

Jan W. Pęksa<sup>1,2</sup>, Katarzyna Dembe<sup>3</sup>

## LECZENIE UZALEŻNIENIA OD LEKÓW NASENNYCH I USPOKAJAJĄCYCH W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ — WSPÓLPRACA LEKARZA I PSYCHOLOGA

### TREATMENT OF ADDICTION TO HYPNOTICS AND SEDATIVES IN PRIMARY HEALTH CARE — COOPERATION OF PHYSICIANS AND PSYCHOLOGISTS

<sup>1</sup>Poradnia Lekarza Rodzinnego „COR VITA” w Krakowie

<sup>2</sup>Oddział Kliniczny Kardiologii i Elektrokardiologii Interwencyjnej oraz Nadciśnienia Tętniczego  
Szpital Uniwersytecki w Krakowie

<sup>3</sup>Oddział Kliniczny Urologii i Urologii Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki w Krakowie

**sedatives  
primary healthcare  
psychotherapy**

#### Streszczenie

*Uzależnienie od chemicznych środków psychoaktywnych to stan psychologicznej albo psychicznej i fizycznej zależności od takich substancji przejawiający się okresową lub stałą koniecznością ich przyjmowania. Z problemem uzależnienia spotyka się w swojej pracy zawodowej większość praktykujących lekarzy, psychologów oraz psychoterapeutów. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, do którego pacjent ma zazwyczaj najłatwiejszy dostęp i nierzadko największe zaufanie, powinien koordynować proces wychodzenia z uzależnienia. Jeśli to wskazane, powinien pokierować pacjenta do psychologa lub psychiatry. W leczeniu uzależnienia od leków podkreśla się w pierwszej kolejności duże znaczenie psychoedukacji dotyczącej działania zażywanych substancji i ich działań niepożądanych. Wartościową metodą wykorzystywaną w leczeniu tego nałogu oraz mogącą służyć podtrzymaniu motywacji do kontynuowania abstynencji jest terapia poznawczo-behawioralna. Ma ona za zadanie poprawić jakość życia pacjenta dzięki modyfikacji jego zachowań i sposobu myślenia. Kluczowa jest właściwa relacja pacjent–psychoterapeuta. W leczeniu farmakologicznym należy stopniowo zmniejszać dawki przyjmowanych leków i zamienić benzodiazepiny o krótkim czasie półtrwania na inne, ale o długim czasie półtrwania, a także leczyć przyczynowo inne niż uzależnienie zaburzenia psychiczne.*

#### Summary

Addiction to chemical psychoactive substances is a state of psychological or both mental and physical dependence on such substances. Addiction manifests itself as a temporary or permanent necessity to receive these substances. Most practicing physicians, psychologists, and psychotherapists face this problem in their everyday work. The primary care physician, to whom the patient usually has the easiest access and often the most trust, should coordinate the recovery process from addiction. If appropriate, the primary care physician should refer the patient to a psychologist or psychiatrist.

In psychological support, the first place is psychoeducation about the effects of the substances taken and their adverse effects. A valuable method in the treatment of this addiction, which can be used to maintain the motivation to continue abstinence, is cognitive-behavioral therapy. Such therapy is designed to improve the patient's quality of life by modifying his/her behavior and thinking. A proper patient-psychotherapist relationship is crucial. In drug therapy, the dose of medications should be gradually reduced and benzodiazepines with a short half-life should be replaced with others, having long half-lives. It is also important to treat causally other mental disorders.

## Wprowadzenie

Według słownikowej definicji uzależnienie od chemicznych środków psychoaktywnych jest stanem psychologicznej albo psychicznej i fizycznej zależności od tych substancji przejawiającym się okresowym lub stałym przymusem ich przyjmowania. Stosowanie takie ma powodować, że osoba uzależniona doświadczy efektów działania danego środka, które uznaje za korzystne (np. działanie euforyzujące lub uspokajające) albo uniknie nieprzyjemnych objawów zespołu odstawiennego [1]. Uzależnienie od leków nasennych i uspokajających jest częstym problemem, z którym spotyka się w swojej pracy większość praktykujących lekarzy, psychologów oraz psychoterapeutów. Według statystyk ze Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej (USA) w 2008 r. przepisano ok. 75 milionów recept na bardzo powszechnie stosowane leki uspokajające — benzodiazepiny (BDA). Częstość ich przyjmowania wynosiła 4–5% dla populacji ogólnej [2–4]. W Europie problem uzależnienia od leków nasennych i uspokajających jest równie duży, fakt ten jest szeroko podkreślany w literaturze [5–9].

Uzależnienie występuje nie tylko w przypadku BDA, ale też w przypadku leków nasennych niebenzodiazepinowych (tzw. leków „Z”, od początkowej litery ich nazw: zolpidem, zopiklon, zaleplon). Wprowadzone na rynek farmaceutyczny pod koniec lat 80. XX wieku (ok. 30 lat później po BDA) miały cechować się brakiem potencjału powodującego ich nałogowe przyjmowanie (selektywne łączenie się z jedną podjednostką receptora  $GABA_A$  —  $\omega 1$ , związaną z działaniem nasennym). Z czasem okazało się, że leki „Z” mają potencjał euforyzujący i część chorych przyjmuje je przy bardzo rozwiniętej tolerancji [9–12] również w ciągu dnia.

