mieć zaufanie do państwa, że stworzy mechanizmy obronne. Dla jednych osób jest to wystarczające, ale dla innych nie:



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

reagują depresją, chorobą psychiczną, zaburzeniami snu, psychozami, myślami samobójczymi, samobójstwami. Czują się tak zagrożeni, że aż bezradni.

Jak sobie z tym poradzić?

Poza naturalnymi mechanizmami obronnymi, niezależnymi od naszej woli, są też mechanizmy tkwiące w każdym człowieku. Zależą od potencjału genetycznego, biochemicznego. Są osoby, które poradzą sobie w każdej sytuacji; część jednak sobie nie poradzi. Z drugiej strony mózg ma naturalną tendencję, żeby dochodzić do siebie po sytuacjach trudnych, jak mówi przysłowiowe zdanie: „co Cię nie zabije, to Cię wzmocni”. Sposób radzenia sobie w trudnych sytuacjach jest w dużej mierze uwarunkowany genetycznie. 90 proc. osób radzi sobie z trudną sytuacją, ale pozostałych 10 proc. ma depresję, lęki; nie znajdzie w swoim organizmie mechanizmów naprawczych, które zadziałają jak naciśnięcie guzika.

Jak sobie radzić? Nie chodzi tylko o branie leków, bo leki nie zmieniają naszego myślenia. Najważniejszą rzeczą są relacje z innymi ludźmi. One pomagają. Jesteśmy silniejsi, jeśli potrafimy czerpać siłę z relacji z drugim człowiekiem. Nie jesteśmy wtedy osamotnieni, zmniejsza się poziom naszej bezradności.

Jakie grupy społeczne są dziś najbardziej zagrożone? Osoby starsze?

Wbrew pozorom – to nie osoby starsze są najbardziej zagrożone. Badania pokazują, że najbardziej zagrożone na utratę równowagi są osoby młode, od 20. do 35. roku życia.

Dlaczego tak się dzieje?

Mają wszystko; to pokolenie cyfrowe, które nie uczyło się relacji, jakich starsze pokolenie doświadczyło. Gdy było bombardowanie lub inna, trudna sytuacja, ludzie skupiali się, rozmawiali ze sobą, byli razem. A dziś młody człowiek włącza komputer. On nie doznaje, nie przeżywa tych emocji, których doświadczały starsze osoby. Emocja kojarzy się dla niego z emotką: radość to uśmiechnięte słoneczko, a smutek to smutne słoneczko.

A przecież od wysłania uśmiechniętego słoneczka nie poprawi się czyjś stan psychiczny. Rzeczywistość wirtualna nie pomaga. Emotka nie jest stanem psychiki, to tylko zewnętrzna ekspresja naszego stanu, niezwiązana z relacją. Dlatego mówi się o samotności w sieci. Jest wiele pozytywnych aspektów cyfryzacji, ale też można przez nią wiele stracić. Niestety, pokazuje to, że nasze bezpieczeństwo i równowaga psychiczna będzie w gorszej kondycji. ■



FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

Polskie standardy leczenia nie ustępują europejskim

ROZMOWA Z **PROF. DR. HAB. N. MED. MAŁGORZATĄ JANAS-KOZIK**,
KIEROWNIK KATEDRY I ODDZIAŁU
KLINICZNEGO PSYCHIATRII I
PSYCHOTERAPII WIEKU ROZWOJOWEGO
ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO
W KATOWICACH.

Można i trzeba rozpocząć **leczenie schizofrenii o wczesnym początku**

ROZMOWA Z **PROF. DR. HAB. N. MED. JANUSZEM HEITZMANEM**,
KIEROWNIKIEM KLINIKI PSYCHIATRII
SĄDOWEJ INSTYTUTU PSYCHIATRII
I NEUROLOGII, WICEPREZESEM
POLSKIEGO TOWARZYSTWA
PSYCHIATRYCZNEGO,
PEŁNOMOCNIKIEM MINISTRA
ZDROWIA DS. PSYCHIATRII SĄDOWEJ.

Co charakteryzuje schizofrenię o wczesnym i bardzo wczesnym początku?

Schizofrenia o wczesnym początku dotyczy dzieci i młodzieży przed 18. rokiem życia. Jeśli występują objawy psychotyczne przed 13. rokiem życia, to mówimy o schizofrenii o bardzo wczesnym początku. Obraz kliniczny choroby różni się od psychozy w wieku dojrzałym, powyżej 20. roku życia.

Jakie są te różnice, jeśli chodzi o obraz kliniczny?

Objawy w okresie dojrzewania są nietypowe, uwagę otoczenia zwracają zaburzenia zachowania. Występują zachowania buntownicze, konfliktowe; w ich

Czy rozpoznawanie schizofrenii u dzieci i młodzieży stanowi duży problem?

Nie użyłabym terminu „schizofrenia” w odniesieniu do dzieci i młodzieży – możemy powiedzieć o pierwszym epizodzie psychotycznym. Nie jest to olbrzymi problem, każdy szanujący się specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży powinien umieć stawiać diagnozę zaburzenia psychotycznego. Zresztą trudno stygmatyzować dziecko przy pierwszym epizodzie i pisać od razu: schizofrenia. Nie wiemy, jaki będzie efekt tego pierwszego epizodu: czy faktycznie będzie to zaburzenie psychotyczne z objawami schizofrenii, a w efekcie schizofrenia, czy raczej okaże się, że jest to zaburzenie afektywne dwubiegunowe z objawami psychotycznymi. A może się okazać w efekcie, że będzie to zaburzenie schizoafektywne.

Wiek pacjenta ma duże znaczenie: inne są objawy u dzieci, inne u młodzieży, inne u dorosłych...

U dzieci praktycznie w ogóle nie stawiamy takiego rozpoznania. Przed 13. rokiem życia mówi się o schizofrenii o bardzo wczesnym początku, ale to są setne procenta. W swojej prawie 30-letniej praktyce mogę takie przypadki policzyć na palcach jednej ręki. Natomiast schizofrenia o wczesnym początku występuje między 13. a 17. rokiem życia. To już jest gros pierwszych epizo-

dów. Okres dorastania jest bowiem takim okresem, kiedy – jeśli cokolwiek ma się dzieć – to właśnie w tym momencie. To newralgiczny wiek. Wtedy stawianych jest część diagnoz. Należy pamiętać, że populacyjnie liczba osób chorujących na schizofrenię, jest stała: to ok. 1 proc. populacji. Trzy-cztery razy więcej jest zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, jednak akurat z tym wszyscy mamy duży problem diagnostyczny.

Jakie są nowe rekomendacje dotyczące postępowania zarówno diagnostycznego, jak i terapeutycznego u dzieci i młodzieży?

Rekomendacje zostały ściśle określone przez zespół ekspertów, ukazały się już w wersji drukowanej w „Psychiatrii Polskiej”. Są właściwie takie same, jak dla dorosłych, to znaczy: zawsze w pierwszym epizodzie psychotycznym musimy zrobić badanie neuroobrazowe. Co najmniej tomografię komputerową głowy, aby wykluczyć jakikolwiek proces rozrostowy, ewentualnie wadę rozwojową ośrodkowego układu nerwowego, bo ona może być niema. Dopiero z biegiem lat występujące objawy mogą również to sugerować.

Po drugie, zawsze należy popatrzeć całościowo na pacjenta, czyli odnieść objawy do jego wieku rozwojowego i wieku metrykalnego. Osoba z niepełnosprawno- ➤



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

tle są zaburzenia myślenia, halucynacje, których dziecko nie jest w stanie zinterpretować; nie rozumie, że jest to anomalia. Miałem pacjenta, który przyznał, że już wcześniej słyszał głosy, ale nic o tym nie mówił, traktował to jak coś naturalnego. Nie był w stanie różnicować objawów psychotycznych. Jego percepcja rzeczywistości była jednak odmienna, już pojawiały się fantazjowania, nielogiczne i nieadekwatne wypowiedzi. Tego typu wypowiedzi rodzice zwykle biorą na karb przekory, złego zachowania, szczególnego indywidualizmu. Zwrócić uwagę może pogorszenie wyników w szkole. Nauczyciele często nie rozumieją problemu, nie są oni jednak też specjalistami, żeby diagnozować psychozę; nauczyciel często myśli, że dziecko źle się zachowuje, wygłupia, tymczasem może to być początek psychozy. Każde tego typu zachowanie powinno budzić niepokój.

Inne objawy, które mogą się pojawić: dziecko przestaje się myć, ubiera się w sposób chaotyczny, traci naturalny kontakt z rodzeństwem, z kolegami, pojawiają się gwałtowne wybuchy agresji. Pamiętam przypadek 17-latka, który z siekierą biegał za ojcem; trzeba było wzywać policję. Mogą też pojawić się takie objawy, jak smutek, obniżenie nastroju, stany lękowe, szczególna podejrzliwość, nieufność w stosunku do rodziców, agresja. Młodzi ludzie często interpretują rzeczywistość w kategoriach baśniowych, funkcjonują jak w filmie czy serialu, który oglądali w telewizji.

Im dziecko jest starsze, tym bardziej objawy schizofrenii przypominają te, które występują w wieku dorosłym: urojenia, halucynacje, uskokomyślne, które dowodzą, że tok myślenia jest przerywany. ➤

- ściami intelektualną będzie prezentowała takie objawy kliniczne, na jakie ją będzie stać: intelektualnie.

Po trzecie, obowiązują nas te same zasady, czyli bardzo dokładny wywiad rodzinny dotyczący całego okresu ciąży-porodowego, wywiadu rozwojowego z kamieniami milowymi i dotyczącego chorób przebytych u dziecka, hospitalizacji, ale również wywiad rodzinny dotyczący jakichkolwiek chorób występujących w rodzinie, zarówno przewlekłych chorób somatycznych, jak chorób psychiatrycznych. I schizofrenia bowiem, i choroba afektywna dwubiegunowa mają duży komponent biologiczny. Zawsze powinniśmy zwrócić uwagę, czy w tle, na początku nie stoi któreś z zaburzeń neurorozwojowych. Bardzo dobrym przykładem jest zaburzenie ze spektrum autyzmu. Wszyscy wiemy, że to nie jest choroba; to pewna „uroda” w moim rozumieniu. 70-80% pacjentów w okresie adolescencji na skutek trudności, deficytów społecznych, prezentuje objawy dekompensacji psychotycznej.

Jeżeli postawimy diagnozę kliniczną schizofrenii, absolutnie należy rozważyć wprowadzenie leczenia farmakologicznego. Zasady są bardzo jasne: staramy się, oprócz leczenia farmakologicznego, stosować również pozafarmakologiczne.

Bardzo ważna jest psychoedukacja...

Tak. Należy powiedzieć, prostymi słowami, o chorobie, o tym, jakie mogą być objawy, żeby zdjąć poczucie winy

– i z młodego człowieka, i z jego opiekunów, którzy zgłaszają się z dzieckiem do psychiatry. Należy zawsze powiedzieć o możliwości leczenia pozafarmakologicznego, czyli o stosowaniu wsparcia psychologicznego poprzez psychoterapię. Może nie w ostrej fazie choroby, ale później na pewno.

Kolejna kwestia: należy uspokoić i młodego człowieka, i rodziców, co będzie dalej z nauką w szkole. Są różne rozwiązania na kontynuowanie nauki szkolnej i dostosowanie wymagań do możliwości dziecka.

Jak wygląda leczenie farmakologiczne?

Wprowadzamy neuroleptyk: najlepiej drugiej generacji, taki, który ma rejestrację poniżej 18. roku życia. Są trzy, które mają rejestrację, i są z grupy neuroleptyków drugiej generacji. Natomiast korzystamy z pełnego panelu neuroleptyków, biorąc pod uwagę wiedzę opartą o praktykę lekarską oraz wiedzę, którą mamy, jako eksperci, praktycy.

Leczenie pierwszego epizodu oznacza utrzymanie leczenia przez dwa lata. Pierwsze pół roku: w takiej dawce leku, w przypadku której pacjent odpowiedział na leczenie. Później można zmniejszać dawkę, bardzo powoli, do najniższej skutecznej. Jeżeli objawy nie powrócą w ciągu dwóch lat, to biorąc pod uwagę obraz kliniczny i wszystkie czynniki dodatkowe, można myśleć o powolnej redukcji dawki bądź nawet o odstawieniu stopniowo leku.

- ***Nietypowe objawy oznaczają, że schizofrenia nie zawsze jest zauważona i czasem myłona z objawami buntu okresu dojrzewania?***

Nie zawsze pierwsze objawy są zauważone, często wydaje się, że są to zaburzenia zachowania, trudne dojrzewanie, gdyż nie zawsze są eksponowane halucynacje słuchowe, wzrokowe, urojenia.

Jeśli coraz trudniej jest nam porozumieć się z dzieckiem, to zawsze wymaga to przyjrzenia się, w czym tkwi problem. Dziecko może uciekać z domu, pić alkohol, stosować narkotyki. Innym problemem są samouszkodzenia – zaczyna wrywać sobie włosy, bić głową w ścianę – to bardzo niepokojące, ponieważ w tle mogą być myśli samobójcze czy nawet próby samobójcze. Dlatego tak ważna jest szybka identyfikacja schizofrenii o wczesnym początku – może to uratować życie dziecka.

Jak często występuje schizofrenia o wczesnym lub bardzo wczesnym początku?

To rzadka choroba, u dzieci jest to 1 przypadek na 10 tys.

Czy w tak wczesnym okresie można rozpocząć leczenie? Jest to konieczne czy lepiej poczekać?

Można i trzeba rozpocząć leczenie. Przede wszystkim potrzebne jest jednak dokładne postawienie diagnozy, gdyż nie możemy popełnić błędu w drugą stronę – zdiagnozować schizofrenię o wczesnym początku u dziecka, które ma tylko zaburzenia zachowania. Przyczyny tego typu niepokojących zachowań mogą być różne: np. przemoc w rodzinie, wykorzystywanie dziecka, które reaguje zaburzeniami zachowania na trudną sytuację. Nie można wszystkich zaburzeń zachowania traktować, jakby były wstępem do schizofrenii o wczesnym początku, ale też nie można ich bagatelizować, uważając, że dziecko z tego wyrośnie. To bardzo niebezpieczne.

Są leki, które można stosować poniżej 18. roku życia?

Tak, leczenie jest możliwe i konieczne. Każda psychoza u dziecka, również schizofrenia o wczesnym początku sama nie przejdzie i nie ustąpi po podawaniu hydroksyzyny. Konieczne jest stosowanie neuroleptyków, najlepiej tych najnowszej generacji dopuszczonych do

Jeżeli w trakcie tych dwóch lat wystąpi zaostrzenie epizodu, pogorszenie funkcjonowania, to leczenie wydłużamy do okresu pięciu lat. Oczywiście, jeżeli uzyskamy remisję – funkcjonalną lub objawową – jest to wskazaniem do równoczesnej kontynuacji psychoterapii bądź wsparcia psychologicznego. W zależności od wieku pacjenta i tego, jak rodzina radzi sobie z problemem, wsparcie psychologiczne może dotyczyć tylko młodego pacjenta lub pacjenta i całej rodziny.

