

První pokus o ústavní detoxifikaci skončil po devíti dnech negativním reverzem. Po dimisi došlo k rychlé recidivě abúzu, v této době se ošetřujícími lékaři o pregabalínu ještě nezmiňuje. O rok později je opět na vlastní žádost přijat k léčbě závislosti, stále subjektivně v popředí zůstává zneužívání tramadolu. Po měsíci tuto léčbu po domluvě s terapeutickým týmem přerušuje s plánem časného návratu. K dokončení léčby ale nenastoupil kvůli rychlé recidivě. Terapeutický tým o zneužívání pregabalínu v této, ani v následující léčbě opět neinformuje, dle pozdějších rozhovorů ale v této době již pregabalín mimo léčebnu pravidelně užívá a pokaždé abstinenci poruší nejprve užitím většího množství pregabalínu. O další rok později opět nastupuje k léčbě závislosti, stále subjektivně v popředí tramadol. V mezidobí dochází k dalšímu životnímu propadu, při detoxifikaci se již objevují těžší, komplikované odvykávací stavy včetně epileptických záchvatů. Tuto třetí léčbu již řádně dokončuje a navazuje i v ambulantním doléčování. Po 2 měsících od řádného ukončení léčby přijíždí dle dohody na opakovací léčbu, při příjmu proklamuje abstinenci. Vstupní kontrolní toxikologie byla negativní, neb jsme o zneužívání pregabalínu stále nevěděli, a tudíž jeho přítomnost netestovali. Za hospitalizace byla zachycena mezi spolupacienty nepřiznaná manipulace s pregabalínem a opakovací léčba byla pro porušení pravidel terapie předčasně

ukončena. Záhy došlo k plnému rozvoji recidivy jak na tramadolu, tak pregabalínu. Terapeutický vztah jsme ale nepřerušili, a tak o půl roku později absoluuje pacient další, tentokrát měsíční posilovací pobyt. Při tomto pobytu je již zřejmá i role pregabalínu v pacientově závislosti. Ukazuje se, že od počátku při recidivách docházelo vždy nejprve ke zneužívání pregabalínu, což pacient nevnímal jako problém, a toto postupně vedlo přes navyšování dávek až k užití tramadolu a rozvoji plné recidivy. Při posledním pobytu jsme během dvou týdnů postupně pregabalín zcela vysadili. Z počáteční předepisované dávky 600 mg probíhalo snižování o 150 mg každé tři dny, souběžně byl detitrován i tramadol. Po celou dobu, kdy byl pacient v kontaktu s léčebnou v Červeném Dvoře, užíval antidepresivní medikaci. Ta byla opakovaně měněna. Spektrum léků, které se svým ambulantním psychiatrem a i během pobytů v léčebně vyzkoušel, sahá od tricyklických antidepresiv přes SSRI až k SNRI. Ke konci poslední léčby se ustálila medikace na kombinaci 75 mg anafanilu na noc a 40 mg paroxetinu ráno.

Po poslední léčbě navazuje i intenzivnější ambulantní terapii se zaměřením na užívání pregabalínu s pravidelným testováním včetně ověřování přítomnosti pregabalínu. Od poslední léčby dochází k mírnému životnímu zlepšení, trvale ale s propady nálady. Po roce od ukončení

léčby proběhla jedna jednorázová recidiva zneužití pregabalínu, rozvoj plné recidivy se podařilo ambulantně zastavit.

Závěr

Pregabalín je gabapentinoid, využívaný při léčbě epilepsie a bolesti a v psychiatrii při léčbě úzkostných symptomů. Jeho preskripce od uvedení na trh strmě vzrůstá. Při dlouhodobém užívání přináší jeho konzumace významně menší množství negativních dopadů na život pacienta než starší anxiolytická mediakce, tj. benzodiazepiny či barbituráty. Přesto není zcela bez komplikací a je nutné zvažovat i jiné farmakologické intervence, například nasazení či změnu antidepresiv, případně volit nefarmakologické terapie zvládnání úzkostí. Vysazování pregabalínu může být velice protrahované a vyžadovat terapeutickou podporu, jak ukazuje první kazuistika. Ta dále poukazuje na výhodnost pomalé detitrace pregabalínu vhodně doplněné podpůrnou psychoterapií. Při kombinované závislosti je nutné zvažovat a monitorovat i užívání pregabalínu pro riziko rozvoje plných recidiv, jak demonstruje kazuistika druhá.

Pregabalín má nesporně v současné farmakoterapii úzkosti své místo, nicméně nelze opomíjet rizika spojená s jeho rozšířenou preskripcí, a to zejména rizika v subpopulaci závislých. O těchto rizicích v současné době nejsou dostatečně informováni ani pacienti, ani lékaři.

LITERATURA

- Mohr P, et al. Klinická psychofarmakologie. Maxdorf. 2017;441-443.
- www.sukl.cz
- Bockbrader HN, Wesche D, Miller R, et al. A comparison of the pharmacokinetics and pharmacodynamics of pregabalin and gabapentin. *Clinical pharmacokinetics*. 2010;49(10):661-669.
- Bonnet U, Richter EL, Isbruch K, et al. On the addictive power of gabapentinoids: a mini-review. *Psychiatr Danub*. 2018;30(2):142-149. doi: 10.24869/psyd.2018.142. PMID: 29930223.

- Bonnet U, Scherbaum N. How addictive are gabapentin and pregabalin? A systematic review. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2017;27(12):1185-1215. doi: 10.1016/j.euroneuro.2017.08.430. Epub 2017 Oct 5. PMID: 28988943.
- Mravčík V, Chomynová P, Grohmannová K, et al. Zpráva o problematickém užívání psychoaktivních léků v České republice 2021. Praha: Úřad vlády České republiky. 2021. Available from: <https://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocní-zpravy/zprava-o-problematickem-uzivani-psychoaktivnich-leku-v-ceske-republice-2021/>.
- Ishikawa H, Takeshima M, Ishikawa H, et al. Pregabalin with-

- drawal in patients without psychiatric disorders taking a regular dose of pregabalin: A case series and literature preview. *Neuropsychopharmacology Reports*. 2021;41(3):434-439.
- Althobaiti YS, et al. Pregabalin: potential for addiction and a possible glutamatergic mechanism. *Scientific Reports*. 2011;9(1):1-8.
- Sahu S, Kumar S, Chaudhury S, et al. A case of pregabalin addiction. *Industrial Psychiatry Journal*. 2021;S352-S353.
- Schifano F. Misuse and abuse of pregabalin and gabapentin: cause for concern? *CNS Drugs*. 2014;28(6):491-6. doi: 10.1007/s40263-014-0164-4. PMID: 24760436.