Problem uzależnienia od leków nasennych i uspokajających jest często złożoną kwestią wymagającą rozwiązania w sposób interdyscyplinarny. W procesie tym powinien uczestniczyć lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), z którym pacjent ma styczność najczęściej i do którego niejednokrotnie ma największe zaufanie. Często konieczne jest wsparcie psychologa, psychoterapeuty lub psychiatry [13–15]. W pracy podjęto próbę opisanego właściwego modelu postępowania z pacjentem uzależnionym od leków nasennych i uspokajających, skupiając się na roli lekarza POZ oraz psychologa.

## Epidemiologia uzależnienia od leków nasennych i uspokajających

W USA w 2008 r. częstość stosowania BDA w populacji ogólnej wynosiła 4–5% i wzrastała z wiekiem. Kobiety dwa razy częściej korzystały z tych substancji niż mężczyźni. Pacjenci, którym przepisywano opioidy, znacznie częściej stosowali BDA niż osoby nie

zażywające tych leków. Warto podkreślić, że według badań 2,3%–12,7% mieszkańców USA w ciągu swojego życia stosowało środki uspokajające lub nasenne bez wskazań medycznych. Prawie 10% osób z tej grupy spełniało kryteria nadużycia lub uzależnienia [2–4, 16–17]. W przekrojowym badaniu populacji ogólnej Kanady przeprowadzonym w 2003 r., stwierdzono bardzo podobną częstość stosowania leków uspokajających do tej w USA. W grupie 20 745 osób, które wzięły udział w badaniu, odsetek stosujących leki uspokajające wynosił 5,5%. Podkreślono, że częstość ich stosowania podwoiła się w porównaniu z rokiem 1994. Czynniki dwukrotnie zwiększającymi ryzyko stosowania omawianych leków była otyłość co najmniej II stopnia u mężczyzn ( $BMI \geq 35 \text{ kg/m}^2$ ) lub znaczna niedowaga u kobiet ( $BMI < 18.5 \text{ kg/m}^2$ ) [18, 19]. Przytoczone dane pokazują wagę problemu uzależnienia od leków uspokajających w wysoko rozwiniętych krajach Ameryki Północnej.

Przechodząc do danych europejskich, można przytoczyć niemieckie badanie z lat 2010–2014, w którym przeanalizowano dane 32 182 pacjentów powyżej 65. r.ż. Stwierdzono, że po pierwszym włączeniu BDA, odsetek osób nimi leczonych przez ponad 6 miesięcy był wysoki i wzrastał z wiekiem (dla osób w wieku 65–70 lat wynosił 12,3%; dla 71–80 lat: 15,5%; dla 81–90 lat: 23,7%; a dla ludzi starszych niż 90 lat: 31,6%) oraz nie różnił się istotnie w przypadku mężczyzn (15,5%) i kobiet (17,1%). Duża część pacjentów wymagała długotrwałego stosowania BDA ze względów medycznych. Należy pamiętać, że ich nadmierne przyjmowanie wywołuje wiele działań niepożądanych, szczególnie nasilonych wśród seniorów (zwiększone ryzyko upadków, upośledzenie funkcji poznawczych, dezorientacja) [20, 21]. Według danych z przeglądu systematycznego badań przeprowadzonych w Niemczech szacuje się, że liczba osób uzależnionych od BDA wynosi w tym kraju od 128 000 do 1 600 000. Autorzy pracy z 2015 roku [6] podkreślili, że w większości badań szacujących uzależnienie od leków uspokajających nie uwzględnia się substancji przepisywanych w prywatnych gabinetach lekarskich (nie są rejestrowane w państwowych systemach ubezpieczeniowych), a z drugiej strony do części badań nie włącza się osób uzależnionych w podeszłym wieku.

W Polsce dane dotyczące stosowania BDA nie są tak aktualne, jak w USA czy w Niemczech. Znany jest fakt, że w Polsce już w latach 60.–70. XX wieku częstość stosowania BDA znacznie wzrosła, np. dla oksazepamu zaobserwowano 10-krotny, a dla diazepamu 5-krotny wzrost stosowania w ciągu tych 10 lat. W badaniu przeprowadzonym w 1984 roku na losowej próbie mieszkańców Polski w wieku od 15. roku życia stwierdzono, że 5,5% badanych przyjmowało leki uspokajające w ciągu poprzedzających 12 miesięcy [22–24]. W polskim piśmiennictwie z ostatnich lat prezentowane są informacje, że problem uzależnienia od BDA jest podobny jak w innych krajach Europy i wśród osób ponad 65-letnich częstość stosowania tych leków waha się na poziomie od kilkunastu do dwudziestu kilku procent [22, 25–27]. Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia z lat 2009–2011, przedawkowanie leków z grupy BDA było trzecią najczęstszą przyczyną przyjęć do szpitali z powodu zatrucia (10 340 przyjęć przy całkowitej liczbie 254 425 wszystkich przyjęć, które były spowodowane zatruciami). Tylko alkohol i tlenek węgla częściej prowadziły do hospitalizacji z powodu intoksykacji [28].