Wsparcie rodziny, bliskich, środowiska, wsparcie psychologiczne to niezwykle istotna sprawa, która ma też wpływ na efekty leczenia. Czy w tym zakresie są nadal pewne zaniedbania, czy też jesteśmy na dobrej drodze?

Jeżeli choruje jeden członek rodziny, to choruje cała rodzina. Psychiatrzy dziecięco-młodzieżowi powinni mieć tego świadomość. Na wizytę nie przychodzi sam nastolatek. Zawsze przychodzi przynajmniej z jednym opiekunem. Wizyta powinna być podzielona na rozmowę indywidualną z pacjentem, potem z rodzicem, a następnie – na część wspólną, by wyjaśnić problemy, wątpliwości. Nie ma innej możliwości pracy z człowiekiem w okresie dorastania.

Chciałabym podkreślić, że polskie standardy leczenia absolutnie nie są gorsze niż standardy europejskie, nie ustępują im. Mamy dostęp do wszystkich leków psychiatrycznych. Nie wszystkie są refundowane, jednak te

leki, które są zarejestrowane, są sukcesywnie wpisywane na listę leków refundowanych. Widzimy tu dużą przychyłność Ministerstwa Zdrowia.

Czy to, z jakimi bodźcami muszą się zmagać dziś młodzi ludzie, również problemy związane z pandemią, ma duży wpływ na zdrowie psychiczne?

Pandemia spowodowała, że mamy o ok. 30 proc. więcej pacjentów. To nie są tylko zaburzenia afektywne, psychotyczne. Dużo się na ten temat pisze w literaturze medycznej. Obserwacje są takie: jeżeli przed pandemią rodzina była funkcjonalna i dawała oparcie dziecku, to bardzo dobrze poradziła sobie z pandemią, ze wszystkimi jej skutkami, głównie z nieprzewidywalnością, wyrwaniem życia do góry nogami, z dnia na dzień. Trzeba było w nowej rzeczywistości znaleźć nowe standardy postępowania, ustalić nową hierarchię. Natomiast rodzina dysfunkcyjna przed pandemią „posypała się”.

Drugi problem: część pacjentów, którzy już korzystali z pomocy psychiatrycznej, z różnych przyczyn na początku pandemii miała gorszy dostęp do pomocy psychiatrycznej, choć Narodowy Fundusz Zdrowia i Ministerstwo Zdrowia wprowadziły możliwość porad online.

Wzrosła też liczba zaburzeń lękowych, zaburzeń afektywnych, w tym depresyjnych, zaburzeń tzw. stresu pourazowego. Część badaczy uważa, że to jest specyficzny postcovidowy zespół stresu pourazowego.

Rozmawiała: Anna Kopras-Fijołek

stosowania przed 18. rokiem życia. Tu konieczne jest zachowanie ostrożności, odpowiedni dobór dawki leku, by nie doszło do ujawnienia się objawów niepożądanych. Przed 13. rokiem życia unikamy stosowania jakichkolwiek leków psychotropowych; można je stosować tylko wtedy, jeśli zaburzenia są bardzo silnie wyrażone, dochodzi do samouszkodzeń, nawet istnieje ryzyko samobójstwa.

Zależy nam na tym, żeby była jak największa możliwość stosowania skutecznej farmakoterapii już u dzieci przed 18. rokiem życia. Są prowadzone badania kliniczne leków w tych grupach wiekowych i są dopuszczone leki do stosowania – jednym z nowszych leków jest lurasidon: w Polsce już jest możliwość jego stosowania u dzieci i młodzieży przed 18. rokiem życia.

U młodego człowieka, także u dziecka, lepiej zastosować leki niż czekać?

Oczywiście, żeby nie doprowadzić do tragedii. Poza tym nieleczona schizofrenia niszczy mózg. Jednak przed włączeniem leczenia konieczne jest dobre zdiagnozowanie. Podobne zachowania mogą świadczyć o ADHD,

autyzmie. Mogą pojawiać się u dziecka reaktywne zmiany psychotyczne na skutek szczególnych przeżyć, zaburzenia depresyjne, nawet ciężkie, ale też zaburzenia zachowania związane z symulowaniem objawów. Dziecko może reagować w różny sposób na pojawiające się trudności, może też nieświadomie symulować objawy, mieć zespół natręctw.

Bardzo trudno jest zdiagnozować schizofrenię u dziecka?

Postawienie diagnozy jest procesem; to nie jest tak, że przychodzi dziecko do psychiatry, który po godzinnej rozmowie z dzieckiem i rodzicami jest w stanie postawić diagnozę. Diagnozowanie jest procesem dynamicznym. Nawet jeśli podejmujemy środki zaradcze, by zapobiegać agresji, samouszkodzeniom, to nie od razu zaczynamy stosować leki, tylko najpierw staramy się dziecko obserwować, szukać psychologicznych przyczyn, które mogą doprowadzić do takiej sytuacji. Dopiero później zaczynamy stosować leki i obserwujemy ich efekty.

Rozmawiała: Katarzyna Pinkosz



FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

Z **DR. N. MED. RADOSŁAWEM TWORUSEM**, KIEROWNIKIEM
KLINIKI PSYCHIATRII
I STRESU BOJOWEGO
I PSYCHOTRAUMATOLOGII
CENTRALNEGO SZPITALA
KLINICZNEGO MON (WOJSKOWY
INSTYTUT MEDYCZNY)
W WARSZAWIE, ROZMAWIA
ELŻBIETA BOREK.

Żeby nastąpił stres pourazowy, musi wystąpić doświadczenie traumatyczne

Czy wojna w Ukrainie może być przyczyną stresu pourazowego w polskim społeczeństwie?

Nie. Stres pourazowy nie jest synonimem stresu szeroko rozumianego. Stres to zjawisko fizjologiczne, które towarzyszy nam wszystkim. Jest potrzebny i niejednokrotnie ratuje nasze życie w różnych trudnych sytuacjach. To coś, co mobilizuje do działania, zwiększa naszą pamięć, koncentrację, poprawia aktywność naszych receptorów i pomaga nam uciec, gdy goni nas pies albo podjąć walkę, gdy dzieje się coś bardzo złego, a ucieczka jest niemożliwa. Jednak żyjąc w długotrwałym stresie możemy mieć różne problemy adaptacyjne w pracy, szkole, w małżeństwie, związane z rozводом, chorobą, stratą bliskiej osoby itd. Ale to na pewno nie jest stres, który wywołuje zaburzenia stresowe pourazowe.

Zatem czym jest stres pourazowy?

Zespół stresu pourazowego (post-traumatic stress disorder, PTSD) jest zespołem objawów psychopatologicznych, które są następstwem doświadczenia nagłego zagrożenia życia i zdrowia własnego lub „tylko” bycia świadkiem. Takie sytuacje generuje pole walki, ale również np. atak terrorystyczny, klęska żywiołowa, poważny wypadek komunikacyjny lub wypadek w pracy, doświadczenie przemocy fizycznej np. podczas napadu oraz przemocy seksualnej. Oczywiście mówimy o udziale bezpośrednim, a sytuacja taka musi wywoływać bardzo silne

negatywne emocje, często wręcz określane jako emocje ekstremalne – ekstremalny strach, przerażenie, poczucie bezradności, doznania dysocjacyjne.

Mitem jest, że każde nagłe zdarzenie wywołujące silny stres, powoduje PTSD. W większości przypadków objawy ustępują, a osoba, która doświadczyła traumatycznego zdarzenia, powraca do normalnego funkcjonowania. Jedynie u pewnej grupy reakcje stresowe przybierają na sile, ale pamiętajmy, że czas wystąpienia objawów i przebieg choroby jest cechą indywidualną. Objawy mogą pojawić się nagle, stopniowo lub pojawiają się i znikają w czasie. Czasami uwidaczniają się pozornie znikąd, w tzw. pełnym zdrowiu. W innych przypadkach są wywołane przez coś, co przypomina autentyczne wydarzenie traumatyczne, np. hałas, obraz, pewne słowa czy specyficzne zapachy.

Nawet jeśli będziemy świadkiem dramatycznego wypadku drogowego i wywoła to w nas szok i stres, to nie musi to oznaczać, że jesteśmy w stresie pourazowym?

Oczywiście że nie. Wypadki komunikacyjne, pożar, powódź, utonięcie, napaść na ulicy, drastyczna szczególnie dla kobiet, gdy jest o podłożu seksualnym, to sytuacje traumatyczne coraz częściej zdarzające się w XXI wieku, jednak nie każda osoba, która doświadczyła takiej trudnej sytuacji lub była jej świadkiem będzie miała zespół

stresu pourazowego. A już na pewno nie skutkuje stresem pourazowym obserwowanie w telewizji informacji o wojnie, atakach terrorystycznych, napadach i gwałtach.

Należy również pamiętać, że u większości uczestników tych ekstremalnych zdarzeń, o jakich mówiliśmy wcześniej, nawet jeśli wystąpią jakieś objawy zaburzeń snu, nastroju, lęków, wspomnień zdarzenia traumatycznego, to po jakimś czasie objawy ustępują, a osoba, która doświadczyła traumatycznego zdarzenia, powraca do normalnego funkcjonowania.

Czy Ukraińcy, którzy uciekli przed wojną w jej początkach, doświadczyli stresu pourazowego?

Mamy tu kilka tzw. warstw problemowych. Ci Ukraińcy, którzy uciekali przed wojną, nim ona na dobre się zaczęła, uciekali przed czymś, czego się bali, ale czego bezpośrednio nie doświadczyli. Jeśli podczas pobytu w Polsce wystąpią u tej grupy jakieś problemy zdrowia psychicznego, to raczej nie będzie to PTSD. Problemy w tej grupie, to najczęściej różne formy tzw. zaburzeń adaptacyjnych. Wg. kryteriów ICD-10 – związanych z koniecznością zaadaptowania się w nowym miejscu, w nowej kulturze, w nowej rzeczywistości religijnej, związane z brakiem kontaktów z bliskimi, z informacjami napływającymi z Ukrainy itp. Oczywiście u podłoża tych zaburzeń też leży stres, ale nie jest to stres, mogący skutkować zaburzeniami stresowymi pourazowymi.

Będą kolejne grupy uciekinierów, a na koniec żołnierze, którzy uczestniczyli w wojnie i w walkach.

Ta grupa rzeczywiście może cierpieć na stres pourazowy. Uczestniczenie w wojnie, w walkach, w ekstremalnych zdarzeniach traumatycznych, związanych z działaniami wojsk nieprzyjaciela na okupowanym terenie, takich jak opisywane przez media akty przemocy, gwałtów, czy nawet ludobójstwa, może skutkować PTSD. W ogóle, żeby mówić o stresie pourazowym musimy przeżyć doświadczenie ekstremalne. To jest ogrom bodźców, dziejących się w bardzo małej jednostce czasu. Nasz mózg zostaje poddany ekstremalnej próbie przyjęcia ich, przetworzenia i wytworzenia odpowiedniej reakcji, która ma uratować nasze życie i zdrowie lub życie i zdrowie osób, które są z nami lub obok nas. A czasu na to przyjęcie, przetworzenie i reakcję jest bardzo mało, a błąd może być kosztowny. W trudnych sytuacjach każdy z nas ratuje siebie, ale też jesteśmy odpowiedzialni za naszych bliskich, nasze dzieci, naszych kolegów, co jest charakterystyczne dla żołnierzy. Ale sytuacja ekstremalna potrafi nas jed-

noczyć i wtedy nawet osoby obce, zaczynają współpracować, wspierać się, czuć się za siebie odpowiedzialnymi, a to zwiększa stres. Ta sytuacja ekstremalna, kiedy nasz mózg przyjmuje dane, przetwarza je i przygotowuje odpowiedź, jest jak wprowadzanie danych do komputera – jeśli będziemy chcieli szybko wprowadzić i przetworzyć dużo danych, to komputer się „zawiesi”. Człowiek w takiej sytuacji też może tak zareagować i nazywamy to dysocjacją, która jest pierwszym poważnym czynnikiem, mogącym skutkować PTSD. Dysocjacja to obrona naszego organizmu przed przyjmowaniem i przetwarzaniem kolejnych bodźców; świadczy jednoznacznie o tym, że sytuacja nas przerosła. Dysk komputera można sformatować, z mózgiem człowieka tak się nie da. Te wszystkie trudne, traumatyczne informacje w nim zostały i nawet, jak jesteśmy przekonani, że nic nie pamiętamy, to one są i po jakimś czasie nasz mózg zaczyna je przetwarzać, co może skutkować PTSD.

Dlaczego po przeżyciu podobnych doświadczeń, uczestniczeniu w tych samych wydarzeniach, jedni ludzie zapominają i żyją dalej, a inni przeżywają stres pourazowy?

Każdy ma pewien indywidualny poziom podatności na choroby. Mieliśmy kilka fal pandemii COVID-19, ludzie umierali, nawet zaszczepieni i niemający innych obciążeń. Byli też tacy, którzy nie byli zaszczepieni, nie przestrzegali żadnego reżimu sanitarnego, a nie zachorowali. Organizm ma własne, indywidualne systemy obrony przed czynnikami szkodliwymi; systemy samonaprawy. To powoduje, że czas wystąpienia objawów i przebieg

Ciąg zdarzeń traumatycznych, które mogą skutkować PTSD, pokazany jest w filmie „Szeregowiec Rayan”. Te kilka minut, kiedy alianci lądują na plaży „Omaha” w Normandii, to jest kumulacja ogromu bodźców traumatycznych. Latające w powietrzu ręce i nogi, huk strzałów, ból, strach, przerażenie, bezpośrednie zagrożenie życia. Nie można tego nijak porównać z jedzeniem chipsów przed telewizorem, w którym pokazują nam wojnę w Ukrainie, a oglądający komentuje: „Straszne rzeczy tam się dzieją”.

choroby jest cechą indywidualną. Objawy mogą pojawić się nagle, stopniowo, lub pojawiają się i znikają w czasie. Czasami uwidaczniają się pozornie znikąd, w tzw. pełnym zdrowiu. W innych przypadkach są wywołane przez coś, co przypomina autentyczne wydarzenie traumatyczne, np. hałas, obraz, pewne słowa czy specyficzne zapachy. ➤

- *Jest w społeczeństwie takie zjawisko, jak nadrozpoznowalność. Teraz, kiedy ktoś ma trudną sytuację w pracy, odczuwa lęk i nie może spać, to uważa się, że ma stres pourazowy...*

Jeśli mówi to pacjent, to OK, pacjent może powiedzieć wszystko; jeśli mówi tak specjalista z jakiejś dziedziny, to mnie to niepokoi, ale jeśli psycholog, psychoterapeuta, psychiatra, to bardzo niepokojące, bo oznacza niewiedzę bądź nieusystematyzowaną wiedzę.

