

Praca pogładowa
Review

MAREK JAREMA

**Preparat ziołowy Sedatif PC – możliwości leczenia zaburzeń
lękowych i zaburzeń snu***

*The herbal preparation Sedatif PC and its possible use in the treatment
of anxiety and sleep disorders**

Instytut Psychiatrii i Neurologii, III Klinika Psychiatryczna

STRESZCZENIE

Leczenie zaburzeń lękowych oraz bezsenności wymaga odpowiedniego postępowania farmakologicznego oraz pozafarmakologicznego. Ze względu na ryzyko uzależnienia leki anksjolityczne są ostrożnie zalecane w tych stanach, natomiast w zaawansowanych zaburzeniach lękowych zaleca się leki przeciwdepresyjne. Alternatywą dla takich leków mogą być preparaty naturalne (ziołowe). Przykładem takiego preparatu jest Sedatif PC. Szereg substancji czynnych wchodzi w skład tego leku. Zalecany jest w stanach nadmiernej pobudliwości nerwowej, nerwowości związanej z działaniem czynników stresogennych i w objawach ze strony układu wegetatywnego czy zaburzeniach snu.

SUMMARY

The treatment of both anxiety and sleep disorders requires the use of thorough pharmacological and non-pharmacological therapies. Anxiolytic drugs are recommended with caution because of the risk of substance dependence, and in more advanced disorders antidepressants are usually the drugs of choice. Alternative therapy may consist of herbal medicines (natural drugs). One of such preparation is Sedatif PC, which is a composite drug with several active herbal substances. This medication is particularly recommended in the case of nervousness, adverse response to stress, and in the treatment of vegetative symptoms which accompany anxiety and sleep disorders.

Słowa kluczowe: zaburzenia lękowe, zaburzenia snu, leki ziołowe

Key words: anxiety, sleep disorders, herbal treatment

**Miejsce zasady diagnozowania i leczenia
zaburzeń lękowych**

Zaburzenia lękowe stanowią grupę zaburzeń, które są stosunkowo często rozpoznawane. Np. ryzyko wystąpienia jednego z tych zaburzeń – fobii – wynosi kilka procent: agorafobii 2–5%, fobii specyficznych 7,1–9,4%, fobii społecznych ok. 3%, lęku napadowego 3–5,6%, uogólnionych zaburzeń lękowych 2,5–6,4% (Rybakowski 2011; Siwiak-Kobayashi 2011). Do po-

danych wartości należy podchodzić ostrożnie, gdyż badania rozpowszechnienia zaburzeń lękowych obarczone bywają marginesem błędów, co wynika z różnych metod zbierania danych, różnych populacji, a także z faktu, iż często zdarza się, że zaburzenia lękowe współistnieją (głównie z depresją, używaniem substancji psychoaktywnych), ale też wzajemnie ze sobą (np. zaburzenia lękowe uogólnione i fobie). Mimo to z dużym prawdopodobieństwem można przyjąć, iż zaburzenia lękowe są dość powszechne. Stanowią

* Artykuł sponsorowany.

one ważny problem medyczny, gdyż osoby z zaburzeniami lękowymi często szukają porady lekarskiej, często też u tych pacjentów rozpoznawane są inne – niż lękowe – zaburzenia, w związku z czym leczenie tych zaburzeń stanowi poważne wyzwanie.

Wyzwanie to polega na trudnościach w dojściu do właściwej diagnozy. Osoby z zaburzeniami lękowymi zgłaszają się do lekarza z powodu dolegliwości somatycznych, często niespecyficznych, co powoduje, iż poddawani są wielu badaniom diagnostycznym, konsultacjom specjalistycznym, a w końcu próbom leczenia farmakologicznego, które nie kończą się oczekiwanymi rezultatami. Dlatego też typowy przykład pacjenta z zaburzeniami lękowymi to osoba w miarę dokładnie przebadana, poddawana różnym konsultacjom specjalistycznym oraz próbom leczenia farmakologicznego, a mimo to nadal cierpiąca z powodu niespecyficznych dolegliwości. Nic dziwnego, że pacjenci tego rodzaju mają poczucie, że ich problemy pozostają niezrozumiane, czy wręcz, że się ich lekceważą. Bywają postrzegani jako hipochondrycy, obwiniani o nadużywanie systemu opieki zdrowotnej, a jednocześnie opiekujący się nimi lekarze mają poczucie bezradności. Z tych powtarzających się wielokrotnie historii płynie wniosek, że umiejętne rozpoznawanie zaburzeń lękowych stanowi podstawę dla właściwego postępowania terapeutycznego.