### Zasady rozpoznawania uzależnień od leków uspokajających

W szczególowej definicji uzależnienia pojawia się sformułowanie, że jest to stan nabyty, odnoszący się do zdrowia fizycznego i psychicznego. Cechuje się okresową lub stałą potrzebą wykonywania danej czynności i / lub zażywania substancji psychoaktywnej. Uzależnienie lekowe jest złożoną chorobą ośrodkowego układu nerwowego, która wiąże się z koniecznością ciągłego zdobywania i zażywania substancji w celu doświadczenia jej wpływu na psychikę, a z czasem dla uniknięcia braku danej substancji (zespół odstawieniny — *withdrawal syndrome*). W klasyfikacji ICD-10 zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane przyjmowaniem substancji nasennych i uspokajających mają kod F13.2 [1, 29–31]. Mechanizm uzależnienia od leków jest związany z pojawieniem się tolerancji na daną substancję i tendencją do ciągłego zwiększania dawki. Proces ten ma wpływ zarówno na osobowość chorego, jak i jego otoczenie [22].

Warte podkreślenia są kryteria uzależnienia od leków:

- zażywanie danej substancji szybko staje się nawykowe,
- zażywanie tej substancji jest regularne,
- nałóg jest główną przyczyną problemów zdrowotnych, finansowych, zawodowych,
- przyjmowanie substancji przybiera formę kompulsywną,
- niemożliwe staje się samodzielne odstawienie danego środka,
- pojawia się wewnętrzny przymus zażywania substancji,
- po odstawieniu danego środka pojawiają się objawy zespołu odstawieniowego (absyntyncyjnego) [29, 31].

Aktualna wiedza na temat tendencji do uzależnienia od BDA dostarcza wielu informacji na temat ryzyka wystąpienia nałogu. Najczęściej wymieniane czynniki związane z nim to: nadużywanie alkoholu, płeć (najbardziej narażone są kobiety po 40. r.ż.), samotność, brak wsparcia społecznego, współwystępowanie zaburzeń nerwicowych, lękowych, depresyjnych oraz zaburzeń snu. Szczególnym ryzykiem spośród wymienionej grupy obarczone są osoby nadużywające alkoholu. Zażywanie BDA może u nich łatwo wymknąć się spod kontroli i spowodować następne uzależnienie [31, 32].

Przewlekłe zażywanie BDA skutkuje też zaburzeniami pamięci świeżej, amnezją, konfabulacjami, lukami pamięciowymi, a nawet zespołem otępiennym. Przykładowe wzorce zachowania sugerujące, że dana osoba jest uzależniona:

- sugerowanie lekarzowi, że tylko „ten lek” jest skuteczny,
- wymuszanie przepisywania przez lekarza danego leku,
- proszenie lub nawet błaganie o ten konkretny lek,
- zgłaszanie objawów, które w rzeczywistości nie występują,
- wyolbrzymianie objawów,
- częste gubienie recept,
- skłonność do odwiedzania kilku lekarzy w celu otrzymania recepty na konkretny lek,

- fałszowanie recept,
- kradzież leków.

Uzależnienie od leków ma podobny przebieg do uzależnienia od alkoholu i cechuje się podobnymi objawami. Zażywanie BDA w przypadku zaburzeń snu może wiązać się uzależnieniem już nawet po kilku dniach lub tygodniach. Osoby borykające się z bezsennością mają skłonność do zwiększania dawek leku i zdarza się, że przyjmują czasem więcej niż jeden farmaceutyk. W przypadku stosowania BDA u osób z zaburzeniami lękowymi tolerancja rozwija się zazwyczaj wolniej [31–33].

W literaturze związanej z tematyką uzależnień podano wzorce, które odpowiadają za zachowanie osób uzależnionych, mających silną potrzebę konieczności dostępu do leków. Jest to w pierwszej kolejności eskalacja używania, która wiąże się ze stopniowym zwiększaniem dawki leków, gdy aktualna nie zwalcza odczuwanych objawów. Często odbywa się to bez porozumienia z lekarzem. W tym miejscu należy wspomnieć, iż zdarza się, że przyczyną tego zachowania jest początkowe przepisanie przez lekarza zbyt małej (subterapeutycznej) dawki leku w porozumieniu z pacjentem, z uwagi na strach przed uzależnieniem [32, 33].

Innym wzorcem wskazującym na uzależnienie jest poszukiwanie leków. Oznacza to, że pacjent stosuje manipulacje i wykazuje postawę roszczeniową w celu uzyskania potrzebnych substancji. Chory wręcz może narzucać lekarzowi, aby ten przepisał konkretny lek i w tym celu podaje objawy, które nie występują, bądź wyolbrzymia istniejące symptomy. Ponadto chorzy w celu zaspokojenia swoich potrzeb korzystają z wizyt u różnych lekarzy, aby zdobyć leki (zjawisko *doctor-shopping*). Chorzy uzależnieni stosują również metodę błagania lekarza, jeśli napotykają opór. Warte podkreślenia jest, że osoby nałogowo przyjmujące leki mogą stosować różne metody, aby wpłynąć na postawę lekarza w korzystny dla siebie sposób. Ważne jest, aby wychwycić, kiedy pacjent koniecznie powinien zażywać lek, a kiedy jest po prostu od niego uzależniony [33, 34].

