



**Małgorzata Reszczyńska**

Asystent w Klinice  
Gastroenterologii  
i Hepatologii USK  
we Wrocławiu, specjalista  
chorób wewnętrznych.  
Hobby: narciarstwo,  
literatura fantastyczna,  
budownictwo  
jednorodzinne  
we Wrocławiu.

# Leki psychotropowe dla kierowców. Jeszcze jeden powód, by stosować escitalopram

## Psychotropic medications for drivers. Yet another reason to use escitalopram

**Małgorzata Reszczyńska<sup>1</sup>, Kamil Chorążka<sup>2</sup>, Bartosz Łoza<sup>2</sup>, Maja Polikowska<sup>2</sup>, Magdalena Wilk<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Klinika Gastroenterologii i Hepatologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

<sup>2</sup> Klinika Psychiatrii Oddziału Fizjoterapii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

### STRESZCZENIE

Od 2010 r. piloci z łagodną lub umiarkowaną depresją przyjmujący jeden z 4 leków przeciwdepresyjnych: escitalopram, citalopram, sertralinę lub fluoksetynę, mają prawo latać. Nowa zasada zniosła niemal 70-letni zakaz obowiązujący w USA i zmieniła praktykę na całym świecie. Wcześniej piloci z kliniczną depresją, korzystający z psychoterapii lub farmakoterapii, mieli zakaz latania. Wprowadzona zmiana otwiera możliwość stworzenia pozytywnej listy leków psychotropowych, które można rekomendować także u kierowców. Należy przypomnieć, że choć uprawnienia do kierowania różnymi pojazdami zdobywa się osobno, to jednak odebranie tych uprawnień przez sąd zachodzi w wielu przypadkach łącznie.

**Słowa kluczowe:** leki psychotropowe, kierowcy, kierowanie, SSRI

### ABSTRACT

Since 2010, pilots taking medications for mild or moderate depression have been allowed to fly and take one of 4 antidepressants: escitalopram, citalopram, sertraline, or fluoxetine. This overturned a nearly 70-year ban in the USA and changed the worldwide practice. Earlier, clinically depressed pilots, including those undergoing psychotherapy or pharmacotherapy, were not allowed to fly. This change opens up the possibility for creating a positive list of psychotropic drugs which can be recommended also for drivers. It is important to remember that while authorizations to drive different vehicles are obtained individually, they are usually withdrawn by the court jointly.

**Key words:** psychotropic medicines, drivers, driving, SSRI

#### NAJWAŻNIEJSZE

**Jedynie 4 leki przeciwdepresyjne zostały dopuszczone do stosowania u pilotów: escitalopram, citalopram, fluoksetyna i sertralina.**

#### HIGHLIGHTS

**Only 4 antidepressants are allowed for pilots: escitalopram, citalopram, fluoxetine and sertraline.**

## WSTĘP

Sytuacja pacjentów kierowców i ich lekarzy psychiatrów jest nie do pozazdroszczenia. W Polsce generalnie żaden lek nie jest bezpośrednio pozytywnie rekomendowany dla kierowców. Jedynie część producentów decyduje się na obejście problemu, np. poprzez stwierdzenie, że dany lek jest środkiem niewywołującym efektu sedacji. Brak w tym zakresie także jasnych wniosków ze specjalistycznych badań kierowców [1]. Ogólnie stwierdza się, że stosowanie nowszych leków przynosi więcej korzyści niż podawanie starszych leków, co jednak nie jest ani precyzyjne, ani wiążące.

W istocie problem jest jeszcze bardziej złożony, nie ma bowiem jednoznacznej wykładni, która ustalałaby, czy i w jakim zakresie pozwalać na prowadzenie pojazdów przez osoby z zaburzeniami psychicznymi. W tym kontekście dochodzi raczej do stopniowego zaostrzania przepisów. A przecież 1/4–1/3 populacji będzie cierpieła na zaburzenia psychiczne w którymś momencie swojego życia. Nie jest to nawet oczywiste w odniesieniu do poszczególnych stopni niepełnosprawności. Skoro pracodawcy chętniej zatrudniają osoby z orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy i równocześnie zdolne do samodzielnej egzystencji, nawet „całkowita niezdolność” wydaje się dość umowna. Praktycznie dziś, tylko dzięki brakowi centralnych systemów sprawozdawczych w Polsce, miliony osób przyjmujących obecnie lub w przeszłości leki psychotropowe nie są równocześnie zagrożone pozbawieniem prawa jazdy lub – w najlepszym przypadku – wdrożeniem wobec nich procedury weryfikującej poprawność utrzymania prawa jazdy.