Kiedy zatem możemy mówić o stresie pourazowym?

Trzeba brać pod uwagę kilka czynników, wpływających na rozpoznanie zaburzenia stresowego pourazowego. Po pierwsze i najważniejsze, to zdarzenie traumatyczne. Po drugie – zespół objawów, układających się w trzy wiązki objawowe oraz czas ich trwania. Po trzecie – czas, jaki upłynął od zdarzenia do wystąpienia objawów, o czym bardzo często się zapomina. Kryterialnie wyróżnia się tzw. ostre PTSD, kiedy czas wystąpienia objawów jest krótszy niż trzy miesiące; przewlekłe – jeśli czas trwania objawów wynosi trzy miesiące lub dłużej; z początkiem opóźnionym: jeżeli początek objawów następuje co najmniej sześć miesięcy po zadziałaniu stresora. Czasem ludzie, którzy przeżyją prawdziwą traumę, przez jakiś czas nie zdają sobie z tego sprawy. Nie musi to być wojna, może być „zwykły” udział w wypadku drogowym. Zapach paliwa, krzyki ludzi, komendy strażaków, widok rannych i zabitych itd. Nie wszystkie te bodźce i informacje pozostają w naszej pamięci – przynajmniej tak nam się wydaje. Pozornie litościwa pamięć odsuwa je od nas na jakiś czas, ale one są w naszym mózgu i ulegają przetwarzaniu poza naszą kontrolą. To jest kwintesencją powstawania stresu pourazowego – ogrom bodźców, których nasz organizm nie jest w stanie przetworzyć. Idealny ciąg zdarzeń traumatycznych, które mogą skutkować PTSD, pokazany jest w filmie „Szeregowiec Ryan”. Te kilka minut, kiedy alianci lądują na plaży „Omaha” w Normandii, to jest kumulacja ogromu bodźców traumatycznych. Latające w powietrzu ręce i nogi, huk strzałów, ból, strach, przerażenie, bezpośrednie zagrożenie życia. Nie można tego nijak porównać z jedzeniem chipsów przed telewizorem, w którym pokazują nam wojnę w Ukrainie, a oglądający komentuje: „Straszne rzeczy tam się dzieją”. To nie ma nic wspólnego ze stresem pourazowym. Żeby nastąpił stres pourazowy, musi wystąpić doświadczenie traumatyczne. Problem w tym, że trauma się zdevaluowała. Wszyscy mają traumę. Jak chomik zdechnie, to jest trauma, kot zachoruje – trauma. Nie chcę ujmować niczego przeżywaniu takiego zdarzenia, jak strata bliskiego stworzenia, ale trzeba szukać właściwego określenia i znać miarę.

Mimo podobnych doświadczeń nie każdy przeżywa stres pourazowy. Kto zatem mu podlega?

Zakłada się, że to zaburzenie dotyczy ok. 30 proc. uczestników zdarzeń traumatycznych, pozostali z takich zdarzeń wychodzą bez objawów tego zaburzenia. Objawy PTSD zazwyczaj nie pojawiają się następnego dnia, ale najczęściej po ok. miesiącu od zdarzenia. Jest trauma, po kilku tygodniach od traumy mogą wystąpić objawy. Czyli wtedy, kiedy właściwie powinniśmy już zapomnieć o całej historii. Mówi się potocznie, że czas leczy rany. A tu odwrotnie. Ale nie wszystkie objawy, nawet ostre, są PTSD. Muszą być zgodne z kryteriami – zarówno WHO jak i Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Muszą wystąpić wyraźne trzy wiązki objawowe.

Pierwsza wiązka to ponowne przeżywanie zdarzenia traumatycznego, która nie polega na tym, że przy grillu opowiadam sąsiadom o moim wypadku komunikacyjnym, tylko mocno, emocjonalnie przeżywam tamte zdarzenia i tak naprawdę nie mogę o tym opowiadać. Obrazy wracają w postaci intruzji, czyli uporczywych, natrętnych myśli, wdzierających się do głowy i przypominających tamto zdarzenie. W postaci mimowolnych retrospekcji, czyli powrotów do analizowania tamtego zdarzenia, czy flashbacków – szybkiego pokazu slajdów w głowie, dotyczących tamtej sytuacji oraz koszmarnych snów dotyczących zdarzenia traumatycznego. Nie jesteśmy w stanie tego powstrzymać. Ponowne przeżywanie to nie tylko obrazy, ale również emocje takie same jak te, które mieliśmy w chwili zdarzenia. Ktoś, kto naprawdę to przeżywa, jest przerażony, spocony, ma kołatanie serca, bo aktywizuje się układ вегетативный, który odpowiada za lękowe przeżywanie. Nie może o tym opowiadać.

Druga wiązka to unikanie wszystkiego, co może potencjalnie przypomnieć przeżytą traumę. Unikanie miejsc, sytuacji, osób. Taka osoba niechętnie wychodzi z domu, nie chce chodzić do sklepu, na spacer, przebywa na długim zwolnieniu z pracy, ale nie dlatego, że na działce uprawia pomidory, tylko po prostu nie chce kontaktu z ludźmi. Nie uczestniczy w życiu rodziny, siedzi samotnie w pokoju, niby słuchając radia lub samotnie przed telewizorem i nawet kanałów nie przerzuca.

Trzecia wiązka pobudzenia, kiedy spokojny zazwyczaj człowiek staje się nadpobudliwy, drażliwy, wszystko mu przeszkadza, drażni go muzyka, denerwują dzieci, poszukuje doznań ekstremalnych jak np. szybka jazda na motocyklu. Może zacząć sięgać po alkohol, żeby rozładować narastające napięcie, bywa agresywny wobec rodziny czy obcych.

Jak pomóc takiej osobie, kiedy jest to nasz syn, mąż, ojciec, dziadek?

Najlepiej powstrzymajmy się od pocieszania i dawania dobrych rad. Powinniśmy towarzyszyć tej osobie, a będąc z nią blisko możemy zasugerować wizytę u psychologa. ■

Psyche woła o pomoc



Niemal 2 na 3 dorosłe osoby twierdzą, że mają minimum jeden z możliwych objawów depresji, trwający co najmniej 14 dni. Najczęściej występujące objawy to uczucie zmęczenia i braku energii. Kolejne objawy to obniżenie nastroju, zaburzenia snu, osłabienie koncentracji i uwagi, pesymistyczne, czarne widzenie przyszłości, niska samoocena i mała wiara w siebie, brak przyjemności z wykonywanych czynności, które wcześniej były lubiane (badania UCE RESEARCH i SYNO Poland dla platformy ePsycholodzy.pl, luty 2022).

Wciąż wiele osób, zwłaszcza z mniejszych miejscowości, wstydzi się iść do psychologa lub psychiatry, z obawy przed „etykietowaniem”.

Pomiędzy rokiem 2021 a 2020 o 77% wzrosła liczba prób samobójczych u dzieci i młodzieży, a o 19% – liczba samobójstw. Próby samobójcze podejmują już dzieci w wieku poniżej 6 lat.

Za przyczyny podejmowanych prób samobójczych w tej grupie wiekowej poniżej 18. roku życia najczęściej odpowiadają problemy w relacjach rodzinnych i rówieśniczych, problemy szkolne; zawód uczuciowy, brak poczucia sensu życia.

Samobójstwa nastolatków i reforma psychiatrii dzieci i młodzieży

Według danych KG Policji, w 2021 r. w Polsce dokonano 5201 samobójstw (w 2020 r. 5165). Najczęściej odbierają sobie życie osoby w wieku 55-59 lat. Sześć razy częściej giną w ten sposób mężczyźni niż kobiety. Niepokoi bardzo duży wzrost liczby prób samobójczych i samobójstw wśród dzieci i młodzieży poniżej 18 lat. O 77 proc. wzrosła liczba prób samobójczych, a o 19 proc. liczba samobójstw w tej grupie wiekowej.

Wponad 50% przypadków nie udało ustalić się przyczyn prób samobójczych i samobójstw wśród dzieci i młodzieży. Wśród najczęstszych motywów wskazano zaburzenia/ problemy psychiczne, zawody uczuciowe oraz konflikty rodzinne (w tym przemoc). Wśród młodzieży groźne jest naśladowanie zachowań autoagresywnych, w tym samookaleczeń ciała, które istotnie zwiększają ryzyko wystąpienia samobójstwa.



FOT. © DEPOSITPHOTOS



FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

**DR N. MED.
ALEKSANDRA
LEWANDOWSKA,**
KONSULTANT KRAJOWA
W DZIEDZINIE
PSYCHIATRII DZIECI
I MŁODZIEŻY,
ORDYNATOR ODDZIAŁU
PSYCHIATRYCZNEGO
DLA DZIECI
W SPECJALISTYCZNYM
PSYCHIATRYCZNYM
ZESPOLE OPIEKI
ZDROWOTNEJ W ŁODZI:

W związku z potrzebą pilnych zmian w ochronie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, Ministerstwo Zdrowia zajmuje się wdrażaniem reformy, której celem jest stworzenie ogólnokrajowego, kompleksowego systemu zapewniającego wsparcie pacjentom niepełnoletnim doświadczającym zaburzeń psychicznych oraz ich rodzinom. Celem reformy jest m.in. zapewnienie wszystkim dzieciom i młodzieży w kraju właściwej opieki psychiatrycznej poprzez wyrównywanie różnic pomiędzy poszczególnymi regionami oraz zapobieganie nadmiernemu obciążeniu oddziałów psychiatrycznych poprzez rozwój pomocy dla pacjen-

tów z zaburzeniami psychicznymi na pozostałych poziomach referencyjnych.

Nowy model ochrony zdrowia psychicznego pacjentów niepełnoletnich jest wynikiem prac działającego od lutego 2018 r. Zespołu do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Obecnie monitoruje on wprowadzane zmiany oraz przygotowuje rekomendacje dotyczące poprawy opieki nad dziećmi i młodzieżą w lecznictwie psychiatrycznym.

Jednym z podstawowych założeń reformy jest budowa sieci ośrodków, w których nie pracowaliby lekarze, ale psycholodzy, psychoterapeuci i terapeuci środowiskowi. Są to ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży, nazywane I stopniem referencyjnym. Obecnie działa ich w Polsce już blisko 340, a docelowo ma ich być co najmniej 400. Pacjenci mogą skorzystać z oferty tych ośrodków bez skierowania lekarskiego. Takie ośrodki będą udzielać pomocy tym dzieciom, które nie potrzebują diagnozy psychiatrycznej lub farmakoterapii. W przypadku wielu zaburzeń psychicznych, pojawiających się w dzieciństwie, można bowiem udzielić skutecznej pomocy za pomocą takich interwencji jak psychoterapia indywidualna i grupowa, terapia rodzinna czy praca z grupą rówieśniczą. Warunkiem jest wcześniejsza reakcja na pojawiające się problemy. Pozwala to nie dopuścić do pogorszenia stanu zdrowia psychicznego pacjenta i uniknąć hospitalizacji na oddziale psychiatrycznym, która jest często trudnym doświadczeniem dla młodej osoby.

Pierwsze ośrodki I stopnia referencyjnego zostały uruchomio-

ne 1 kwietnia 2020 roku. Ministerstwo Zdrowia planuje, żeby docelowo w każdym powiecie lub grupie powiatów funkcjonował taki ośrodek pierwszego stopnia referencyjnego. Gęsta sieć placówek umożliwi pracownikom współpracę ze środowiskiem lokalnym – zwłaszcza placówkami oświatowymi. Współpraca ze szkołami i poradniami pedagogiczno-psychologicznymi działającymi w ramach resortu oświaty jest bardzo istotna dla zapewnienia skutecznej i kompleksowej opieki.

Poza ośrodkami pierwszego poziomu, działać będą także ośrodki drugiego poziomu (Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży), gdzie zapewniona będzie opieka lekarska, a pacjenci wymagający intensywniejszych oddziaływań będą mogli skorzystać ze świadczeń w ramach oddziału dziennego. Jeden taki ośrodek obejmowałby wsparciem kilka sąsiadujących ze sobą powiatów. Aktualnie na tym poziomie działa 66 poradni, a także 46 poradni z oddziałem dziennym. Ich liczba docelowo powinna się jeszcze niemal podwoić.

Na trzecim, najwyższym, poziomie referencyjności funkcjonować będą ośrodki wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej. W takich ośrodkach pomoc znajdą pacjenci wymagający najbardziej specjalistycznej pomocy, w tym w szczególności osoby w stanie zagrożenia życia i zdrowia, przyjmowani w trybie nagłym. Ze względu na bezpieczeństwo pacjentów konieczne jest, aby w każdym województwie funkcjonował co najmniej jeden taki ośrodek. Obecnie jest ich 25.

Oprac. KP. (źródło: <https://zapobiegajmysamobjstwom.pl>)

Nie pozwól **dziecku** wylogować się z życia

Zakończył się cykl szkoleń online dla pracowników placówek oświaty oraz rodziców realizowanych w ramach ogólnopolskiej kampanii społeczno-edukacyjnej Forum Przeciw Depresji. Tegoroczna edycja kampanii przebiegała pod hasłem „Nastoletnia depresja. Życie w trybie online/ offline – nie pozwól dziecku wylogować się z życia” i dotyczyła kwestii związanych z prewencją kryzysów wśród dzieci i młodzieży.

Kryzysy w obszarze zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży zdarzają się coraz częściej. Szacuje się, że stany i zaburzenia depresyjne występują u ok. 2% dzieci i aż u ok. 20% młodzieży. Statystyki rosną, bo to wciąż bardzo trudny temat zwłaszcza dla rodziców, którzy często nie potrafią sobie z nimi poradzić, nie uważają ich, bądź je bagatelizują, usprawiedliwiając objawy depresji dorastaniem, młodzieńczym buntem czy introwertycznym charakterem dziecka. Brak zrozumienia, odpowiedniego wsparcia, a często opieki psychologicznej w dzieciństwie i okresie dojrzewania wpływają nie tylko na bieżące funkcjonowanie dzieci, ale mogą skutkować w przyszłości dużymi problemami, utrudniając choćby budowanie relacji międzyludzkich czy poczucia własnej wartości. To dlatego tak ważne jest, by w porę dostrzec objawy depresji i zacząć im przeciwdziałać.