Kolejnym charakterystycznym mechanizmem występującym u osób uzależnionych jest system iluzji i zaprzeczania. Polega on na wytwarzaniu różnorodnych złudzeń na swój temat i prowadzi do utraty samoświadomości w wielu aspektach życia (zmiany w sferze poznawczej). Na początku mechanizm iluzji i zaprzeczania jest zazwyczaj słaby i pacjent dostrzega swoje problemy w sposób realistyczny. Z czasem dochodzi jednak do zupełnego wyparcia problemu zależności od szkodliwej substancji, a osoba nadużywająca leków uspokajających i/lub alkoholu może zupełnie nie widzieć powiązania tego faktu ze znacznym pogorszeniem się stanu zdrowia i codziennego funkcjonowania. Warto też zwrócić uwagę na mechanizm nałogowego regulowania emocji. Osoba przyjmuje nadmierne ilości działających sedująco leków uspokajających i aby uniknąć uczuć negatywnych, w tym lęku, ogranicza w ten sposób doświadczanie przeżyć pozytywnych. Z biegiem czasu nastrój jest sztucznie regulowany przez przyjmowane używki, a człowiek traci zdolność do przeżywania uczuć i izoluje się od otaczającego świata [35, 36].

Ważnym elementem funkcjonowania osób uzależnionych od leków uspokajających i nasennych jest zespół odstawienny. Jego występowanie i objawy zależą od siły działania nasennego i uspokajającego danej substancji. Ponadto nie bez znaczenia pozostaje fakt regularności przyjmowania dawek oraz długości trwania farmakoterapii.

Głównymi objawami zespołu abstynencyjnego występującego w sytuacji przerwania zażywania leku są: niepokój, lęk, apatia, nadmierna męczliwość, zaburzenia pamięci i koncentracji, nudności, wymioty, pocenie się, łzawienie oczu, nadwrażliwość na hałas, zapachy, podwójne widzenie, drżenia i bolesne skurcze mięśni. Ponadto w spektrum objawów zespołu abstynencyjnego znajdują się zaburzenia świadomości, pobudzenie psychoruchowe, depersonalizacja, urojenia i omamy [22, 34].

Czynnikami negatywnie wpływającymi na przebieg odstawienia leków uspokajających są ciężkie zespoły abstynencyjne współwystępujące z drgawkami, zażywanie bardzo dużych dawek leków w ostatnim czasie, podeszły wiek, choroby somatyczne, inne zaburzenia psychiczne, okres stosowania substancji dłużej niż przez rok. W przypadku rozpoczęcia procesu odstawienia leków oraz po odejściu od nich wartościowe jest wsparcie psychologiczne [33, 34, 37].

### **Postępowanie lekarskie w podstawowej opiece zdrowotnej**

Postępowanie lekarza POZ w sferze farmakoterapii w przypadku uzależnienia od leków nasennych i uspokajających polega m.in. na zaplanowaniu stopniowego zmniejszenia stosowanych dawek substancji, aby móc je następnie całkowicie odstawić. Do roli lekarza POZ należy z pewnością koordynacja procesu leczenia prowadzonego razem z psychologiem i/lub psychiatrą. Pacjenci, którzy powinni zostać skierowani do leczenia specjalistycznego, to osoby przyjmujące wysokie dawki BDA lub leków „Z”, wykazujące wiele nieprawidłowych zachowań związanych z leczeniem (zwłaszcza zgłaszanie się po te same leki do wielu lekarzy) lub osoby w niestabilnej sytuacji życiowej albo mające już rozpoznane inne zaburzenia psychiczne. Pacjenci uzależnieni nie tylko od omawianych leków, ale także od alkoholu lub narkotyków, również wymagają skierowania do specjalistów, którzy dalej poprowadzą ich leczenie [3, 38–41].

Przepisując BDA lub leki „Z” w POZ osobie, która ich wcześniej nie przyjmowała, trzeba mieć na uwadze, że ryzyko uzależnienia jest większe u pacjentów z już rozpoznanymi zaburzeniami psychicznymi. Powinni być oni poinformowani o ryzyku uzależnienia i uprzedzeni przed samodzielnym zwiększaniem dawek [38–41]. Wybrane zasady postępowania w przypadku chorych uzależnionych od BDA i leków „Z” przedstawiono w tabeli.

Tabela 1. Postępowanie lekarskie z pacjentem uzależnionym od leków nasennych i uspokajających w podstawowej opiece zdrowotnej