Przez umiejętną diagnostykę zaburzeń lękowych należy rozumieć branie przez lekarza pod uwagę także i takiej możliwości, że zgłaszane przez pacjenta skargi mogą być przejawem zaburzeń lękowych. Nie chodzi tu oczywiście o założenie, że każdy pacjent, który zgłasza się po poradę z powodu mało specyficznych dolegliwości, powinien od razu zostać diagnozowany jako cierpiący z powodu zaburzeń lękowych, ale o to, by lekarz brał pod uwagę i taką możliwość, że zgłaszane przez pacjenta dolegliwości mogą być objawami zaburzeń lękowych.

Oczywiście, podejrzenie zaburzeń lękowych nie zwalnia lekarza od konieczności przeprowadzenia wnikliwej diagnostyki w celu wykluczenia somatycznego podłoża zgłaszanych skarg. Trudno sobie bowiem wyobrazić sytuację, gdy pacjentowi zgłaszającemu się do lekarza POZ z powodu dolegliwości typu „kłucie w okolicy serca” czy „łatwe męczenie się” albo „kołatanie serca w sytuacjach stresowych” lekarz zaleci konsultację psychiatryczną, podejrzewając zaburzenia lękowe, a nie przeprowadzi podstawowej diagnostyki, jaką jest badanie fizykalne i wykonanie badania EKG.

W diagnostyce zaburzeń lękowych ryzyko popełnienia omyłki nie zawsze jest wysokie. Niektó-

re zaburzenia lękowe, np. fobie specyficzne czy zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne są tak charakterystyczne, że trudno pomylić je z jakimkolwiek innymi zaburzeniami. Najwięcej problemów diagnostycznych sprawiają chorzy z uogólnionymi zaburzeniami lękowymi, zaburzeniami pod postacią somatyczną i z zaburzeniami dysocjacyjnymi. Inną trudnością, którą lekarz często napotyka, jest rodzaj skarg pacjenta, a właściwie jego częsta deklaracja, że cierpi on na „depresję”. Pojęcie depresji jest tak powszechnie używane, iż w wielu wypadkach jest synonimem złego samopoczucia, więc deklaracja chorego, iż cierpi on na depresję, w żadnym wypadku nie zwalnia lekarza od konieczności wnikliwej diagnostyki, gdyż może się okazać, iż przyczyną złego samopoczucia pacjenta wcale nie jest depresja tylko inne zaburzenia, np. lękowe.

Diagnostyka różnicowa zaburzeń lękowych

Podejrzewając zaburzenia lękowe, lekarz musi brać pod uwagę, że są one czym innym, niż:

- depresja,
- nadużywanie substancji psychoaktywnych,
- nadużywanie leków (głównie przeciwbólowych i uspokajających),
- inne zaburzenia psychiczne, np. psychotyczne czy upośledzenie sprawności intelektualne.

U starszych osób należy ponadto odróżnić zaburzenia lękowe od upośledzenia funkcji poznawczych.

Dokładna diagnostyka jest niezbędna do wyboru sposobu leczenia zaburzeń lękowych. Wbrew pozorom leczenie to nie polega przede wszystkim na stosowaniu leków przeciwlękowych (anksjolityków). Podstawową metodą terapeutyczną w wypadku większości zaburzeń lękowych jest psychoterapia. Farmakoterapia uważana jest za metodę wspomagającą oddziaływania psychoterapeutyczne, chyba że zaburzenia lękowe mają znaczne nasilenie, do tego stopnia, że porzucenie przez pacjenta funkcji społecznych jest tak wyraźne, iż potrzebna jest szybka interwencja medyczna.

W niektórych wypadkach, np. zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych o znacznym nasileniu, w napadach paniki uniemożliwiających funkcjonowanie pacjenta itp., farmakoterapia uważana jest za metodę podstawową, ale zawsze przy współdziałaniu z technikami psychoterapeutycznymi, przede wszystkim psychoterapią behawioralno-poznawczą (Siwiak-Kobayashi 2011; Rybakowski 2011; Araszkiwicz 2011; Marmurowska-Michałowska 2011).