FOT. © DEPOSITPHOTOS

FORUM PRZECIW DEPRESJI

jest kampanią społeczno-edukacyjną, organizowaną przy okazji Ogólnopolskiego Dnia Walki z Depresją, począwszy od 2007 r. Celem kampanii Forum Przeciw Depresji jest budowanie świadomości społecznej na temat depresji jako poważnej choroby, wymagającej wsparcia specjalisty oraz realna pomoc na rzecz osób chorych na depresję.

Patronatu merytorycznego tegorocznej kampanii udzieliło – podobnie jak w ubiegłych latach – Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, a w tym roku do grona patronów merytorycznych dołączyło także Polskie Towarzystwo Suicydologiczne.

Partnerami kampanii są: platforma Życie Warto Jest Rozmowy, porozmawiajmy.edu.pl, Fundacja Edukacji Społecznej, Nastoletni Azyl, IT MATTERS, To Be oraz kampania Twarze Depresji.

Dotychczas działaniami edukacyjnymi kampania objęła ponad 17 500 osób, a z bezpłatnych konsultacji skorzystało blisko 6 000 osób. Przez cały rok działa strona internetowa www.forumprzeciwdepresji.pl oraz fanpage na Facebooku <https://www.facebook.com/ForumPrzeciwDepresji>, gdzie na bieżąco umieszczane są wszelkie informacje o Kampanii.

KONSEKWENCJE DEPRESJI: SMUTEK, LĘK, ALKOHOL, OKALECZENIA

– Depresja, także u nastolatków, to przewlekłe, często nawracające, niełatwe w leczeniu zaburzenie, które niestety czasami może prowadzić do śmierci. Depresja sprawia, że młody człowiek ma mało energii, siły i chęci, aby realizować obowiązki dnia codziennego: szkolne czy domowe. To powoduje pojawianie się i piętrzenie różnych trudności, np. nieobecności w szkole, obniżenie ocen, zagrożenie niezdaniem do następnej klasy, izolowanie się od innych i pogorszenie relacji z otoczeniem. Objawy depresji powodują ogromne, wewnętrzne cierpienie – smutek, lęk, napięcie, złość, żal itd. Dlatego młodzi ludzie – chcąc sobie pomóc – zaczynają szukać sposobów, jak je zagłuszyć i znajdują ulgę, zapomnienie, chwilową poprawę nastroju w alkoholu, dopalaczach, narkotykach. W podobnym celu kaleczą swoje ciało, długimi godzinami przesiadując przed komputerem, podejmują ryzykowne zachowania. Jednak najważniejszą – bo nieodwracalną – konsekwencją depresji mogą być zachowania samobójcze, kiedy młody człowiek cierpi tak silnie, że przestaje wierzyć w sens życia, zaczyna wyobrażać sobie swoją śmierć, szuka sposobu, jak można się zabić, podejmuje próbę samobójczą. Nie możemy zapominać o tym zagrożeniu – podkreśla Małgorzata Łuba, psycholożka, trenerka, certyfikowana suicydolożka, prelegentka szkoleń realizowanych w ramach kampanii Forum Przeciw Depresji.

ŻYCIE WARTO JEST ROZMOWY

– Pamiętajmy o tym, że młodzi ludzie, z racji swego wieku, nie mają jeszcze doświadczenia w wychodzeniu z kryzysów – dopiero się

tę uczą, poznają świat, rozeznają, co można zrobić, gdy pojawia się w życiu większy problem; bardzo często myślą sobie, że sytuacja, w której się znajdują, jest nieodwracalna, nigdy się nie zmieni, nigdy już nie będzie lepiej, że zawsze będą odczuwać to, co odczuwają, że zawsze będą cierpieć i że te problemy, z którym przychodzi im się właśnie mierzyć są nierozwiązywalne. Charakterystyczne dla tej grupy wiekowej jest koncentrowanie się na trudnościach, bez myślenia o rozwią-

zaniach konstruktywnych, a nie takich, które by szkodziły ich zdrowiu, czy wręcz zagrażały życiu. Apeluję do dorosłych: rodziców, dziadków, opiekunów, ale też nauczycieli: obserwujcie dzieci, a jeśli zauważycie coś niepokojącego: rozmawiajcie z nimi, nie zostawiajcie ich z problemami, bo sami najzwyczajniej w świecie sobie z nimi nie poradzą – podkreśla Jolanta Palma, interwent kryzysowy, suicydolożka, prelegentka szkoleń realizowanych w ramach kampanii Forum Przeciw Depresji.

Rekomendacje dotyczące informowania o zachowaniach samobójczych

Kiedy informujesz o zachowaniach samobójczych w **PRAWIDŁOWY SPOSÓB**, zwiększasz szansę na to, że osoby w kryzysie lub w trudnej sytuacji sięgną po pomoc.

Przygotowany przez Ciebie materiał ma MOC – może uratować komuś życie!

Niewłaściwy sposób przedstawiania zachowań samobójczych w mediach zwiększa ryzyko naśladownictwa wśród podatnych osób, dlatego:

- **NIE PODAWAJ** w tytule, leadzie, na okładce, grafice sensacyjnych i dramatycznych określeń dotyczących zachowań samobójczych (np. epidemia czy fala samobójstw).
- **NIE ZAMIESZCZAJ** fotografii, materiałów wideo oraz **NIE OPISUJ** metody, miejsca samobójstwa lub próby samobójczej.
- **NIE PUBLIKUJ** fotografii, materiałów wideo, imienia, wieku osoby, która odebrała sobie życie lub podjęła próbę samobójczą, a także całości lub części listu pożegnania.
- **NIE PRZEDSTAWIAJ** ofiar samobójstwa lub osób po próbie samobójczej w idealizujący i gloryfikujący sposób.
- **NIE WSKAZUJ** motywów i domniemyanych przyczyn (szczególnie **NIE KONCENTRUJ** się na pojedynczej przyczynie) oraz **NIE OSKARŻAJ** i **NIE SZUKAJ** winnych.
- **NIE PRZEDSTAWIAJ** samobójstwa lub próby samobójczej jako sposobu rozwiązania problemów lub uzyskania ulgi i zakończenia cierpienia.
- **NIE POPULARYZUJ** stron internetowych i forów, filmów, wyzwań internetowych oraz publikacji, które normalizują zachowania samobójcze, opisują metody, przebieg próby samobójczej lub samobójstwa.
- **NIE UŻYWAJ** lekceważących i obraźliwych określeń w stosunku do osób po próbie samobójczej oraz osób z problemami psychicznymi.
- **WSKAZUJ**, gdzie i w jaki sposób można uzyskać pomoc.
- **POKAZUJ** możliwości poradzenia sobie z problemami i uzyskania pomocy przez osoby z konkretnych grup ryzyka.
- **PODAWAJ** przykłady osób, które poradziły sobie z kryzysem psychicznym i myślami samobójczymi.
- **WYJAŚNIAJ** funkcjonowanie instytucji, które prowadzą działania na rzecz zdrowia psychicznego.
- **INFORMUJ**, jak rozpoznać sygnały ostrzegawcze kryzysu samobójczego i jak udzielić pierwszej pomocy emocjonalnej.
- **USZANUJ** prywatność bliskich ofiar samobójstwa oraz osób po próbie samobójczej.
- **WYŁĄCZAJ** lub **MODERUJ** komentarze pod publikacjami na temat zachowań samobójczych.
- **NAWIĄŻ** stałą współpracę z ekspertami Biura ds. Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym IPiN.
- **KORZYSTAJ** z rzetelnych źródeł wiedzy i danych dotyczących zachowań samobójczych (KGP, GUS).
- **POWOŁUJ SIĘ** na badania naukowe prowadzone przez renomowane ośrodki.
- **PRZEKAZUJ** wiedzę o zachowaniach samobójczych bez powielania mitów na ich temat.



➤ – Trwająca ponad dwa lata pandemia nasiliła wśród młodych ludzi bardzo wiele objawów i kryzysów w obszarze zdrowia psychicznego, z konsekwencjami których przyjdzie nam się mierzyć jeszcze długo. Edukacja odbywająca się w trybie zdalnym wraz z ograniczeniem aktywności towarzysko-rówieśniczej często wywoływała wśród uczniów poczucie izolacji, ale w innych przypadkach, uwalniała dzieci i nastolatki od konieczności codziennego mierzenia się ze stresem, ocenianiem i krytyką w szkole, dając możliwość dalszego ukrywania swoich kryzysów. Powrót do szkół okazał się trudny zarówno dla tych, którzy przez cały ten okres tęsknili za kolegami i koleżankami, jak i dla tych, dla których był to czas wytchnienia od bolesnej codzienności. O tym, jak bardzo poważny jest to problem, świadczą policyjne statystyki dotyczące podejmowanych przez dzieci i młodzież prób samobójczych oraz zachowań samobójczych zakończonych śmiercią. O ile problem drastycznego wzrostu liczby samobójstw jest znacznie bardziej złożony, o tyle pandemia bez wątpienia stała się katalizatorem zachowań autoagresywnych wśród dzieci i młodzieży – wyjaśnia Lucyna Kicińska, pedagog, suicydolożka, terapeutka narracyjna, koordynatorka strefy pomocy platformy „Życie warto rozmawiać”, członkini Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego oraz Zespołu Roboczego ds. Prewencji Samobójstw i Depresji przy Radzie ds. Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia, prelegentka szkoleń realizowanych w ramach kampanii Forum Przeciw Depresji.

Pandemia spowodowała przeniesienie w znacznej mierze życia społecznego i edukacji w tryb zdalny i hybrydowy, co przyczyniło się do pojawienia się m.in. poczucia osamotnienia i wyobcowania

dzieci i młodzieży. Chcąc pomóc w rozwiązaniu tych problemów, organizatorzy kampanii Forum Przeciw Depresji już po raz kolejny zorganizowali cykl szkoleń dla rodziców oraz pracowników oświaty. Liczba osób, która wzięła udział w spotkaniach świadczy, że problem depresji wśród młodych ludzi jest ogromny, pocieszającym jest jednak fakt, że wielu dorosłych nie bagatelizuje tego,

szuka pomocy i narzędzi, które podpowiedzą, w jaki sposób należy podchodzić do problemu, jak rozmawiać z dziećmi i gdzie szukać pomocy.

SZKOLENIA DLA PRACOWNIKÓW OŚWIATY I RODZICÓW

W ciągu dwóch miesięcy organizatorzy kampanii umożliwili osobom zainteresowanym uczestnic-



two w ośmiu szkoleniach (pięciu dla pracowników oświaty i trzech dla rodziców) oraz otwartym webinarze, organizowanym w Ogólnopolskim Dniu Walki z Depresją, w ramach Dnia Otwartego Forum Przeciw Depresji. Łącznie z oferowanych spotkań skorzystało prawie 2000 osób, w tym nauczyciele, pedagodzy, psychologowie, dyrektorzy szkół, rodzice. Najliczniej reprezentowane były szkoły podstawowe,

z których udział w szkoleniach wzięło niemal 584 osób. Ze szkół ponadpodstawowych przeszkolono prawie 200 pracowników.

– Jestem bardzo podbudowana faktem, że szkolenia cieszyły się tak dużym zainteresowaniem. Bazując na wiedzy, jaką zostaliśmy wzbogaceni, organizując szkolenia dla grona pedagogicznego w roku ubiegłym, w tegorocznej odsłonie kampanii poszerzyliśmy naszą

oferę o spotkania dedykowane rodzicom. Duża frekwencja świadczy o tym, że depresja to poważny problem wśród młodych ludzi, na który są uwrażliwieni ich najbliżsi, szukający wiedzy, pomocy czy też konkretnych narzędzi, by wesprzeć osoby chore w walce z tą chorobą – podkreśla Ewa Ciepałowicz z Servier Polska, organizatorka kampanii Forum Przeciw Depresji. ■

Gdzie szukać pomocy:

Jeśli przeżywasz trudności i myślisz o odebraniu sobie życia lub chcesz pomóc osobie zagrożonej samobójstwem pamiętaj, że możesz skorzystać z bezpłatnych numerów pomocowych:

800 70 2222

CAŁODOBOWY

Centrum Wsparcia dla osób dorosłych w kryzysie psychicznym

800 12 12 12

CAŁODOBOWY

Dziecięcy Telefon Zaufania Rzecznika Praw Dziecka

116 111

CAŁODOBOWY

Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży

116 123

codziennie od 14:00 do 22:00

Telefon wsparcia emocjonalnego dla dorosłych

112

Numer alarmowy w sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia

Inne numery telefonów pomocowych znajdziesz na stronach:

www.zapobiegajmysamobojstwom.pl

www.zwjr.pl/bezplatne-numery-pomocowe

www.pokonackryzys.pl



FOT. © DEPOSITPHOTOS

Aciprex

Escitalopramum 10 mg

Skrócona informacja o leku: ACIPREX.