Grupa leków	Przykłady substancji	Zasady postępowania lekarskiego
Benzodiazepiny	krótki lub pośredni $t_{1/2}$ : alprazolam bromazepam lorazepam oksazepam temazepam długi $t_{1/2}$ : chlordiazepoksyd diazepam klorazepat klonazepam medazepam nitrazepam	<ul style="list-style-type: none"> <li>— udzielanie krótkich porad odnośnie do stosowania BDA i działań niepożądanych przez nie wywoływanych,</li> <li>— stopniowe zmniejszanie dawki przyjmowanego leku (w zależności od ryzyka uzależnienia: zmniejszanie dawki BDA o 50% wyjściowej w każdym kolejnym tygodniu, czas odstawienia: 4–6 tyg. lub zmniejszanie o 10–25% co 2 tyg., czas odstawienia: 4–8 tyg.), unikanie przedłużania procesu odstawiania leku, np. &gt; 6 miesięcy,</li> <li>— unikanie nagłego odstawiania przyjmowanych przez długi czas BDA (ryzyko wystąpienia drgawek, delirium, epizodu psychiatrycznego, nasilonych stanów lękowych),</li> <li>— zamiana BDA o krótkim <math>t_{1/2}</math> na BDA o długim <math>t_{1/2}</math>,</li> <li>— zamiana kilku różnych BDA na jedną BDA (np. diazepam),</li> <li>— unikanie dołączania BDA do opioidów (nasilenie uspokajającego działania, ryzyko bezdechu),</li> <li>— niezmniejszanie równocześnie dawek opioidu i BDA (unikanie równoczesnego wystąpienia zespołu odstawiennego od obu substancji),</li> <li>— hospitalizowanie osób z silnym uzależnieniem od BDA (dawka dobową w przeliczeniu na diazepam <math>\geq 100</math>mg/dzień) w celu odstawienia leku,</li> <li>— pamiętać, że bezsenność i stany lękowe powinny być w pierwszej kolejności leczone niefarmakologicznie (psychoterapia, techniki relaksacyjne),</li> <li>— stosowanie BDA w leczeniu alkoholowego delirium, ale nie nadmierne przedłużanie ich podawania,</li> <li>— przyczynowe leczenie osób z depresją, nadużywających BDA — przeciwdepresyjne,</li> <li>— stosowanie innych leków wspomagających (np. stabilizującej nastroj karbamazepiny, innych leków przeciwłękowych, beta-blokerów), które mogą okazać się skuteczne, ale są słabo przebadane w leczeniu uzależnienia od BDA,</li> <li>— jeśli konieczne jest stosowanie leków nasennych używanie np. trazodonu, dokepiny, mirtazepiny, trimipraminy, difenhydraminy, hydroksyzyny,</li> <li>— branie pod uwagę, że pacjent może zgłaszać się po recepty na BDA również do innych lekarzy (doctor-shopping)</li> </ul>

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Niebenzodiazepinowe leki nasenne	zopiklon zaleplon zolpidem eszopiklon	<ul style="list-style-type: none"> <li>— stopniowe zmniejszanie dawki przyjmowanego leku,</li> <li>— unikanie nagłego odstawiania przyjmowanych przez długi czas leków „Z” (ryzyko wystąpienia drgawek, delirium, epizodu psychotycznego, nasilonych stanów lękowych),</li> <li>— przyczynowe — przeciwdepresyjne leczenie osób z depresją nadużywających leków „Z”,</li> <li>— zastąpienie leków „Z” długo działającymi BDA, które następnie stopniowo się odstawia.</li> </ul>
----------------------------------	--	--

Opracowano na podstawie [38–44].

BDA — benzodiazepiny, msc. — miesiące,  $t_{1/2}$  — biologiczny czas półtrwania, tyg. — tygodnie, „Z” leki — niebenzodiazepinowe leki nasenne (zopiklon, zolpidem, zaleplon, eszopiklon)

W przypadku znacznych trudności z odstawieniem szkodliwych substancji pacjent może zostać skierowany do jednego z Oddziałów Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych (OLAZA) / Oddziałów Leczenia Uzależnień. Na początku terapia prowadzona jest w formie całodobowej, a następnie, po jej zakończeniu, osoba uzależniona może ją kontynuować:

- dalej w formie całodobowej w Oddziale Terapii Uzależnień,
- w formie dziennej w Dziennym Oddziale Terapii Uzależnień,
- w formie ambulatoryjnej w ramach poradni.

Leczenie w oddziałach terapii uzależnień trwa do 56 dni. Warunkiem przyjęcia do nich jest posiadanie skierowania na leczenie odwykowe od lekarza psychiatry lub lekarza POZ [45, 46]. W tym przypadku dobrze widać, jak ważna jest rola lekarza pierwszego kontaktu w pomocy osobie uzależnionej.

Często praca z pacjentem uzależnionym od leków wymaga działań długoterminowych — może on zostać skierowany do jednej z placówek leczenia uzależnień (poradnie terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, poradnie leczenia uzależnień). Może być tam prowadzona dalsza psychoterapia, aby zapobiec powrotowi do nałogu [47].

W metaanalizie 24 badań oceniających skuteczność różnych metod leczenia uzależnienia od BDA stwierdzono, że szansę na zakończenie przyjmowania tych leków zwiększało znacząco stopniowe zmniejszanie dawki leku — iloraz szans (*odds ratio* — OR) = 5,96 przy 95% przedziale ufności (*confidence interval* — CI) = (2,08–17,11) w porównaniu z rutynową opieką. Leczenie psychologiczne razem ze stopniowym zmniejszaniem dawki przewyższało zarówno rutynową opiekę (OR = 3,38, 95% CI = 1,86–6,12), jak i samo stopniowe zmniejszanie dawki (OR = 1,82, 95% CI = 1,25–2,67). Najskuteczniejszą opcją terapeutyczną jest więc komplementarne postępowanie obejmujące psychoterapię i stopniowe, uważne zmniejszanie dawki stosowanego leku pod kontrolą lekarską [40, 48].