Zasady leczenia zaburzeń lękowych

Leczenie farmakologiczne zaburzeń lękowych jest zadaniem trudnym i wymaga cierpliwości oraz dyscypliny, zarówno od pacjenta, jak i od lekarza. Podstawowym warunkiem powodzenia terapii jest zawarcie kontraktu terapeutycznego z pacjentem (alians terapeutyczny). Chodzi o to, aby pacjent czuł się partnerem w procesie leczenia, rozumiał istotę swoich problemów zdrowotnych oraz znał zasady kierujące procesem terapii. Oczywiście, taki kontrakt terapeutyczny z pacjentem nie może przeistoczyć się w dyktat pacjenta, co często zdarzać się może w sytuacji, gdy pacjent od dłuższego czasu cierpi na dolegliwości związane z zaburzeniem lękowym, ma za sobą wiele prób leczenia i ma też własną wizję terapii. W takich przypadkach lekarz stoi przed trudnym zadaniem nawiązania porozumienia z chorym, zaproponowania swojej wizji przebiegu terapii, a przede wszystkim przekonania chorego do słuszności swoich decyzji. Nie zawsze jest to zadanie łatwe, gdyż pacjenci z zaburzeniami lękowymi są z reguły bardzo dobrze wyedukowani w kwestii zarówno rozpoznania, jakie im postawiono, jak i sposobu leczenia; wielką rolę odgrywają tu informacje zawarte w Internecie i to nie tylko te o charakterze encyklopedycznym (nie stanowią one wielkiego problemu, gdyż jest to z reguły przygotowana wiedza specjalistyczna), ale te informacje, które nie są w żaden sposób weryfikowane przez specjalistów. Liczne i bardzo rozbudowane fora internetowe stanowią źródło przeróżnych informacji dla pacjentów, z drugiej jednak strony mogą przyczyniać się do rozpowszechnienia mało wiarygodnych, wręcz incydentalnych zdarzeń, które z kolei mogą kształtować opinię osób korzystających z takiego źródła „wiedzy”. Często zdarza się, że pacjent zgłasza się do lekarza z powodu zaburzeń lękowych z gotową diagnozą i gotowym planem terapeutycznym, domagając się od lekarza jedynie spełnienia jego oczekiwań (potwierdzenia diagnozy i przepisania leków). W takich przypadkach należy pamiętać, że potępienie tzw. medycyny internetowej i krytyka proponowanego przez pacjenta planu terapeutycznego może nie przynieść spodziewanego efektu: pacjent straci zaufanie do lekarza, zerwany zostanie kontrakt terapeutyczny, a co za tym idzie, ryzyko niepowodzenia terapeutycznego znacznie wzrośnie. Możliwe też, iż pacjent uda się do innego lekarza, który będzie bardziej chętny do wyjścia na przeciw oczekiwaniom pacjenta.

Należy pamiętać, iż autorytet lekarza nie ucierpi z powodu wiedzy, jaką ma pacjent o swoich dolegliwościach i sposobach ich leczenia, ale może ucierpieć

z powodu założenia, że to lekarz zawsze wie lepiej. Dobrze przyjąć ogólną zasadę, w myśl której nie warto kwestionować wiedzy encyklopedycznej chorego, nawet jeżeli czerpana jest ze źródeł pozanaukowych, ale należy przy tym dążyć do przeforsowania własnej (medycznie uzasadnionej) koncepcji leczenia zaburzeń lękowych. Taka postawa najbardziej sprzyja nawiązaniu i utrzymaniu kontraktu terapeutycznego, co jest podstawą powodzenia zaproponowanej przez lekarza strategii terapeutycznej w wypadku zaburzeń lękowych.

Osobnym problemem w opracowaniu takiej strategii terapeutycznej jest konieczność współpracy lekarza z psychoterapeutą. Jak wspomniano, psychoterapia jest nierzadko metodą z wyboru w leczeniu niektórych zaburzeń lękowych, ale najczęściej leczenie tych zaburzeń polega na łączeniu oddziaływań psychoterapeutycznych z farmakoterapią. W takim wypadku ważne jest wzajemne akceptowanie proponowanych technik terapii, tak aby pacjent nie miał wrażenia, iż osoby udzielające mu pomocy (lekarz i psychoterapeuta) przyjmują wobec siebie postawy antagonistyczne, a nie synergistyczne. Niestety nierzadko zdarza się, że psychoterapeuta kwestionuje zasadność farmakoterapii, a nawet uzależnia dalszą psychoterapię od jej zaprzestania. Należy pamiętać, że lekarz i psychoterapeuta powinni razem ustalić strategię postępowania terapeutycznego, a pacjentowi należy przedstawić taką wspólną strategię, gdyż podnosi to zaufanie do terapii i sprzyja osiągnięciu sukcesu terapeutycznego.