Aciprex, 10 mg, tabletki powlekane: Każda tabletką powlekana zawiera 10 mg escitalopramu (Escitalopramum) w postaci szczawianu. **Grupa farmakoterapeutyczna:** leki przeciwdepresyjne, selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny. **Kod ATC:** N 06 AB 10. **Wskazania do stosowania:** Leczenie dużych epizodów depresji, leczenie zaburzeń lęku napadowego (lęku panicznego) z agorafobią lub bez agorafobii, leczenie fobii społecznej i leczenie zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych. **Dawkowanie i sposób podawania:** **Dawkowanie:** Nie wykazano bezpieczeństwa stosowania dawki dobowej większej niż 20 mg. **Duże epizody depresji:** Zwykle stosuje się dawkę 10 mg raz na dobę. W zależności od indywidualnej reakcji pacjenta, dawkę można zwiększyć do dawki maksymalnej, tj. 20 mg na dobę. **Działanie przeciwdepresyjne** uzyskuje się zazwyczaj po 2-4 tygodniach stosowania produktu. Po ustąpieniu objawów leczenie należy kontynuować przez co najmniej 6 miesięcy, aby utrwalić odpowiedź na leczenie. **Zaburzenia lęku napadowego (lęku panicznego) z agorafobią lub bez agorafobii:** W pierwszym tygodniu zaleca się dawkę początkową 5 mg, a następnie zwiększenie dawki do 10 mg na dobę. Dawkę można następnie zwiększyć do dawki maksymalnej, tj. 20 mg na dobę, w zależności od indywidualnej reakcji pacjenta. **Maksymalną skuteczność** osiąga się po około 3 miesiącach stosowania produktu. Leczenie trwa kilka miesięcy. **Fobia społeczna:** Zwykle stosuje się dawkę 10 mg raz na dobę. Na ogół poprawę stanu klinicznego uzyskuje się po 2-4 tygodniach leczenia. Dawkę można następnie zmniejszyć do 5 mg lub zwiększyć maksymalnie do 20 mg na dobę, zależnie od indywidualnej reakcji pacjenta. **Fobia społeczna** jest chorobą o przebiegu przewlekłym i zalecane jest kontynuowanie terapii przez 12 tygodni w celu uzyskania trwałej odpowiedzi na leczenie. **Długotrwałą terapię** osób odpowiadających na leczenie badano przez 6 miesięcy, można ją rozważyć indywidualnie w celu zapobiegania nawrotom choroby; korzyści prowadzonego leczenia powinny być regularnie oceniane. **Fobia społeczna** jest ściśle zdefiniowanym rozpoznaniem określonej choroby; nie należy jej mylić z nadmierną nieśmiałością. **Farmakoterapia** jest wskazana wyłącznie wtedy, kiedy zaburzenie to w istotny sposób utrudnia wykonywanie pracy zawodowej i kontakty społeczne. Nie przeprowadzono badań porównujących omawiane leczenie z terapią poznawczo-behawioralną. **Farmakoterapia** stanowi element kompleksowego postępowania terapeutycznego. **Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne.** Dawka początkowa wynosi 10 mg raz na dobę. W zależności od indywidualnej reakcji pacjenta, dawkę można zwiększyć do dawki maksymalnej, tj. 20 mg na dobę. Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne to choroba przewlekła i pacjenci powinni być leczeni odpowiednio długo, aby uzyskać pewność, że objawy choroby ustąpiły. Korzyści terapeutyczne i stosowana dawka powinny być regularnie oceniane. **Pacjenci w podeszłym wieku (>65 lat):** Dawka początkowa wynosi 5 mg raz na dobę. W zależności od indywidualnej reakcji pacjenta, dawkę można zwiększyć do 10 mg na dobę. Nie badano skuteczności produktu Aciprex w leczeniu fobii społecznej u osób w podeszłym wieku. **Dzieci i młodzież (<18 lat):** Produktu Aciprex nie należy stosować w leczeniu dzieci i młodzieży w wieku poniżej 18 lat. **Zaburzenia czynności nerek** U pacjentów z łagodnym lub umiarkowanym zaburzeniem czynności nerek nie jest konieczna modyfikacja dawkowania. Zaleca się zachowanie ostrożności u pacjentów z ciężkim zaburzeniem czynności nerek (klirens kreatyniny poniżej 30 ml/min). **Zaburzenia czynności wątroby** U pacjentów z łagodnym lub umiarkowanym zaburzeniem czynności wątroby w pierwszych dwóch tygodniach leczenia zaleca się stosowanie początkowej dawki 5 mg na dobę. W zależności od indywidualnej reakcji pacjenta dawkę można zwiększyć do 10 mg na dobę. U pacjentów z ciężkim zaburzeniem czynności wątroby zaleca się zachowanie wyjątkowej ostrożności, również podczas dostosowywania dawkowania. **Osoby wolno metabolizujące leki z udziałem izoenzymu CYP2C19** Pacjentom, o których wiadomo, że wolno metabolizują leki z udziałem izoenzymu CYP2C19, zaleca się dawkę początkową 5 mg na dobę w pierwszych dwóch tygodniach leczenia. W zależności od indywidualnej reakcji pacjenta dawkę można zwiększyć do 10 mg na dobę. **Objawy z odstawienia obserwowane po zakończeniu leczenia** Należy unikać nagłego odstawienia produktu. Kończąc leczenie produktem Aciprex dawkę należy stopniowo zmniejszać przez okres przynajmniej 1-2 tygodni, aby uniknąć wystąpienia objawów z odstawienia. W razie wystąpienia objawów nietolerowanych przez pacjenta, będących następstwem zmniejszenia dawki lub odstawienia produktu, należy rozważyć wznowienie stosowania poprzednio przepisanej dawki. Następnie lekarz może kontynuować wolniejsze zmniejszanie dawki. **Sposób podawania** Podanie doustne. Produkt Aciprex stosuje się w pojedynczej dawce dobowej i może być przyjmowany z pokarmem lub niezależnie od posiłków. **Przeciwwskazania** Nadwrażliwość na escitalopram lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. Jednoczesne leczenie nielekcyjnymi, nieodwracalnymi inhibitorami monoaminooksydazy (MAO) z powodu ryzyka wystąpienia zespołu serotoninowego przebiegającego z pobudzeniem, drżeniem, hipertermią. Jednoczesne stosowanie escitalopramu z odwracalnymi inhibitorami monoaminooksydazy A (np. moksibemidem) lub lineolizodem (odwracalnym nielekcyjnym inhibitor monoaminooksydazy) z powodu ryzyka zespołu serotoninowego. Escitalopram jest przeciwwskazany u pacjentów z rozpoznany wydłużeniem odstępu QT lub z wrodzonym zespołem wydłużonego odstępu QT. Przeciwwskazane jest jednocześnie stosowanie escitalopramu z innymi lekami powodującymi wydłużenie odstępu QT. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** Wymienione poniżej specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania odnoszą się do grupy selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI - Selective Serotonin Reuptake Inhibitors). **Dzieci i młodzież (w wieku poniżej 18 lat)** Produktu Aciprex nie należy stosować u dzieci i młodzieży w wieku poniżej 18 lat. W prowadzonych badaniach klinicznych zachowania samobójcze (próby samobójcze i myśli samobójcze) oraz wrogość (szczególnie agresję, zachowania buntownicze i przejawy gniewu) obserwowano częściej u dzieci i młodzieży leczonych lekami przeciwdepresyjnymi niż w grupie, której podawano placebo. Jeśli w oparciu o istniejącą potrzebę kliniczną podjęta zostanie jednak decyzja o leczeniu, pacjenta należy uważnie obserwować czy nie występują u niego skłonności samobójcze. Ponadto brak długoterminowych danych dotyczących bezpieczeństwa stosowania u dzieci i młodzieży dotyczących wzrostu, dojrzewania oraz rozwoju poznawczego i rozwoju zachowania. **Lęk paroksyzmalny** U niektórych pacjentów z lękiem napadowym (napadami lęku panicznego) w początkowym okresie leczenia lekami przeciwdepresyjnymi może nastąpić nasilenie objawów lęku. Ta paradoksalna reakcja zazwyczaj ustępuje w ciągu dwóch tygodni kontynuowanego leczenia. Zaleca się stosowanie małej dawki początkowej, aby zmniejszyć prawdopodobieństwo wystąpienia stanów lękowych. **Napady drgawkowe** Stosowanie produktu należy przerwać u każdego pacjenta, u którego wystąpią drgawki po raz pierwszy lub jeżeli zwiększy się częstość napadów (u pacjentów ze zdiagnozowaną wcześniej padaczką). U pacjentów z niestabilną padaczką należy unikać stosowania leków z grupy SSRI, a pacjenci z kontrolowaną padaczką powinni pozostawać pod szczególną kontrolą. Leki z grupy SSRI należy odstawić w razie zwiększenia częstości napadów drgawkowych. **Mania** Należy zachować ostrożność podczas stosowania leków z grupy SSRI u pacjentów z manią lub hipomanią w wywiadzie. Leki z grupy SSRI należy odstawić u każdego pacjenta, u którego wystąpił epizod mania. **Kukrzyca** U chorych na cukrzycę leczenie lekami z grupy SSRI może zaburzać kontrolę stężenia glukozy we krwi (hipoglikemia lub hiperglikemia). Konieczna może być zmiana dawekowania insuliny oraz (lub) doustnych leków o działaniu hipoglikemizującym. **Samobójstwo/myśli samobójcze** lub pogorszenie stanu klinicznego Depresja wiąże się ze zwiększonym ryzykiem myśli samobójczych, samookaleceń i samobójstwa (zdarzeń związanych z samobójstwem). Zagrożenie to utrzymuje się aż do uzyskania istotnej remisy. Poprawa może nie nastąpić w pierwszych kilku tygodniach leczenia lub dłużej. Pacjentów należy uważnie obserwować aż do czasu jej wystąpienia. Ogólne doświadczenia kliniczne wskazują, że ryzyko samobójstwa jest zwiększone we wcześniejszym okresie uzyskiwania poprawy. Inne zaburzenia psychiczne, w których stosuje się escitalopram, również mogą się wiązać ze zwiększeniem ryzyka zdarzeń związanych z samobójstwem. Ponadto zaburzenia te mogą przebiegać z dużym zaburzeniem depresyjnym. Podczas leczenia pacjentów z innymi zaburzeniami psychicznymi należy zatem zachować te same środki ostrożności, co podczas leczenia pacjentów z dużym zaburzeniem depresyjnym. Pacjenci ze zdarzeniami związanymi z samobójstwem w wywiadzie lub ze znacznie nasilonymi myślami o samobójstwie przed rozpoczęciem leczenia są bardziej zagrożeni myśłami lub próbami samobójczymi i dlatego powinni być dokładnie monitorowani podczas leczenia. Metaanaliza badań klinicznych kontrolowanych placebo wykazała, że u pacjentów w wieku poniżej 25 roku życia z zaburzeniami psychicznymi, leczonych lekami przeciwdepresyjnymi (w porównaniu z grupą otrzymującą placebo) występuje zwiększone ryzyko zachowań samobójczych. Pacjentów należy uważnie obserwować, szczególnie z grup zwiększonego ryzyka, na początku leczenia oraz podczas zmiany dawkowania. Pacjenci i ich rodziny powinni zostać poinformowani o konieczności obserwacji każdego pogorszenia stanu klinicznego, wystąpienia myśli i zachowań samobójczych bądź innych nietypowych zmian w zachowaniu. W razie ich wystąpienia, należy bezwzględnie skontaktować się z lekarzem. **Aktywność i (lub) niepokój psychoruchowy** Stosowanie leków z grupy SSRI/SSNRI (SSNRI - Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors) wiąże się z rozwojem aktywności, charakteryzującej się nieprzejrnie odczuwanym stanem niepokoju i przyspieszonym poruszaniem się, którym często towarzyszy niezdolność do siedzenia lub stania bez ruchu. Wystąpienie aktywności jest najbardziej prawdopodobne w pierwszych tygodniach leczenia. Zwiększenie dawki może być szkodliwe u pacjentów, u których wystąpią te objawy. **Hiponatremia** W rzadkich przypadkach informowano o hiponatremii podczas leczenia lekami z grupy SSRI. Hiponatremia jest prawdopodobnie spowodowana przez zespół nieprawidłowego wydzielania hormonu antydiuretycznego (wazopresyna) – SIADH i na ogół ustępuje po odstawieniu produktu. Należy zachować ostrożność u pacjentów z grupą ryzyka, tzn. osób w podeszłym wieku, z marskością wątroby lub jednocześnie leczonych lekami, które mogą powodować hiponatremię. **Krwotoki** Podczas stosowania leków z grupy SSRI informowano o krwawieniu w obrębie skóry w postaci wybroczyn i plamicy. U pacjentów leczonych lekami z grupy SSRI należy zachować ostrożność, zwłaszcza gdy równocześnie stosuje się u nich doustne leki przeciwzakrzepowe, leki wpływające na czynność płytek krwi (np. atypowe leki przeciwpsychotyczne oraz pochodne fenotiazyn), zwiększając tripiersienionowe leki przeciwdepresyjne, kwas acetylosalicylowy i niesteroidowe leki przeciwzapalne, tyklopidynę oraz dipirydamol) oraz u pacjentów z rozpoznaną skazą krwotoczną. **Leczenie elektrowstrząsami** Doświadczenia kliniczne dotyczące równoczesnego stosowania leków z grupy SSRI i leczenia elektrowstrząsami są ograniczone i dlatego zaleca się zachowanie ostrożności. **Zespół serotoninowy** Należy zachować ostrożność stosując escitalopram w skojarzeniu z lekami o działaniu serotoninergicznym, takimi jak sumatryptan lub inne tryptany, tramadol i tryptofan. W rzadkich przypadkach informowano o wystąpieniu zespołu serotoninowego u pacjentów stosujących równocześnie leki z grupy SSRI oraz produkty o działaniu serotoninergicznym. Na wystąpienie tego zespołu może wskazywać jednocześnie wystąpienie takich objawów jak: pobudzenie, drżenie mięśniowe, drgawki kloniczne mięśni i hipertermia. W razie wystąpienia takich zespołu objawów, należy natychmiast odstawić lek z grupy SSRI i lek o działaniu serotoninergicznym oraz rozpocząć leczenie objawowe. **Ziele dziurawca** Stosowanie w skojarzeniu leków z grupy SSRI i produktów roślinnych zawierających ziele dziurawca (*Hypericum perforatum*) może doprowadzić do zwiększenia częstości działań niepożądanych. **Objawy z odstawienia obserwowane po przerwaniu leczenia** Objawy z odstawienia obserwowane po przerwaniu leczenia występują często, zwłaszcza jeśli odstawienie produktu było nagłe. W badaniach klinicznych zdarzenia niepożądane obserwowane po odstawieniu produktu wystąpiły u około 25% pacjentów leczonych escitalopramem i 15% pacjentów przyjmujących placebo. Ryzyko objawów z odstawienia może zależeć od wielu czynników, takich jak czas trwania leczenia i wielkość dawki oraz szybkość zmniejszania dawki. Najczęściej zgłaszanymi objawami są zawroty głowy, zaburzenia czucia (w tym parastezje i wrażenie porażenia prądem elektrycznym), zaburzenia snu (w tym bezsenność i wyraziste sny), pobudzenie lub niepokój, nudności oraz (lub) wymioty, drżenie, splątanie, nadmierne pocenie, bóle głowy, biegunka, kołatanie serca, chwiejność emocjonalna, drażliwość oraz zaburzenia widzenia. Na ogół objawy te mają małą i umiarkowaną nasilenie, choć u niektórych pacjentów mogą być ciężkie. Zazwyczaj objawy występują w ciągu kilku pierwszych dni po odstawieniu produktu, choć istnieją bardzo rzadkie doniesienia o takich objawach u pacjentów, którzy przypadkowo pominieli dawkę produktu. Na ogół objawy te ustępują samistnie, zazwyczaj w ciągu 2 tygodni, choć u niektórych osób mogą utrzymywać się dłużej (2-3 miesiące lub dłużej). W przypadku odstawienia produktu zaleca się zatem stopniowo zmniejszanie dawki escitalopramu przez okres kilku tygodni lub miesięcy, w zależności od reakcji pacjenta (patrz „Reakcje odstawienia obserwowane po przerwaniu terapii”). **Choroba niedokrwienna serca** Ze względu na ograniczone doświadczenia kliniczne zaleca się zachowanie ostrożności u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca. **Wydłużenie odstępu QT** Stwierdzono, że escitalopram powoduje zależne od dawki wydłużenie odstępu QT. Po wprowadzeniu leku do obrotu zgłaszano przypadki wydłużenia odstępu QT oraz arytmii komorowych, w tym zaburzenia typu *torsade de pointes*, głównie u pacjentów płci żeńskiej, u osób z hipokaliemią oraz u pacjentów ze stwierdzonym wydłużeniem odstępu QT lub innymi chorobami serca. Należy zachować ostrożność u pacjentów ze znaczną bradykardią, u pacjentów po niedawnym przebytym ostrym zawałem mięśnia sercowego lub z niewydolnością serca. Zaburzenia elektrolitowe, takie jak hipokaliemia i hipomagnezemia zwiększają ryzyko wystąpienia złośliwej arytmii i należy je skorygować przed rozpoczęciem terapii escitalopramem. U pacjentów ze stabilną chorobą serca należy rozważyć wykonanie badania EKG przed rozpoczęciem terapii escitalopramem. W przypadku wystąpienia objawów arytmii podczas terapii escitalopramem, należy przerwać stosowanie leku i wykonać badanie EKG. **Jaskra z zamkniętym kątem przesączania** Leki z grupy SSRI, włącznie z escitalopramem, mogą wpływać na wielkość żyłnicy oka powodując jej rozszerzenie. To działanie rozszerzające żyłnicę może powodować zwięźnięcie kąta oka i prowadzić do zwiększenia ciśnienia wewnątrzokularnego i jaskry z zamkniętym kątem przesączania, szczególnie u predysponowanych pacjentów. Escitalopram należy stosować z ostrożnością u pacjentów z jaskrą z zamkniętym kątem przesączania lub z jaskrą w wywiadzie. **Zaburzenia czynności seksualnych** Selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (ang. selective serotonin reuptake inhibitors, SSRI) oraz inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (ang. serotonin norepinephrine reuptake inhibitors, SSNRI) mogą spowodować wystąpienie objawów zaburzeń czynności seksualnych (patrz punkt 4.8). Zgłaszano przypadki długotrwałych zaburzeń czynności seksualnych, w których objawy utrzymywały się pomimo przerwania stosowania SSRI i (lub) SSNRI. **Interakcje z innymi produktami leczniczymi i inne rodzaje interakcji. Interakcje farmakodynamiczne** **Przeciwwskazanie** **Leczenie skojarzone** **Nieodwracalne nielekcyjne inhibitory MAO** U pacjentów leczonych lekami z grupy SSRI w skojarzeniu z nielekcyjnymi nieodwracalnymi inhibitorami monoaminooksydazy (IMAO) oraz u pacjentów, którzy niedawno przegrali leczenie lekami z grupy SSRI i rozpoczęli leczenie inhibitorem MAO, donoszono o wystąpieniu ciężkich reakcji niepożądanych. W niektórych przypadkach u pacjentów wystąpił zespół serotoninowy. Przeciwwskazane jest stosowanie escitalopramu w skojarzeniu z innymi lekami powodującymi nieodwracalnymi inhibitorami MAO. **Stosowanie escitalopramu** można rozpocząć 14 dni po zaprzestaniu stosowania nieodwracalnego inhibitora MAO. Między odstawieniem escitalopramu a rozpoczęciem leczenia nielekcyjnym nieodwracalnym inhibitorem MAO należy zachować co najmniej 7-dniową przerwę. **Odwracalny, selektywny inhibitor MAO-A (moksibemid)** Ze względu na ryzyko wystąpienia zespołu serotoninowego stosowanie escitalopramu w skojarzeniu z inhibitorem MAO-A, takimi jak moksibemid, jest przeciwwskazane. Jeśli takie leczenie skojarzone jest konieczne, należy je rozpocząć podając najpierw zalecaną dawkę, a pacjent powinien pozostawać pod stałą kontrolą kliniczną. **Odwracalny, nielekcyjny inhibitor MAO (lineolizol)** Antybiotyk lineolizol jest odwracalnym nielekcyjnym inhibitorem MAO i nie należy go stosować u pacjentów leczonych escitalopramem. Jeśli takie leczenie skojarzone jest konieczne, należy je rozpocząć podając najmniejszą zalecaną dawkę, a pacjent powinien pozostać pod stałą kontrolą kliniczną. **Nieodwracalny selektywny inhibitor MAO-B (selegilina)** Podczas stosowania escitalopramu w skojarzeniu z selegiliną (nieodwracalnym inhibitorem MAO-B), należy zachować ostrożność ze względu na ryzyko zespołu serotoninowego. Stosowanie selegliny w dawkach do 10 mg na dobę w skojarzeniu z racemiczną mieszaniną cytalopramu było bezpieczne. **Wydłużenie odstępu QT** Nie przeprowadzono badań farmakokinetycznych i farmakodynamicznych escitalopramu w połączeniu z innymi lekami powodującymi wydłużenie odstępu QT. Nie można wykluczyć efektu addytywnego escitalopramu i tych leków. Z tego powodu przeciwwskazane jest jednocześnie stosowanie escitalopramu z lekami powodującymi wydłużenie odstępu QT, takimi jak: leki przeciwcierciwicienne klasy IA i III, leki przeciwpsychotyczne (np. pochodne fenotiazyn, pimozyd, haloperidol), tripiersienionowe leki przeciwdepresyjne, niektóre leki przeciwbakteryjne (np. sparfloksacyna, moksifloksacyna, erytromycyna IV, pentamidyna, leki przeciw malarii – szczególnie halofantyna) i niektóre leki przeciwhistaminowe (astemizol, mizolastyna). **Leczenie skojarzone wymagające zachowania środków ostrożności** **Leki o działaniu serotoninergicznym** Jednoczesne podawanie z lekami o działaniu serotoninergicznym (np. tramadol, sumatryptan oraz inne tryptany) może prowadzić do zespołu serotoninowego. **Leki obniżające próg drgawkowy** Leki z grupy SSRI mogą obniżać próg drgawkowy. Zaleca się zachowanie ostrożności podczas jednoczesnego stosowania z innymi lekami, które mogą obniżać próg drgawkowy (np. lekami przeciwdepresyjnymi (lekami tripiersienionowymi, lekami z grupy SSRI), lekami neuroleptycznymi (pochodnymi fenotiazyn, pochodnymi tioksantenu i pochodnymi butyrofenonu), melflochiną, bupropionem i tramadolem). **IV, tryptofan** Informowano o nasileniu działań w przypadkach stosowania leków z grupy SSRI w skojarzeniu z litem i tryptofanem. Z tego względu należy zachować ostrożność stosując jednocześnie leki z grupy SSRI oraz wymienione leki. **Ziele dziurawca** Jednoczesne stosowanie leków z grupy SSRI i produktów roślinnych zawierających ziele dziurawca (*Hypericum perforatum*) może prowadzić do zwiększenia częstości działań niepożądanych. **Krwotoki** Stosowanie escitalopramu jednocześnie z doustnymi lekami przeciwzakrzepowymi może wpływać na ich działanie. W czasie rozpozniaczenia leczenia escitalopramem lub jego odstawiania u pacjentów leczonych doustnymi lekami przeciwzakrzepowymi należy prowadzić dokładną kontrolę parametrów krzepnięcia krwi. Równoczesne stosowanie niesteroidowych leków przeciwalnych może zwiększać skłonność do krwawień. **Alkohol** Nie należy oczekiwać interakcji farmakodynamicznych lub farmakokinetycznych escitalopramu z alkoholem. Jednak, podobnie jak w przypadku innych leków o działaniu psychotropowym, spożywanie alkoholu podczas leczenia nie jest zalecane. **Produkty lecznicze powodujące hipokaliemię/hipomagneznię** Należy zachować ostrożność podczas jednoczesnego stosowania innych produktów powodujących hipokaliemię/hipomagneznię, ponieważ w takich przypadkach zwiększa się ryzyko wystąpienia złośliwych arytmii. **Interakcje farmakokinetyczne** **Wpływ innych leków na właściwości farmakokinetyczne escitalopramu** Metabolizm escitalopramu zachodzi głównie z udziałem izoenzymu CYP2C19. Izoenzym CYP3A4 i CYP2D6 mogą również brać udział w metabolizowaniu escitalopramu, choć w mniejszym stopniu. Wydaje się, że metabolizm głównego metabolitu S-DCT (demetylowanego escitalopramu) jest częściowo katalizowany przez CYP2D6. Podawanie escitalopramu jednocześnie z 30 mg omeprazolu raz na dobę (inhibitor CYP2C19) spowodowało umiarkowane (o około 50%) zwiększenie stężenia escitalopramu w osoczu. Podawanie escitalopramu w skojarzeniu z 400 mg cymetydyny dwa razy na dobę (umiarkowanie silny inhibitor enzymów) spowodowało umiarkowane (o około 70%) zwiększenie stężenia escitalopramu w osoczu. Należy zachować ostrożność podczas stosowania escitalopramu jednocześnie z cymetydyną. Może być konieczne dostosowanie dawkowania. Należy zatem zachować ostrożność podczas jednoczesnego stosowania z inhibitorami CYP2C19 (np. omeprazolem, ezomeprazolem, flukonazolem, fluwoksaminą, lanzoprazolem, tyklopidyną) lub cymetydyną. Konieczne może być zmniejszenie dawki escitalopramu na podstawie obserwacji działań niepożądanych podczas leczenia skojarzonego. **Wpływ escitalopramu na właściwości farmakokinetyczne innych leków** Escitalopram jest inhibitorem izoenzymu CYP2D6. Zaleca się zachowanie ostrożności podczas jednoczesnego stosowania escitalopramu z lekami, które są metabolizowane głównie z udziałem tego enzymu i mają niski indeks terapeutyczny, np. flekaidin, propafenon i metoprolol (stosowane w niewydolności serca) lub niektórymi lekami działającymi na OUN, metabolizowanymi głównie z udziałem CYP2D6, np. leki przeciwdepresyjne, takie jak dezypiramina, klomipramina i nortryptyna lub leki przeciwpsychotyczne, takie jak risperydol, tiordazyd i haloperidol. Może być konieczne dostosowanie dawkowania. Stosowanie w skojarzeniu z dezypiraminą lub metoproleolem spowodowało w obydwu przypadkach dwukrotne zwiększenie stężenia w osoczu tych dwóch substratów CYP2D6. Badania *in vitro* wykazały, że escitalopram może również wykazywać słabe działanie hamujące na izoenzym CYP2C19. Zaleca się zachowanie ostrożności podczas podawania w skojarzeniu leków metabolizowanych z udziałem CYP2C19. **Wpływ na płodność, ciążę i laktację** **Ciąża** Istnieją tylko ograniczone dane dotyczące stosowania escitalopramu w okresie ciąży. Badania na zwierzętach wykazały toksyczny wpływ leku na reprodukcję. Produktu Aciprex nie należy stosować w okresie ciąży, chyba że jest to bezwzględnie konieczne, a wówczas jedynie po dokładnym rozważeniu zagrożeń i korzyści. Noworodka należy obserwować, jeśli kobieta kontynuowała stosowanie produktu Aciprex w późniejszych okresach ciąży, zwłaszcza w trzecim tryestrze. W okresie ciąży należy unikać nagłego odstawienia produktu. Jeśli matka stosowała lek z grupy SSRI/SSNRI w późniejszych okresach ciąży, u noworodka wystąpić mogą następujące objawy: zaburzenia oddechowe, sinica, bezdech, napady drgawk, wahanie ciepłoty ciała, trudności w karmieniu, wymioty, hipoglikemia, wzmożone napięcie mięśniowe, zmniejszone napięcie mięśniowe, hiperrefleksja, drżenie, drżączka, drażliwość, letarg, ciągły płacz, trudności ze snem. Objawy te mogą być wynikiem działania serotoninergicznego lub objawami z odstawienia. W większości przypadków powikłania pojawiają się bezpośrednio lub wkrótce (<24h) po porodzie. Dane epidemiologiczne sugerują, że stosowanie leków z grupy SSRI w ciąży, szczególnie w późnym okresie ciąży, może zwiększać ryzyko przetrawowego nadciśnienia płucnego u noworodków (PPHN). Zaobserwowano ryzyko wynosi w przybliżeniu 5 przypadków na 1000 ciąży. W ogólnej populacji częstość występowania PPHN wynosi 1 do 2 przypadków na 1000 ciąży. **Karmienie piersią** Należy się spodziewać, że escitalopram przenika do mleka kobiecego. Z tego względu nie zaleca się karmienia piersią podczas stosowania produktu. **Płodność** Badania przeprowadzone na zwierzętach wykazały, że cytalopram może wpływać na jakość nasienia. Z opisów przypadków stosowania u ludzi niektórych leków z grupy SSRI wynika, że wpływ na jakość nasienia jest przemijający. Dotychczas nie zaobserwowano wpływu na płodność u ludzi. **Wpływ na zdolność prowadzenia pojazdów i obsługiwania maszyn** Wykazano, że escitalopram nie wpływa na sprawność intelektualną ani psychoruchową, ale wszelkie psychotyczne produkty lecznicze mogą zaburzać zdolność osądu lub sprawność. Pacjentów należy ostrzec przed możliwym ryzykiem wpływu produktu na zdolność prowadzenia samochodu i obsługiwania maszyn. **Działania niepożądane:** Działania niepożądane występują najczęściej w pierwszym lub drugim tygodniu leczenia, a ich nasilenie i częstość na ogół maleją wraz z kontynuacją leczenia. Znane reakcje niepożądane na leki z grupy SSRI, zgłaszane również w przypadku stosowania escitalopramu w kontrolowanych placebo badaniach klinicznych lub jako zdarzenia spontaniczne po wprowadzeniu produktu leczniczego do obrotu, przedstawiono poniżej według klasyfikacji układów i narządów oraz częstości występowania. Dane o częstości występowania pochodzą z badań klinicznych, nie skorygowano ich z uwzględnieniem stosowania placebo. Częstość występowania określano jako: bardzo często ($\geq 1/10$), często ($\geq 1/100$ do $\leq 1/1000$), niezbyt często ($\geq 1/1000$ do $\leq 1/10000$), bardzo rzadko ($\leq 1/10000$), często nieznaną (nie można jej oszacować na podstawie dostępnych danych).