### Postępowanie psychologiczne

W Polsce wdrożono wiele programów oferujących leczenie substytucyjne dla osób uzależnionych od alkoholu lub od opioidów, jednak według wiedzy autorów pracy nie

ma programów dedykowanych dla pacjentów uzależnionych od BDA lub leków „Z”. Osoby uzależnione równocześnie od leków oraz alkoholu lub silnie uzależnione od leków, kierowane są zazwyczaj do lecznictwa ambulatoryjnego lub szpitalnego; są to najbardziej preferowane dla nich formy leczenia. Pacjenci, którym towarzyszą zaburzenia lękowe, problemy ze snem lub zaburzenia depresyjne, kierowani są do psychiatrycznej lub psychologicznej opieki ambulatoryjnej w celu leczenia pierwotnych przyczyn uzależnienia. Metodą pozafarmakologiczną stosowaną w terapii uzależnień jest głównie psychoterapia o orientacji poznawczo-behawioralnej (*Cognitive Behavior Therapy* — CBT) [22, 49–51].

CBT odnosi się do grupy terapii, zgodnie z którymi nieprzystosowane emocje i zachowania danej osoby można wyjaśnić przy użyciu prawidłowości rządzących procesami poznawczymi (komponent poznawczy) oraz korzystając z teorii uczenia się (komponent behawioralny). Według modelu poznawczego myślenie jest podstawą zaburzeń zachowania; poprzez zmianę w procesach myślowych można dokonać zmiany na poziomie emocjonalnym oraz behawioralnym. Zmiana dysfunkcyjnych zachowań, które są przyczyną uzależnień, obejmuje m.in. technikę ekspozycji *in vivo* (na żywo, w realnych warunkach), metodę systematycznej desensytyzacji (odwrażliwianie, czyli przezwyciężanie strachu i unikanie poprzez stopniową ekspozycję na obiekt) oraz rozwijanie umiejętności radzenia sobie [49–51].

Główne znaczenie w procesie psychoterapii ma budowanie odpowiedniej relacji terapeutycznej (psychoterapeuta–pacjent), dzięki której łatwiej można uzyskać opracowane cele. Brak właściwej relacji terapeutycznej może skutkować niepowodzeniem w wyjściu z nałogu, nawet w przypadku stosowania wielu prawidłowych procedur i programów leczniczych. Dzięki użyciu CBT można odnieść duże sukcesy w leczeniu uzależnień, a interwencje z jej zakresu mogą w znaczący sposób ograniczać częstość nawrotów, zmniejszać objawy i jednocześnie eliminować problemy związane z nadużywaniem leków. W Polsce funkcjonują ośrodki interwencji kryzysowej, do których można zgłosić się osobiście lub telefonicznie w celu uzyskania pomocy; można w nich uzyskać wsparcie psychologiczne i dalsze zalecenia. Można również skorzystać z telefonów zaufania [52–55].

W trakcie psychoterapii mającej za zadanie pomóc pacjentowi w wyjściu z nałogu lub po jej zakończeniu może pojawić się wiele pytań dotyczących funkcjonowania po zakończeniu leczenia odnoszących się m.in. do niepokoju związanego z powrotem do uzależnienia. W utrzymaniu abstynencji od środków psychoaktywnych kluczowa jest motywacja i wartości, którymi kieruje się pacjent. Warto utrzymywać kontakt z osobami, którym udało się z wyjść z nałogu oraz z terapeutą, który w chwilach zwątpienia i słabości pomoże utrzymać motywację do działania i da odpowiednie wskazówki. Wartościowa jest praca nad samooceną i pewnością siebie, ponieważ te cechy są kluczowe w wytrwaniu w abstynencji od nadużywanych wcześniej leków [55, 56].

### Podsumowanie

Kwestia uzależnienia od BDA oraz leków „Z” jest niezwykle ważnym problemem klinicznym; często zdarza się, że nie zostaje on szybko wychwycony. Część pacjentów, szczególnie na początku uzależnienia, ma wgląd w swoją sytuację i zachowuje krytycznym względem siebie, poszukuje pomocy lekarza, psychologa, psychoterapeuty. Biorąc pod

uwagę styl życia we współczesnym świecie, narażenie na liczne obciążenia psychiczne oraz trwanie w przewlekłym stresie, można przypuszczać, że omawiany w pracy problem będzie narastał. Często uzależnienie od leków wynika z braku umiejętności radzenia sobie danej osoby w sytuacjach trudnych, które powodują pojawienie się nieprawidłowych wzorców zachowań. Kluczowa w wyjściu z nałogu jest motywacja do zmiany, a także wsparcie ze strony bliskich osób podczas psychoterapii i stopniowego odstawiania leków. W procesie wyjścia z uzależnienia ważnym elementem jest współpraca z lekarzem, którego rolą jest pomoc w stopniowym zmniejszaniu dawki przyjmowanych substancji, aż do momentu całkowitego ich odstawienia. Rolą lekarza POZ jest z pewnością skierowanie pacjenta do psychoterapeuty lub psychiatry. Wszystkie relacje terapeutyczne powinny być oczywiście oparte na wzajemnej szczerości i zaufaniu, a w czasie odbywanych wizyt pacjent powinien być szczegółowo informowany o podjętych działaniach i planie wyjścia z uzależnienia.