Leczenie farmakologiczne zaburzeń lękowych jest trudne, gdyż wbrew pozorom nie polega ono wyłącznie na podawaniu leków anksjolitycznych. Szereg zaburzeń lękowych (np. zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, fobie, napady paniki) wymaga z reguły farmakoterapii z zastosowaniem leków przeciwdepresyjnych, a nie anksjolityków. Leki przeciwłękowe (LP) mają za zadanie (Jarema 2011):

- łagodzenie objawów psychicznych lęku,
- łagodzenie objawów fizycznych lęku,
- niepowodowanie sedacji (przytłumienia, zobojętnienia, apatii, zniechęcenia).

Kryteria te spełnia wiele leków, ale nie wszystkie one są powszechnie stosowane w leczeniu zaburzeń lękowych. Dzieje się tak z powodu oddziaływania LP na szerokie spektrum objawów lękowych, które niekoniecznie w całości dotyczy danego pacjenta. Trudno sobie np. wyobrazić, iż pacjent cierpiący z powodu fobii społecznej będzie jednocześnie akceptował wybitnie sedujące działanie leków wpływających na receptory histaminergiczne (jak np. hydroksyzyny). Oznacza to, że dobór LP powinien uwzględniać

z jednej strony rodzaj zaburzenia lękowego, a z drugiej strony profil działania LP, ewentualne objawy uboczne, oczekiwania zarówno pacjenta, jak i lekarza, ale także ryzyko uzależnienia, które w odniesieniu do niektórych LP może być znaczne.

Miejsce pochodnych benzodiazepiny w leczeniu zaburzeń lękowych

Najbardziej popularne LP to pochodne benzodiazepiny (BDZ). Ich działanie polega na (Jarema 2011):

- działaniu uspokajającym (znoszącym objawy lęku),
- podwyższaniu progu drgawkowego (działaniu przeciwpadaczkowym),
- zmniejszaniu napicia mięśniowego (działaniu miorelaksacyjnym),
- ułatwianiu zasypiania (działaniu nasennym).

Jednakże największym niebezpieczeństwem związanym z ich stosowaniem jest ryzyko wystąpienia uzależnienia. W połączeniu ze zjawiskiem tolerancji (konieczność zwiększania dawki leku dla uzyskania efektu jego działania) oraz wobec faktu, iż skuteczność BDZ nie okazała się większa od skuteczności leków przeciwdepresyjnych w leczeniu zaburzeń lękowych, stosowanie BDZ do leczenia zaburzeń lękowych budzi wiele zastrzeżeń i nie jest rekomendowane we współczesnej psychiatrii. BDZ można zalecić do doraźnego i krótkotrwałego stosowania. Alternatywą dla stosowania BDZ są LP o innym mechanizmie działania: przede wszystkim buspiron, pregabalina, hydroksyzyna oraz agoniści receptorów GABA (zaleplon, zolpidem, zopiklon). Niekiedy w leczeniu zaburzeń lękowych stosuje się także małe dawki leków przeciwpsychotycznych (np. chlorprotiksenu, perazyyny, promazyny).

Alternatywne – wobec leków przeciwlękowych – leczenie zaburzeń lękowych

Zahreddine i Richa (2013) w przeglądzie alternatywnych wobec leków przeciwdepresyjnych metod leczenia uogólnionych zaburzeń lękowych wymieniają przede wszystkim pregabalinę i kwetiapinę. Obok leków takich jak pochodne BDZ, buspiron czy hydroksyzyna, wspominają o innych lekach, np. blokujących receptory β , agonistach receptorów GABA albo preparatach ziołowych jako potencjalnych opcjach terapeutycznych, jednak wymagających dodatkowych badań.

Alternatywą dla LP są preparaty naturalne. Proponowana nazwa to „nutraceutyki”, czyli suplementy diety, preparaty ziołowe i gotowe środki spożywcze.

Dzieli się je na suplementy diety i produkty żywności funkcjonalnej; preparaty pochodzenia roślinnego znajdują się w pierwszej grupie (Szafranski 2013). Preparaty ziołowe (zawierające substancje chemicznie czynne zawarte w produktach roślinnych) są niczym innym, jak produktami leczniczymi, tyle że uzyskanymi drogą ekstrakcji z roślin, a nie drogą syntezy chemicznej. Trzeba przypomnieć, że cała tzw. medycyna tradycyjna, będąca podstawą nowoczesnej medycyny, wywodzi się ze stosowania produktów naturalnych (roślinnych i zwierzęcych), których działanie lecznicze zostało empirycznie (doświadczalnie) udowodnione (Jarema 2008).