Klasyfikacja układów i narządów MedDRA	Bardzo często	Często	Niezbyt często	Rzadko	Częstość nieznana
Zaburzenia krwi i układu chłonnego					Trombocytopenia
Zaburzenia układu immunologicznego				Reakcja anafalaktyczna	
Zaburzenia endokrynologiczne					Nieprawidłowe wydzielanie hormonu antydiuretycznego (wazopresyny)
Zaburzenia metabolizmu i odżywiania		Zmniejszenie łaknienia, zwiększenie łaknienia, zwiększenie masy ciała	Zmniejszenie masy ciała		Hiponatremia, jadłowstręt ¹
Zaburzenia psychiczne		Lęk, niepokój psychoruchowy, nieprawidłowe marzenia senne; zmniejszenie popędu płciowego; Kobiety: brak orgasmu	Bruksizm, pobudzenie, nerwowość, napady panicznego lęku, stany spięcia	Agresja, depersonalizacja	Mania, myśli samobójcze, zachowania samobójcze ²
Zaburzenia układu nerwowego	Ból głowy	Bezsennność, senność, zawroty głowy, parestezje, drżenie	Zaburzenia smaku, zaburzenia snu, omdlenie	Zespół serotoninowy	Dyskineza, zaburzenia ruchowe, drgawki, pobudzenie psychomotoryczne/ akatyzja ³
Zaburzenia oka			Rozszerzenie źrenic, zaburzenia widzenia		
Zaburzenia ucha i błędnika			Szumy uszne		
Zaburzenia serca			Tachykardia	Bradykardia	Wydłużenia odstępu QT, arytmia komorowa, w tym zaburzenia typu <i>torsade de pointes</i>
Zaburzenia naczyniowe					Niedociśnienie ortostatyczne
Zaburzenia układu oddechowego, klatki piersiowej i śródpiersia		Zapalenie zatok, ziewanie	Krwawienie z nosa		
Zaburzenia żołądka i jelit	Nudności	Biegunka, zaparcia, wymioty, suchość w jamie ustnej	Krwawienia z przewodu pokarmowego (w tym krwawienia z odbytu)		
Zaburzenia wątroby i dróg żółciowych					Zapalenie wątroby, nieprawidłowe wyniki prób czynnościowych wątroby
Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej		Zwiększone pocenie się	Pokrzywka, łysienie, wysypka, świąd		Siniaki, obrzęki naczynioruchowe
Zaburzenia mięśniowo-szkieletowe i tkanki łącznej		Bóle stawów, bóle mięśni			
Zaburzenia nerek i dróg moczowych					Zatrzymanie moczu
Zaburzenia układu rozrodczego i piersi		Mężczyźni: zaburzenia wytrysku, impotencja	Kobiety: krwotok maciczny, krwotok miesiaczkowy		Mlekoktok, Mężczyźni: priapizm
Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania		Zmęczenie, gorączka	Obrzęk		