### Piśmiennictwo

1. Uzależnienia. Encyklopedia PWN. Nauki ścisłe, biologia. <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/uzaleznienia;3992023.html>. Uzyskano 01.05.2020.
2. Olfson M, King M, Schoenbaum M. Benzodiazepine use in the United States. *JAMA Psychiatry* 2015; 72(2): 136–142.
3. Paulozzi LJ, Zhang K, Jones CM, Mack KA. Risk of adverse health outcomes with increasing duration and regularity of opioid therapy. *J. Am. Board Fam. Med.* 2014; 27(3): 329–338.
4. Schmitz A. Benzodiazepine use, misuse, and abuse: A review. *Ment. Health Clin.* 2016; 6(3): 120–126.
5. Votaw VR, Geyer R, Rieselbach MM, McHugh RK. The epidemiology of benzodiazepine misuse: A systematic review. *Drug Alcohol Depend.* 2019; 200: 95–114.
6. Janhsen K, Roser P, Hoffmann K. The problems of long-term treatment with benzodiazepines and related substances. *Dtsch. Arztebl. Int.* 2015; 112(1–2): 1–7.
7. Rosman S, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Gaining insight into benzodiazepine prescribing in General Practice in France: a data-based study. *BMC Fam. Pract.* 2011; DOI: 101186/1471-2296 – 12–28.
8. Hayhoe B, Lee-Davey J. Tackling benzodiazepine misuse. *BMJ* 2018; 362: k3208.
9. Hajak G, Müller WE, Wittchen HU, Pittrow D, Kirch W. Abuse and dependence potential for the non-benzodiazepine hypnotics zolpidem and zopiclone: a review of case reports and epidemiological data. *Addiction* 2003; 98(10): 1371–1378.
10. Victorri-Vigneau C, Gérardin M, Rousset M, Guerlais M, Grall-Bronnec M, Jolliet P. An update on zolpidem abuse and dependence. *J. Addict. Dis.* 2014; 33(1): 15–23.
11. Schifano F, Chiappini S, Corkery JM, Guirguis A. An insight into Z-drug abuse and dependence: an examination of reports to the European medicines agency database of suspected adverse drug reactions. *Int. J. Neuropsychopharmacol.* 2019; 22 (4): 270–277.
12. Griebel G, Perrault G, Letang V, Granger P, Avenet P, Schoemaker H i wsp. New evidence that the pharmacological effects of benzodiazepine receptor ligands can be associated with activities at different BZ (omega) receptor subtypes. *Psychopharmacol. (Berl.)* 1999; 146(2): 205–213.

13. Miller NS, Sheppard LM. The role of the physician in addiction prevention and treatment. *Psychiatr. Clin. North Am.* 1999; 22(2): 489–505.
14. Breslin KT, Reed MR, Malone SB. An holistic approach to substance abuse treatment. *J. Psychoactive Drugs* 2003; 35(2): 247–251.
15. Englander H, Weimer M, Solotaroff R, Nicolaidis C, Chan B, Velez C i wsp. Planning and designing the Improving Addiction Care Team (IMPACT) for hospitalized adults with substance use disorder. *J. Hosp. Med.* 2017; 12(5): 339–342.
16. Becker WC, Fiellin DA, Desai RA. Non-medical use, abuse and dependence on sedatives and tranquilizers among U.S. adults: psychiatric and socio-demographic correlates. *Alcohol Depend.* 2007; 90 (2–3): 280–287.
17. Simoni-Wastila L, Ritter G, Strickler G. Gender and other factors associated with the nonmedical use of abusable prescription drugs. *Subst. Use Misuse.* 2004; 39(1): 1–23.
18. Vozoris NT, Leung RS. Sedative medication use: prevalence, risk factors, and associations with body mass index using population-level data. *Sleep* 2011; 34 (7): 869–874.
19. Aronne LJ. Classification of obesity and assessment of obesity-related health risks. *Obes. Res.* 2002; 10 (Suppl 2): 105S–115S.
20. Jacob L, Rapp MA, Kostev K. Long-term use of benzodiazepines in older patients in Germany: a retrospective analysis. *Ther. Adv. Psychopharmacol.* 2017; 7 (6–7): 191–200.
21. Stewart SA. The effects of benzodiazepines on cognition. *J. Clin. Psychiatry* 2005; 66 (Suppl 2): 9–13.
22. Grothaus B, Radzik J, Leszek J. Uzależnienie od benzodiazepin. *Psychiatria* 2004; 1(1): 23–30.
23. Wald I, Morawski J, Moskalewicz J, Sierosławski J. Wypadki a używanie substancji psychoaktywnych w Europie. *Alkoholizm i Narkomania* 1991; 4(3): 9–58.
24. Godwod-Sikorska C, Sierosławski J. Rozpowszechnienie używania leków uzależniających wśród ludności Polski. W: Bizoń Z., Szyszkowski W, red. *Zagadnienia alkoholizmu i innych uzależnień.* Warszawa: Wydawnictwo Narodowe PWN, 1989, s. 305–312.
25. Basińska A. Leczenie uzależnienia od benzodiazepin u osób w wieku podeszłym. *Post. Nauk Med.* 2011; 24 (8): 644–648.
26. Lechevallier N, Fourrier A, Berr C. Benzodiazepines in the elderly: the EVA Study. *Rev. Epidemiol. Sante Publique* 2003; 51(3): 317–326.
27. Egan M, Moride Y, Wolfson C, Monette J. Long-term continuous use of benzodiazepines by older adults in Quebec: prevalence, incidence, and risk factors. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2000; 48: 811–816.
28. Świdarska A, Wiśniewski M, Wiergowski M, Krakowiak A, Sein Anand J. Poisonings in Poland reported to the Polish National Health Fund in the years 2009–2011. *BMC Pharmacol Toxicol.* 2018; 19(1): 62.
29. Vetulani J. Uzależnienia lekowe: mechanizmy neurobiologiczne i postawy farmakoterapii. *Alkoholizm i Narkomania* 2001; 14(1): 13–58.
30. Zimbardo PG. *Psychologia i życie.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1999.
31. Pużyński S, Wciórka J. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne.* Kraków: UWM „Vesalius”, 2007.
32. Dietrich-Muszalska A, Makowska I, Kornowski J. Uzależnienie od benzodiazepin — BZD: rozpowszechnienie, mechanizm i zasady postępowania z osobami uzależnionymi. *Psychiatr. Psychol. Klin.* 2002; 2(2): 266–275.
33. Kornowski J. Leczenie pacjentów uzależnionych od benzodiazepin. *Dyskusje o Depresji* 2003; 23.
34. Bateson A.N. Basic pharmacologic mechanisms involved in benzodiazepine tolerance and withdrawal. *Curr. Pharm. Des.* 2002; 8(1): 5-21.