Preparaty naturalne

Miejsce preparatów naturalnych w leczeniu niektórych zaburzeń lękowych nie budzi zastrzeżeń. Warto przypomnieć, że za zalety naturalnych środków leczniczych (np. pochodzenia roślinnego) uważa się:

- skuteczność (udowodniony efekt działania) potwierdzona z reguły długoletnim stosowaniem,
- dobrą tolerancję (środki naturalne powodują z reguły mniej objawów niepożądanych),
- niskie ryzyko zatrucia przez przedawkowanie,
- brak ingerencji człowieka (w sensie skomplikowanego procesu chemicznego) w ich powstawanie,
- dostępność (większość produktów leczniczych pochodzi z zasobów ogólnie dostępnych).

Preparaty naturalne (zwane najczęściej ziołowymi) mają swoje ustalone miejsce w terapii niektórych schorzeń, jakkolwiek trzeba też przyznać, że w odniesieniu do niektórych chorób stosowanie wyłącznie leków naturalnych nie okazuje się skuteczne. W odniesieniu do zaburzeń lękowych miejsce preparatów naturalnych jest określone, stanowią one alternatywę, pozwalającą zwalczać uciążliwe objawy.

Działanie uspokajające preparatów ziołowych polega na korzystnym wpływie:

- łagodzeniu napięcia,
- niwelowaniu uczucia niepokoju,
- usuwaniu objawów cielesnych (fizykalnych) z nimi związanych,
- a także ułatwianiu zasypiania.

Takie rośliny, jak kozłek lekarski (*Valeriana*), tojad (*Aconitum*), wilcza jagoda (*Belladonna*), nagietek (*Calendula*), jaskółcze ziele (*Chelidonium*) czy kalina (*Viburnum*) zawierają substancje aktywne, które od lat bywają wykorzystywane w medycynie, głównie dla łagodzenia niepokoju, ułatwienia zasypiania czy też pomocniczo przeciwbólowo. Nic więc dziwnego, że preparaty złożone, zawierające substancje czynne z takich roślin, od lat cieszą się popularnością przy

leczeniu łagodnych stanów niepokoju, lęku, bezsenności itp.

Uważa się, że leki naturalne (ziołowe) stanowią alternatywę wobec anksjolityków, gdyż ich korzystne działanie na objawy lęku nie polega na blokowaniu neurotransmiterów ani na potencjalizacji działania enzymów (Alramadham i wsp. 2012). Jednakże trzeba pamiętać, że zastosowanie preparatu ziołowego w eksperymentalnym modelu dla zaburzeń lękowych wykazało, że preparat ten ma działanie podobne do leku o sprawdzonej skuteczności (escitalopramu): hamuje zachowania lękowe u zwierząt laboratoryjnych już po 3 tygodniach stosowania, ponadto powoduje zmniejszenie poziomu kortykosteronu w surowicy oraz wzrost poziomu neutropowego czynnika pochodzenia mózgowego (BDNF) (Doron i wsp. 2012). Substancje czynne z rośliny używanej w chińskiej medycynie (*Juncus effusus* – Sit rozpierzchły) w celu uspokojenia i łagodzenia objawów lęku, wywoływały wpływ modulujący aktywność receptorów GABA (Singhhuber i wsp. 2012), co jest uważane za podstawę działania anksjolitycznego leków przeciwłękowych.

Przegląd piśmiennictwa dokonany przez Szafrąńskiego (2013) dowodzi pewnej skuteczności leczenia depresji wyciągiem z szafranu. Przy czym przytaczane wyniki badań uzasadniają twierdzenie, że badania te były prowadzone poprawnie z punktu widzenia metodologii badań.

Pieprz metystynowy (znany też jako *Kava kava*) ma udowodnione działanie anksjolityczne. Preparaty zawierające substancje czynne z miłorzębu dwukłapowego (*Ginko biloba*) czy rumianku (*Matricaria recutita*) wykazywały efekty anksjolityczne podobne lub nawet większe niż leki standardowe (BDZ, buspiron czy leki przeciwdepresyjne). Inne preparaty, np. z rośliny *Galphimia glauca*, męczennicy cielistej (*Pasiflora incarnata*) czy kozłka lekarskiego (*Valeriana officinalis*) mają także potencjalne zastosowanie jako preparaty anksjolityczne (Faustino i wsp. 2010). W przeglądzie dotyczącym skuteczności preparatów naturalnych w leczeniu zaburzeń lękowych Lakhan i Vieira (2010) wykazali, że wiele poprawnych metodologicznie badań klinicznych nad skutecznością preparatów ziołowych i suplementów diety dowodzi możliwości ich stosowania nie tylko w zaburzeniach lękowych, ale też u zdrowych osób wykazujących niepokój lub lęk z powodu stresu związanego np. z zabiegiem operacyjnym czy uskarżających się na zespół napięcia przedmiesiączkowego. Autorzy dowodzą, że w 15 na ocenianych 21 randomizowanych badań klinicznych (czyli w 71%) końcowy efekt stosowania tych preparatów był pozytywny.