¹¹ Informowano o takich działaniach niepożądanych po stosowaniu leków z grupy SSRI

²¹ Raportowano występowanie myśli oraz zachowań samobójczych podczas terapii escytalopramem lub krótko po odstawieniu leku.

Przedawkowanie: **Toksyczność:** Dane kliniczne na temat przedawkowania escytalopramu są ograniczone; często dotyczą jednoczesnego przedawkowania innych leków. W większości przypadków informowano o małym nasileniu objawów lub braku objawów. Rzadko informowano o zgonach w wyniku przedawkowania samego escytalopramu; w większości takich przypadków dochodziło do przedawkowania przyjętych jednocześnie leków. Przyjęte dawki od 400 do 800 mg samego escytalopramu nie powodowały ciężkich objawów. **Objawy:** W zgłaszanych przypadkach przedawkowania escytalopramu stwierdzano głównie objawy ze strony ośrodkowego układu nerwowego (od zawrotów głowy, drżenia i pobudzenia po rzadkie przypadki zespołu serotoninowego, drgawek i śpiączki), przewodu pokarmowego (nudności i (lub) wymioty), układu sercowo-naczyniowego (niedociśnienie tętnicze, częstoskurcz, wydłużenie odstępu QT i niemierność oraz zaburzenia gospodarki elektrolitowej i (lub) wodnej (hipokaliemia, hiponatremia)). **Postępowanie:** Nie ma swoistej odtrutki. Należy udrożnić drogi oddechowe i utrzymać ich drożność oraz zapewnić odpowiednią podaż tlenu i prawidłową czynność układu oddechowego. Należy rozważyć zastosowanie płukania żołądka oraz podanie węgla aktywowanego. Płukanie żołądka należy wykonać możliwie jak najszybciej po doustnym przyjęciu produktu. Zaleca się monitorowanie akcji serca i czynności życiowych oraz stosowanie ogólnego leczenia objawowego podtrzymującego czynności organizmu. Zaleca się monitorowanie EKG w przypadku przedawkowania escytalopramu przez pacjentów z wrodzoną bradyarytmią/niewydolnością serca, u pacjentów stosujących jednocześnie leki, które powodują wydłużenie odstępu QT oraz u pacjentów z zaburzeniami metabolizmu, np. zaburzeniami czynności wątroby. **Podmiot odpowiedzialny:** Biofarm Sp. z o.o., ul. Wałbrzyska 13, 60-198 Poznań, tel. +48 61 66 51 500. **Numer pozwolenia na dopuszczenie do obrotu** Aciprex, 10 mg: pozwolenie nr 16362 (wydane przez URPL, WM i PB). **Rp – Produkt leczniczy wydawany z przepisu lekarza.** **Opłatność 100%. Dostępne opakowania:** 10 mg- 28, 56 tabletek.

Asertin®

Sertralina 50 mg, 100 mg

Skrócona informacja o leku: ASERTIN®.

ASERTIN 50: Każda tabletką powlekana zawiera chlorowodorek sertraliny w ilości odpowiadającej 50 mg sertraliny. Tabletkę można podzielić na równe dawki. Substancja pomocnicza o znanym działaniu: laktoza jednowodna. **ASERTIN 100:** Każda tabletką powlekana zawiera chlorowodorek sertraliny w ilości odpowiadającej 100 mg sertraliny. Tabletkę można podzielić na równe dawki. Substancja pomocnicza o znanym działaniu: laktoza jednowodna. **Grupa farmakoterapeutyczna:** lek przeciwdepresyjny, selektywny inhibitor wychwytu zwrotnego serotonin (SSRI). **Kod ATC:** N06AB06. **Wskazania do stosowania:** Epizody dużej depresji. Zapobieganie nawrotom epizodów dużej depresji. Lęk napadowy z towarzyszącą (lub nie) agorafobią. Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (ZO-K) u dorosłych i pacjentów pediatrycznych w wieku 6 - 17 lat. Zespół lęku społecznego. Zespół lęku pourazowego, tzw. *post-traumatic stress disorder (PTSD)*. **Dawkowanie i sposób podawania:** **Dawkowanie początkowe:** *Depresja i ZO-K:* Dawka początkowa leku Asertin wynosi 50 mg na dobę. *Lęk napadowy, PTSD i zespół lęku społecznego:* Leczenie należy rozpocząć od dawki 25 mg/dobę. Po upływie jednego tygodnia dawkę należy zwiększyć do 50 mg raz na dobę. Wykazano, że ten schemat dawkowania powoduje zmniejszenie częstości objawów niepożądanych charakterystycznych dla początkowej fazy leczenia zaburzenia lękowego z napadami lęku. **Zwiększanie dawki:** *Depresja, ZO-K, lęk napadowy, zespół lęku społecznego i PTSD:* Gdy brak poprawy, dawkę początkową 50 mg leku można zwiększyć. Zmiany dawkowania należy wprowadzać w odstępach co najmniej jednego tygodnia, każdorazowo o 50 mg, aż do osiągnięcia dawki maksymalnej 200 mg na dobę. Ze względu na okres półtrwania eliminacji sertraliny, który wynosi 24 godziny, dawkowania nie należy zmieniać częściej niż raz na tydzień. Początek działania terapeutycznego może nastąpić w ciągu 7 dni. Aby osiągnąć trwały efekt terapeutyczny, zwłaszcza w leczeniu pacjentów z ZO-K, niezbędne jest jednak dłuższe leczenie. **Leczenie podtrzymujące:** Podczas długotrwałego leczenia dawkowanie leku należy utrzymywać na poziomie najniższej skutecznej dawki, modyfikując dawkowanie w zależności od odpowiedzi terapeutycznej. *Depresja:* W celu zapobiegania nawrotom epizodów dużej depresji może być wskazane leczenie długotrwałe. W większości przypadków dawka zalecana do zapobiegania nawrotom epizodów depresyjnych jest taka sama, jak dawka stosowana w leczeniu aktualnego epizodu. Pacjenci chorzy na depresję wymagają leczenia przez okres co najmniej 6 miesięcy, aby objawy ustąpiły. *Lęk napadowy i ZO-K:* Należy monitorować długotrwałe leczenie leku napadowego i ZO-K, ponieważ dla tych zaburzeń nie wykazano efektu zapobiegania nawrotom. **Dzieci i młodzież:** *Stosowanie u dzieci i młodzieży z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi:* Wiek 13-17 lat: dawka początkowa 50 mg raz na dobę. Wiek 6-12 lat: dawka początkowa 25 mg raz na dobę. Po upływie tygodnia dawkowanie można zwiększyć do 50 mg raz na dobę. Gdy brak pożądanej odpowiedzi na leczenie, dawkowanie można dalej zwiększać jednorazowo o 50 mg/dobę, w zależności od potrzeb. Maksymalna dawka wynosi 200 mg na dobę. Przy zwiększaniu dawki powyżej 50 mg należy wziąć pod uwagę zazwyczaj mniejszą masę ciała dzieci od masy ciała dorosłych. Nie należy zmieniać dawkowania częściej niż raz na tydzień. Nie wykazano skuteczności stosowania leku w przypadkach dużej depresji u dzieci. Brak danych dotyczących stosowania leku u dzieci poniżej 6 roku życia. **Stosowanie u pacjentów w podeszłym wieku:** Należy zachować ostrożność przy ustalaniu dawkowania u osób w podeszłym wieku ze względu na ryzyko wystąpienia hiponatremii. **Stosowanie u pacjentów z niewydolnością wątroby:** Stosowanie sertraliny u pacjentów z chorobami wątroby wymaga ostrożności. U pacjentów z upośledzeniem czynności wątroby należy stosować mniejsze dawki leku bądź wydłużyć okres pomiędzy kolejnymi dawkami. Sertralina nie należy stosować u pacjentów z ciężkim zaburzeniem czynności wątroby ze względu na brak danych klinicznych. **Stosowanie u pacjentów z niewydolnością nerek:** Nie ma konieczności zmian dawkowania u pacjentów z niewydolnością nerek. **Objawy odstawienia po przerwaniu leczenia sertralinal:** Terapii nie należy przerywać w sposób nagły. Przy odstawianiu leczenia sertralinal, dawkę należy stopniowo zmniejszać przez okres co najmniej jednego do dwóch tygodni, aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia objawów odstawienia. Jeśli po zmniejszeniu dawki bądź odstawieniu leku wystąpią objawy, których pacjent nie toleruje, należy zachować ostrożność i dokonać rozważnej oceny medycznej. **Inne leki serotoninergiczne, np. tryptofan, fenfluramina i agoniści 5-HT:** Równoczesne podawanie sertraliny z innymi lekami nasilającymi działanie neuroprzekaznictwa serotoninergicznego (np. tryptofanem, fenfluraminą czy lekami z grupy agonistów 5-HT) bądź lekami ziołowymi zawierającymi dziurawiec (*Hypericum perforatum*), wymaga ostrożności. W miarę możliwości należy unikać równoczesnego stosowania tych leków z sertralinal ze względu na możliwość interakcji farmakodynamicznych. **Wystąpienie hipomanii lub manii:** Objawy manii/hipomanii obserwowano u niewielkiego odsetka pacjentów leczonych dopuszczonymi do obrotu lekami przeciwdepresyjnymi i przeciwośrodkowymi, w tym sertralinal. Z tego względu należy zachować ostrożność stosując sertralinal w leczeniu pacjentów z manią/hipomanią w wywiadzie. Niezbędna jest ścisła obserwacja lekarska. Sertralinal należy odstawić, jeżeli pacjent wchodzi w fazę maniakałną. **Schizofrenia:** U pacjentów ze schizofrenią może wystąpić nasilenie objawów psychotycznych. **Napady padaczkowe:** U pacjentów leczonych sertralinal mogą wystąpić napady padaczkowe: stosowania sertraliny należy unikać u pacjentów z niestabilną padaczką; chorzy z padaczką kontrolowaną wymagają ścisłego monitorowania. Jeśli wystąpią drgawki, leczenie sertralinal należy odstawić. **Samobójstwa, myśli samobójcze lub pogorszenie objawów klinicznych:** Depresja wiąże się ze zwiększonym ryzykiem myśli samobójczych, tendencji do samookaleczenia oraz samobójstw (prób samobójczych). Ryzyko to utrzymuje się do czasu uzyskania pełnej remisji. Ponieważ poprawa może nie nastąpić w ciągu kilku pierwszych tygodni leczenia lub dłużej, pacjentów należy poddać ścisłej obserwacji do czasu wystąpienia poprawy. Z doświadczeń klinicznych wynika, że ryzyko samobójstwa może zwiększyć się we wczesnym etapie powrotu do zdrowia. Inne zaburzenia psychiczne, w których przepisywany jest Asertin, mogą być również związane ze zwiększonym ryzykiem

Bardzo często (≥1/10)	Często (od ≥1/100 do <1/10)	Niezbętnie często (od ≥1/1000 do <1/100)	Rzadko (od ≥1/10000 do <1/1000)	Bardzo rzadko (<1/10000)	Częstość nieznana (częstość nie może być określona na podstawie dostępnych danych)
Zakażenia i zarażenia pasożytnicze					
	Zapalenie gardła.	Zakażenia górnych dróg oddechowych. Nieżyt nosa.	Zapalenie uchyłków jelita. Zapalenie żołądka i jelit. Zapalenie ucha środkowego.		
Nowotwory łagodne, złośliwe i nieokreślone (w tym torbiele i polipy)					
			Nowotwory.		
Zaburzenia krwi i układu chłonnego					
			Powiększenie węzłów chłonnych.		Leukopenia. Małopłytkowość.
Zaburzenia układu immunologicznego					
					Reakcje anafilaktyczne. Reakcje alergiczne. Alergia.
Zaburzenia endokrynologiczne					
					Hiperprolaktynemia. Niedoczynność tarczycy i zespół nadmiernego wydzielania hormonu antydiuretycznego (ADH)
Zaburzenia metabolizmu i odżywiania					
	Jadłowstręt. Nasilone łaknienie*.		Hipercholesterolemia. Hipoglikemia.		Hiponatremia.
Zaburzenia psychiczne					
Bezsennosć (19%)	Depresja*. Depersonalizacja. Koszmary senne. Lęk*. Pobudzenie*. Nerwowość. Zmniejszenie libido*. Bruksizm.	Omamy*. Nastroje euforyczne*. Apatia. Zaburzenia myślenia.	Zaburzenia konwersyjne. Uzależnienie od leku. Zaburzenia psychiczne*. Agresja*. Paranoja. Wyobrażenia samobójcze. Lunatyzm. Przedwczesny wytrysk.		Koszmary senne (intensywne sny). Myśli lub zachowania samobójcze***.
Zaburzenia ze strony układu nerwowego					
Zawroty głowy (11%). Senna (13%). Bóle głowy (21%)*	Parestezie*. Drżenie. Hipertonía, Zaburzenia smaku Zaburzenia koncentracji.	Drgawki*. Mimowolne skurcze mięśni*. Zaburzenia koordynacji. Hiperkineza. Amnezja. Osłabienie czucia*. Zaburzenia mowy. Położeniowe zawroty głowy. Migrena*	Śpiączka*. Choreoatozja. Dyskineza. Przeczułica. Zaburzenia czucia.		Zaburzenia ruchowe (w tym zaburzenia pozapiramidowe, takie jak: hiperkineza, hipertonia, zgrzytanie zębami i zaburzenia chodu). Omdlenia. Objawy związane z zespołem serotoninowym, np.: pobudzenie, splątanie, obfite pocenie się, biegunka, gorączka, nadciśnienie tętnicze, sztywność, tachykardia. W niektórych przypadkach miało to związek z jednoczesnym stosowaniem leków serotoninergicznych. Akatazja i niepokój psychoruchowy (patrz punkt 4.4).