35. Mellibruda J. Psycho-bio-społeczna koncepcja uzależnienia od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania* 1997; 28(3): 277–306.
36. Wołoszyn J. Pomoc psychoterapeutyczna osobom uzależnionym od alkoholu. *Colloquia Theologica Ottoniana* 2011; 2: 131–140.
37. Popiel A, Pragłowska E. Psychoterapia poznawczo-behawioralna — praktyka oparta na badaniach empirycznych. *Psychiatria w Klinice Praktycznej* 2009; 2 (3):146–155.
38. Soyka M. Treatment of Benzodiazepine Dependence. *N Engl J Med*. 2017; 376 (12): 1147–1157.
39. Lader M., Tylee A, Donoghue, J. Withdrawing Benzodiazepines in Primary Care. *CNS Drugs* 2009; 23(1): 19–34.
40. Brett J, Murnion B. Management of benzodiazepine misuse and dependence. *Aust Prescr*. 2015; 38(5): 152–155.
41. Gunja N. The clinical and forensic toxicology of Z-drugs. *J Med Toxicol*. 2013; 9 (2): 155–162.
42. Aragona M. Abuse, dependence, and epileptic seizures after zolpidem withdrawal: review and case report. *Clin Neuropharmacol*. 2000; 23(5): 281–283.
43. Mattoo SK, Gaur N, Das PP. Zolpidem withdrawal delirium. *Indian J Pharmacol*. 2011; 43 (6): 729–730.
44. Haji Seyed Javadi SA, Hajjali F, Nassiri-Asl M. Zolpidem dependency and withdrawal seizure: a case report study. *Iran Red Crescent Med J*. 2014; 16(11): e19926.
45. Ośrodki odwykowe w Polsce. <http://www.osrodkiodwykowe.pl/wojewodztwo/calodobowy-oddzial-terapii-uzaleznienia-od-alkoholuleczenia-uzaleznien/>. Uzyskano 30.07.2020.
46. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2011 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20111010583>. Uzyskano 01.08.2020.
47. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. System leczenia odwykowego. <http://www.parpa.pl/index.php/lecznictwo-odwykowe/system-lecznictwa-odwykowego>. Uzyskano 30.07.2020.
48. Parr JM, Kavanagh DJ, Cahill L, McD Young R. Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a meta-analysis. *Addiction* 2009; 104(1): 13–24.
49. Popiel A, Pragłowska E. Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka. Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat; 2008.
50. Leahy RL. Techniki terapii poznawczej. Podręcznik praktyka. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2008.
51. Rowicka M. Uzależnienia behawioralne. Profilaktyka i terapia. Warszawa: Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii. Fundacja Praesterno; 2015.
52. Høglend P. Exploration of the patient-therapist relationship in psychotherapy. *Am. J. Psychiatry* 2014; 171(10): 1056–1066.
53. Chand SP, Kuckel DP, Huecker MR. Cognitive Behavior Therapy (CBT). *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470241/>. Uzyskano 30.07.2020.
54. OIK — Ośrodki Interwencji Kryzysowej w Polsce. <http://www.oik.org.pl/>. Uzyskano 01.05.2020.
55. Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii. Ogólnopolski Telefon Zaufania Narkotyki — Narkomania. <https://www.kbnp.gov.pl/portal?id=8276205>. Uzyskano 30.07.2020.
56. Laudet AB, Savage R, Mahmood D. Pathways to long-term recovery: a preliminary investigation. *J. Psychoact. Drugs* 2002; 34(3): 305–311.