W innym obszernym przeglądzie możliwości zastosowania preparatów roślinnych w leczeniu zaburzeń lękowych Sarris i wsp. (2013) potwierdzili udowodnioną skuteczność przeciwłękowego działania substancji czynnych z wielu roślin, m.in. pieprzu metystynowego, rumianku, miłorzębu, tarczycy bocznokwiatowej (*Scutellaria lateriflora*), ostropestu plamistego (*Silybum marianum*), męczennicy cielistej i innych. Ciekawe jest, że według tych autorów obecnie dostępne dane nie potwierdzają skuteczności preparatów dziurawca czy kozłka lekarskiego w zaburzeniach lękowych, skądinąd uznanych powszechnie za preparaty o działaniu uspokajającym.

Skuteczność preparatów z rośliny *Galphimia glauca* w porównaniu z lorazepamem udowodniono w 15-tygodniowym badaniu klinicznym u 104 osób z uogólnionymi zaburzeniami lękowymi. Podkreślono dobrą tolerancję i bezpieczeństwo leczenia (Herrera-Arellano i wsp. 2012).

Należy pamiętać, że wielką zaletą preparatów ziołowych jest postrzeganie ich jako substancji naturalnych, a co za tym idzie, większa jest gotowość pacjentów do stosowania tych właśnie leków. Poprawia to bardzo współpracę pacjentów w leczeniu. Ponadto leki ziołowe określane są jako naturalne w przeciwieństwie do innych leków, które nazywa się „sztucznymi”. Z tych względów należy brać pod uwagę stosowanie preparatów ziołowych jako istotną alternatywę w leczeniu zaburzeń lękowych.

Za wskazania do stosowania preparatów ziołowych o działaniu uspokajającym można uznać:

- stany niepokoju, nadpobudliwości, drażliwości,
- objawy fizyczne nadpobudliwości i niepokoju związane z trudnościami życia codziennego, w tym niemożność radzenia sobie z objawami niepokoju związanymi z trudnościami codziennymi,
- trudności z zasypianiem spowodowane nadmiernym pobudzeniem w ciągu dnia,
- konieczność łagodzenia objawów niepokoju i lęku przy przeciwwskazaniach do stosowania leków z grupy BDZ,
- konieczność łagodzenia objawów niepokoju i lęku u osób ze skłonnością do samoleczenia lub u tych, u których istnieje ryzyko uzależnienia.

Trzeba pamiętać, że niektórzy lekarze nie uważają tych leków za równorzędne z innymi lekami (dla odmiany nazywanymi lekami syntetycznymi – uzyskanymi za pośrednictwem procesów chemicznych) i dlatego wstrzymują się z ich zalecaniem. Niebagatelną rolę odgrywa też fakt, że leki naturalne wydawane są bez recepty. Może to oznaczać w opinii niektórych osób, że skoro lek jest dostępny bez recepty, musi być „słaby”, nie wymaga kontroli dawkowania i każdy

może zdecydować o jego podaniu, czyli że do jego stosowania nie jest potrzebna wiedza medyczna. Nie jest to prawdą. Każda substancja czynna powinna być ordynowana ostrożnie, w oparciu o analizę powodów, dla których jest stosowana, ale też możliwych zagrożeń związanych z jej stosowaniem. Nie bez powodu działaniom marketingowym wobec produktów leczniczych towarzyszy zawsze ostrzeżenie, aby stosować je po konsultacji z profesjonalistą (lekarzem, farmaceutą), gdyż ich niewłaściwe stosowanie może mieć niekorzystne skutki.

Sedatif PC – złożony preparat naturalny – w leczeniu zaburzeń lękowych

Przykładem leku naturalnego, o naukowo udowodnionej skuteczności, który znalazł zastosowanie w praktyce medycznej, jest Sedatif PC. Jest to preparat złożony, zawierający czynne substancje z tojadu, wilczej jagody, nagietka, jaskółczego ziela, rośliny z gatunku bobowatych (*Abrus precatorius*) i kaliny. Lek jest wskazany do leczenia wspomagającego w:

- stanach nadmiernej pobudliwości nerwowej,
- nerwowości związanej z działaniem czynników stresogennych,
- objawach ze strony układu vegetatywnego czy zaburzeniach snu.