Zaburzenia oka					
	Zaburzenia widzenia.		Jaskra. Zaburzenia wydzielania łez. Ubytki pola widzenia. Podwójne widzenie. Światłowstręt. Krwawienie do komory przedniej oka. Rozszerzenie źrenic.		Zaburzenia widzenia, Makulopatia
Zaburzenia ucha i błędniaka					
	Szum uszny*.	Ból ucha.			
Zaburzenia serca					
	Kołatanie serca*.	Tachykardia.	Zawał mięśnia sercowego. Bradykardia. Zaburzenia sercowe.		
Zaburzenia naczyńiowe					
	Uderzenia gorąca*.	Nadciśnienie tętnicze*. Nagłe zacerwienie skóry.	Niedokrwienie obwodowe.		Nieprawidłowe krwawienia (np. z nosa, z przewodu pokarmowego lub obecność krwi w moczu).
Zaburzenia układu oddechowego, klatki piersiowej i śródpiersia					
	Ziewanie*.	Skurcz oskrzeli*. Duszność. Krwawienia z nosa.	Skurcz krtani. Hiperwentylacja. Niedotlenienie. Świst krtaniowy. Dysfonia. Czkawka.		
Zaburzenia żołądka i jelit					
Biegunka (18%). Nudności (24%). Suchość w ustach (14%).	Bóle brzucha*. Wymioty*. Zaparcia*. Niestrawność. Wzdęcia.	Zapalenie przełyku. Dysfagia. Guzy krwawnicowe. Nadmiernie wydzielanie śliny. Zaburzenia języka. Odbijanie ze zwracaniem treści żołądkowej.	Smółkowate stolce. Obecność świeżej krwi w kale. Zapalenie błony śluzowej jamy ustnej. Owrzodzenie języka. Zaburzenia zębów. Zapalenie języka. Owrzodzenie ust.		Zapalenie trzustki.
Zaburzenia wątroby i dróg żółciowych					
			Zaburzenia czynności wątroby.		Ciężkie choroby wątroby (w tym zapalenie wątroby, żółtaczką i niewydolność wątroby) oraz bezobjawowe podwyższenie aktywności transaminaz (SGOT i SGPT).
Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej					
	Wysypka*. Nadmierna potliwość.	Obrzęk około-oczodołowy*. Plamica*. Łysienie*. Zimne poty. Sucha skóra. Pokrzywka*.	Zapalenie skóry. Zapalenie pęcherzowe skóry. Wysypka grudkowa. Nieprawidłowa struktura włosów. Nieprawidłowy zapach skóry.		Rzadkie zgłoszenia ciężkich przypadków działań niepożądanych ze strony skóry (CDNS): np. zespół Stevensa-Johnsona oraz martwica naskórka. Obrzęk naczyńioruchowy. Obrzęk twarzy. Wrażliwość na światło. Reakcje skórne. Świąd.
Zaburzenia mięśniowo-szkieletowe i tkanki łącznej					
	Bóle mięśniowe.	Choroba zwyrodnieniowa stawów. Osłabienie mięśni. Bóle pleców. Tętki mięśniowe.	Zaburzenia kości.		Bóle stawów. Skurcze mięśni.
Zaburzenia nerek i dróg moczowych					
		Nocne oddawanie moczu. Zatrzymanie moczu*. Wielomocz. Częstomocz. Zaburzenia związane z oddawaniem moczu.	Skąpomocz. Nietrzymanie moczu*. Opóźnienie w oddawaniu moczu.		
Zaburzenia układu rozrodczego i piersi**					
Zaburzenia wytrysku (14%).	Zaburzenia czynności seksualnych. Zaburzenia wzdrodu.	Krwawienia z pochwy. Zaburzenia czynności seksualnych u kobiet.	Krwotok miesiączkowy. Zanikowe zapalenie sromu i pochwy. Zapalenie żołędzi i napletka. Upławy. Bolesny wzdród prącia*. Mlekotok*.		Ginekomastia. Nieregularne miesiączkowanie.
Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania					
Zmęczenie (10%)*	Ból w klatce piersiowej*.	Złe samopoczucie*. Dreszcze. Gorączka*. Astenia*. Pragnienie.	Przepuklina. Zwiększenie w miejscu wstrzyknięcia. Zmniejszenie tolerancji lekowej. Zaburzenia chodu. Zdarzenie niemożliwe do oceny.		Obrzęk obwodowy.
Badania diagnostyczne					
		Spadek masy ciała*. Wzrost masy ciała*.	Zwiększenie aktywności amino-transferazy alaninowej*. Zwiększenie aktywności amino-transferazy asparaginowej*. Nieprawidłowości związane z nasieniem.		Nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych. Zaburzenia czynności płytek krwi. Zwiększone stężenie cholesterolu w surowicy.
Urazy, zatrucia i powikłania po zabiegach					
			Urazy.		
Procedury medyczne i chirurgiczne					
			Zabieg rozszerzenia naczyń.		

W przypadku wystąpienia działań niepożądanych w przebiegu depresji, ZO-K, zespołu lęku panicznego, PTSD i zespołu lęku społecznego, pojęcie dotyczące układów organizmu wymaga ponownej klasyfikacji według pojęć dotyczących układów organizmu obowiązujących w badaniach nad depresją.

† Zgłoszona jeden przypadek nowotworu złośliwego u pacjenta otrzymującego sertralinę. W grupie otrzymującej placebo nie odnotowano takich przypadków.

* te działania niepożądane wystąpiły również w okresie po wprowadzeniu leku do obrotu.

** w mianowniku podano łączną liczbę pacjentów w danej grupie wyodrębnionej według płci sertralina (1118 mężczyzn, 1424 kobiet), placebo (926 mężczyzn, 1219 kobiet).

*** W przypadku ZO-K – wyłącznie badania krótkoterminowe, obejmujące od 1 do 12 tygodni.

**** Opisywano również przypadki wyobrażeń i zachowań samobójczych w trakcie leczenia sertraliny oraz we wczesnym okresie po odstawieniu leku (patrz punkt 4.4).

Objawy odstawienia występujące po zaprzestaniu leczenia sertralina: Odstawienie sertraliny (zwłaszcza nagle) często wywołuje objawy odstawienia. Najczęściej zgłaszano: zawroty głowy, zaburzenia czucia, (w tym parestezje), zaburzenia snu (w tym bezsenność i intensywne sny), pobudzenie lub lęk, nudności i/lub wymioty, drżenie mięśni oraz bóle głowy. Zazwyczaj wymienione objawy mają nasilenie łagodne do umiarkowanego i ustępują samoistnie, jednak u niektórych pacjentów mogą mieć charakter ciężki i(lub) długotrwały. W związku z tym, jeżeli leczenie sertralina nie jest już niezbędne, zaleca się stopniowe odstawianie leku poprzez zmniejszanie dawek. **Działanie związane z grupą leków:** Badania epidemiologiczne przeprowadzone głównie u pacjentów w wieku 50 lat i starszych wskazują na zwiększone ryzyko złamań kości u pacjentów przyjmujących selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI) lub tróiprścieniowe leki przeciwdepresyjne (TLPD). Mechanizm powstawania tego ryzyka nie jest znany. **Pacjenci w podeszłym wieku:** Stosowanie leków z grup SSRI lub SNRI, w tym sertraliny, wiązało się z przypadkami klinicznie istotnej hiponatremii u osób w podeszłym wieku. Osoby takie mogą być bardziej narażone na to zdarzenie niepożądane. **Dzieci i młodzież:** U ponad 600 pacjentów pediatrycznych leczonych sertralina ogólny profil reakcji niepożądanych był zbliżony do obserwowanego w badaniach z udziałem osób dorosłych. W badaniach kontrolowanych (n=281 pacjentów leczonych sertralina) odnotowano następujące działania niepożądane: *Bardzo często* ($\geq 1/10$): Bóle głowy (22%), bezsenność (21%), biegunka (11%) i nudności (15%). *Często* ($\geq 1/100$ do $< 1/10$): Bóle w klatce piersiowej, mania, gorączka, wymioty, jadłowstręt, labilność emocjonalna, agresja, pobudzenie, nerwowość, zaburzenia uwagi, zawroty głowy, hiperkineza, migrena, senność, drżenia, zaburzenia widzenia, suchość w jamie ustnej, niestrawność, koszmary sennie, zmęczenie, nietrzymanie moczu, wysypka, trądzik, krwawienie z nosa, wzdęcia. *Niezbýt często* ($\geq 1/1000$ do $< 1/100$): Wydłużenie odcinka QT w EKG, próby samobójcze, drgawki, zaburzenia pozapiramidalne, parestezje, depresja, omamy, plamica, hiperwentylacja, niedokrwistość, zaburzenia czynności wątroby, podwyższony poziom aminotransferazy alaninowej, zapalenie pęcherza, opryszczka, zapalenie ucha zewnętrznego, bóle uszu, bóle oczu, rozszerzenie źrenicy, złe samopoczucie, krwimocz, wysypka krostkowa, nieżyt nosa, urazy, spadek masy ciała, skurcze mięśni, nieprawidłowe sny, apatia, białkomocz, częstomocz, wielomocz, bóle piersi, zaburzenia miesiączkowania, łysienie, zapalenie skóry, zaburzenia skórne, nieprawidłowy zapach skóry, pokrzywka, brukiśm, uderzenia gorąca. Zgłaszane podejrzanym działań niepożądanych. Po dopuszczeniu produktu leczniczego do obrotu istotne jest zgłaszanie podejrzanym działań niepożądanych. Umożliwia to nieprzerwane monitorowanie stosunku korzyści do ryzyka stosowania produktu leczniczego. Osoby należące do fachowego personelu medycznego powinny zgłaszać wszelkie podejrzanym działania niepożądane za pośrednictwem Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Al. Jerozolimskie 181C, 02-222 Warszawa, tel.: +48 22 49 21 301, faks: +48 22 49 21 309, e-mail: ndl@urpl.gov.pl Działania niepożądane można zgłaszać również podmiotowi odpowiedzialnemu. **Przedawkowanie:** Toksyczność: Dostępne dane wskazują, że sertralina wykazuje szeroki margines bezpieczeństwa po przedawkowaniu. Istnieją doniesienia o przyjęciu do 13,5 g samej sertraliny. Przypadki śmiertelne związane z przedawkowaniem sertraliny występowały głównie wtedy, gdy równocześnie przyjmowano inne leki i (lub) alkohol. W razie przedawkowania zaleca się więc zastosowanie intensywnego leczenia. **Objawy przedawkowania:** Do objawów przedawkowania należą: działania niepożądane zależne od serotoniny, np. senność, zaburzenia trawienne (nudności, wymioty), częstoskurcz, drżenie mięśni, pobudzenie i zawroty głowy. Rzadziej występowała śpiączka. **Leczenie:** Nie ma swoistego antidotum dla sertraliny. Zaleca się następujący sposób postępowania: zapewnienie drożności dróg oddechowych i odpowiedniej wentylacji oraz tlenoterapia. Podanie w razie potrzeby węgla aktywowanego w połączeniu z roztworem sorbitolu lub innego środka przeczyszczającego, może być równie skuteczne – bądź skuteczniejsze – niż płukanie żołądka. Nie zaleca się prowokowania wymiotów. Zaleca się ogólne monitorowanie czynności układu sercowo naczyniowego oraz zastosowanie ogólnego leczenia podtrzymującego czynności życiowe. Ze względu na dużą objętość dystrybucji sertraliny, skuteczność wymuszonej diurezy, dializy, hemoperfuzy i przetoczenia jest wątpliwa. **Podmiot odpowiedzialny:** Biofarm Sp. z o.o., ul. Wałbrzyska 13, 60-198 Poznań, tel. +48 61 66 51 500. ASERTIN 50, 50 mg, tabletki powlekane - pozwolenie nr 11128, ASERTIN 100, 100 mg, tabletki powlekane - pozwolenie nr 11129. **Rp** – produkt leczniczy wydawany z przepisu lekarza. **Dostępne opakowania:** 30 tabletek powlekanych (ASERTIN 50), 30 tabletek powlekanych (ASERTIN 100). **Odpłatność:** Zgodnie z Wykazem refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych obowiązującym od 01.05.2022 ceny detaliczne i dopłaty dla pacjenta wynoszą: 50 mg x 30; cena detaliczna: 13,47 zł, dopłata dla pacjenta: 4,35 zł 100 mg x 30; cena detaliczna: 27,96 zł, dopłata dla pacjenta: 9,72 zł. Asertin 50 mg i Asertin 100 mg znajdują się na liście: Lek, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne przysługujące świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 43a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 z późn. zm.) obowiązującej od 01.05.2022.

1.CHPL Aciprex.
2.CHPL Asertin.
44/CNS_Ac, As_P/05.22

Aciprex

Escitalopramum 10 mg



10 mg x 28 tabl.

10 mg x 56 tabl.



Wskazania:

1. Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne¹
2. Duże epizody depresji¹
3. Lęk napadowy¹
4. Fobia społeczna¹

Asertin

Sertralinum 50 mg, 100 mg



50 mg x 30 tabl.

100 mg x 30 tabl.

Wskazania:

1. Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (ZO-K) u dorosłych i pacjentów pediatrycznych w wieku 6-17 lat²
2. Zespół lęku pourazowego, tzw. post-traumatic stress disorder (PTSD)²
3. Epizody dużej depresji. Zapobieganie nawrotom epizodów dużej depresji²
4. Zespół lęku społecznego²
5. Lęk napadowy z towarzyszącą (lub nie) agorafobią²