Z naukowego punktu widzenia niektóre wskazania do stosowania tego leku wydają się mało precyzyjne („nadmierna pobudliwość”, „nerwowość”), jednakże pod tymi określeniami należy rozumieć głównie poczucie niepokoju, napięcia oraz liczne związane z tym skargi somatyczne, towarzyszące sytuacjom stresowym. Według charakterystyki produktu leczniczego lek Sedatif PC można stosować zarówno u osób dorosłych, jak i u dzieci powyżej 6. r.ż.; u dzieci młodszych „według wskazań lekarza”. Dawkowanie to 2 x 1 tabletki (podawana podjęzykowo), a w przypadku bezsenności – 2 tabletki przed snem. Przeciwwskazaniem do stosowania leku jest nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą. Lek zawiera laktozę, więc nie powinien być przyjmowany przez osoby z nietolerancją galaktozy, niedoborem laktazy lub upośledzonym wchłanianiem glukozy czy galaktozy. Nie wchodzi w interakcje z innymi lekami, nie powoduje objawów niepożądanych (informacje z Charakterystyki Produktu Leczniczego Sedatif PC).

Jak wynika z przytoczonych powyżej informacji, lek Sedatif PC może być stosowany w celach uspokajających, a jego zaletami (np. w porównaniu z lekami uspokajającymi z grupy pochodnych benzodiazepiny) są:

- skuteczność w łagodzeniu poczucia niepokoju, na-

pięcia oraz licznych związanych z tym skarg somatycznych, towarzyszących sytuacjom stresowym,

- niskie ryzyko uzależnienia,
- niskie ryzyko nietolerancji,
- niepowodowanie sedacji,
- nieupośledzanie zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych czy obsługi urządzeń mechanicznych w ruchu,
- możliwość przyjmowania razem z innymi lekami (brak interakcji farmakokinetycznych i farmakodynamicznych).

W przeprowadzonym na 71 pacjentach z łagodnymi lub umiarkowanymi zaburzeniami lęgowymi badaniu wykazano skuteczność leku Sedatif PC w usuwaniu objawów lęku (Coppola i Montanaro 2012). Celem badania był wpływ leku Sedatif PC na lęk jako stan i lęk jako cechę, a także wpływ leku na zaburzenia snu u badanych pacjentów. Grupa tych pacjentów składała się w większości z kobiet (50 kobiet i 21 mężczyzn) w wieku średnio 52 lata. Pacjenci otrzymywali lek Sedatif PC w ilości 2 tabletek 3 razy dziennie przez 30 dni. Kryterium oceny skuteczności leczenia było nasilenie lęku jako cechy i lęku jako stanu. Ponadto oceniano długość snu w trakcie leczenia oraz liczbę wybudzeń w nocy.

Badanie wykazało, że po 30 dniach leczenia lekiem Sedatif PC nasilenie lęku jako stanu uległo statystycznie istotnemu zmniejszeniu ($p < 0,0001$, zarówno u kobiet, jak i mężczyzn). Po leczeniu zaobserwowano także statystycznie istotne (na poziomie $p < 0,0012$ u badanych kobiet oraz na poziomie $p < 0,0001$ u mężczyzn) zmniejszenie nasilenia lęku jako cechy. Obie te stwierdzone zależności odnosiły się do chorych w różnych grupach wiekowych: pacjentów młodszych (do 40. r.ż.), w wieku średnim (od 40 do 49 lat) i pacjentów w wieku 50 lat lub więcej.

W ocenie wpływu leczenia zaburzeń snu przez 30 dni lekiem Sedatif PC stwierdzono, iż leczenie to powodowało wydłużenie czasu snu do średnio 5,55 godzin na dobę, w porównaniu ze średnią długością snu osób z grupy kontrolnej, która wynosiła 5,09 godzin (różnica istotna statystycznie na poziomie $p < 0,001$). Zaobserwowano też wyraźny (o 42%) spadek wybudzeń nocnych u chorych leczonych lekiem Sedatif PC. U 66% pacjentów leczonych liczba wybudzeń uległa zmniejszeniu, u 20% pozostawała na poziomie sprzed leczenia, a u 14% uległa zwiększeniu.

Wnioski, jakie badacze wyciągnęli z tego badania, to korzystny wpływ leku Sedatif PC na poprawę objawów łagodnych lub umiarkowanych zaburzeń lęgowych oraz poprawę parametrów snu. Efekty te nie były zależne od płci osób badanych, ich wieku ani od nasilenia objawów lęku przed rozpoczęciem leczenia.

WNIOSKI

Leczenie objawów zaburzeń lękowych czy zaburzeń snu preparatami naturalnymi (ziołowymi) jest alternatywą dla leków anksjolitycznych. Wybór leków naturalnych zależy od obrazu klinicznego zaburzeń lękowych, nasilenia objawów lęku i zaburzeń snu, możliwości stosowania innych technik terapeutycznych (psychoterapii) oraz konieczności leczenia zaburzeń współistniejących. Ze względu na udowodnioną skuteczność, dobrą tolerancję, brak interakcji lekowych i niskie ryzyko uzależnienia preparaty naturalne, takie jak Sedatif PC, powinny być brane pod uwagę w leczeniu zaburzeń lękowych i zaburzeń snu.

PIŚMIENNICTWO

1. Alramadhan E, Hanna MS, Hanna MS, Goldstein TA, Avila SM, Weeks BS: Dietary and botanical anxiolytics. *Med. Sci. Monit.* 2012, 18, 40–48.
2. Araszkievicz A: Zaburzenia dysocjacyjne. W: Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J: *Psychiatria*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011, t. 2, 453–466.
3. Coppola L, Montanaro F: Effect of a homeopathic complex medicine on state and trait anxiety and sleep disorders: an observational study. *Europ. J. Integr. Med.* 2012, 4S, 142.
4. Doron R, Lotan D, Rak-Rabl A, Raskin-Ramot A, Lavi K, Rehavi M: Anxiolytic effects of a novel herbal treatment in mice models of anxiety. *Life Sci.* 2012, 90, 995–1000.
5. Faustino TT, Almeida RB, Andreatini R: Medicinal plants for the treatment of generalized anxiety disorder: a review of controlled clinical studies. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2010, 32, 429–436.
6. Herrera-Arellano A, Jimenez-Ferrer JE, Zamilpa A, Garcia-Alonso G, Herrera-Alvarez S, Tortoriello J: Therapeutic effectiveness of *Galphimia glauca* vs. lorazepam in generalized anxiety disorder. A controlled 15-week clinical trial. *Planta Med.* 2012, 78, 1529–1535.
7. Jarema M: Leki przeciwlękowe. W: Wciórka J, Pużyński S, Rybakowski J: *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011, t. 3, 135–149.
8. Jarema M: Herbal drug treatment. In: Jarema M (Ed): *Biological treatment in psychiatry. Beyond pharmacotherapy*. *Neuroendocrinol. Let.* 2008, 29, suppl. 1, 93–104.
9. Lakhani SE, Vieira KE: Nutritional and herbal supplements for anxiety and anxiety-related disorders: systematic review. *Nutr. J.* 2010, 9–42.
10. Marmurowska-Michałowska H: Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną: neurastenia i zespół depersonalizacji (derealizacji). W: Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J: *Psychiatria*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011, t. 2, 475–480.
11. Rybakowski J: Zaburzenia lekowe w postaci fobii. W: Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J: *Psychiatria*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011, t. 2, 387–394.
12. Sarris J, McIntyre E, Camfield DA: Plant-based medicines for anxiety disorders. Part 2: a review of clinical studies with supporting preclinical evidence. *CNS Drugs*, 2013, May 8 (ahead of print).
13. Singhuber J, Baburin I, Khom S, Zehl M, Urban E, Hering S, Kopp B: GABA(A) receptor modulators from the Chinese herbal drug *Junci Medula* – the pith of *Juncus effusus*. *Planta Med.* 2012, 78, 455–458.
14. Siwiak-Kobayashi M: Zaburzenia lekowe uogólnione i napadowe. W: Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J: *Psychiatria*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011, t. 2, 395 – 414
15. Siwiak-Kobayashi M: Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną. W: Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J: *Psychiatria*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011, t. 2, 467–474.
16. Szafranski T: Zastosowanie szafranu (*Crocus sativus*) w psychiatrii. *Psychiatria, pismo dla praktyków*. 2013, maj (wyd. specjalne).
17. Zahreddine N, Richa S: Non-antidepressant treatment of generalized anxiety disorder. *Curr. Clin. Pharmacol.* 2013, Feb 4 (ahead of publ).

Adres do korespondencji:
Prof. dr hab. Marek Jarema
Instytut Psychiatrii i Neurologii
III Klinika Psychiatryczna
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa
e-mail: jarema@ipin.edu.pl