W tym kontekście niezwykle trudna jest sytuacja orzecznicza samych lekarzy. Niezależnie od wszelkich uwarunkowań, lekarze nie mają jednoznacznych wytycznych, czy i jakie leki mogą bezpiecznie zapisywać swoim pacjentom kierowcom. To jeszcze jedna niewyjaśniona sytuacja, w której przerzuca się odpowiedzialność na lekarza. Niewielkim pocieszeniem jest fakt, że rzadko słyszymy o wypadkach drogowych spowodowanych przez ludzi przyjmujących leki psychotropowe, szczególnie w porównaniu z osobami po spożyciu alkoholu. Powszechnie za nadmiernie represyjne uznano przepisy dotyczące obowiązku zawiadamiania organów wydających prawo jazdy o konieczności dokonania ponownej oceny predyspozycji zdrowotnych pacjenta przez lekarzy stwierdzających lub nawet tylko podejrzewających hipoglikemię czy napad padaczkowy [2]. Nawet przypadkowe zdarzenie czy niewyjaśnione okoliczności mogą więc pozbawić pacjenta jego podstawowej spo-

łecznej kompetencji – prawa jazdy. W przypadku błędu lekarz zaś ryzykuje całą swoją karierę.

W tej sytuacji warto skorzystać z kilku światowych rekomendacji instytucji zajmujących się transportem. Przeniesienie tej wiedzy na grunt polski może się odbyć poprzez kluczową dla każdego lekarza formułę art. 4 Ustawy o zawodzie lekarza, tj. że „Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej (...)”. Nie ma w tym zakresie powszechnych uregulowań unijnych; każdy kraj UE tworzy własne rozwiązania prawno-medyczne [3]. Chociaż w większości krajów wskazuje się na lekarza, by to on zaalarmował władze o zagrożeniu związanym z przyjmowaniem przez kierowcę leków psychotropowych, jak np. w Wielkiej Brytanii [4], są też kraje zobowiązujące do tego samego pacjenta, np. Hiszpania [3].

## LEKI PSYCHOTROPOWE A SPRAWNOŚĆ KIEROWCÓW

W największym badaniu screeningowym na temat rozpowszechnienia leków psychotropowych u kierowców ( $n = 1200$ ) [5] ujawniono, że 15% z nich przyjmuje przynajmniej jeden z leków służących głównie do leczenia depresji, lęku lub bezsenności. Najbardziej popularne okazały się benzodiazepiny i leki z grupy SSRI (*selective serotonin reuptake inhibitors*). Kierowcy powszechnie stosowali też różnego rodzaju niespecyficzne „trankwilizery” („uspokajacze”). Leki psychotropowe najczęściej przyjmowali kierowcy sklasyfikowani jako bezrobotni i pozostający w gospodarstwie domowym.

Współcześnie nie wystarczy już powiedzieć, że starsze leki psychotropowe są niekorzystne dla praktyki prowadzenia pojazdów, tworząc tym samym wrażenie, że nowsze mogą spełniać odpowiednie wymogi [1]. Duże badania w środowiskowym centrum zdrowia psychicznego w Hiszpanii [3] wykazały, że 84% ogółu pacjentów ( $n = 208$ ) w większości ( $n = 127$ ) posiadających prawo jazdy nie było w stanie pomyślnie zaliczyć przynajmniej jednego z testów neurokognitywnych niezbędnych do zdobycia lub utrzymania prawa jazdy. Należy podkreślić, że populacja pacjentów nie obejmowała chorych z najcięższymi zaburzeniami, a więc osób wymagających hospitalizacji. Ważne jest również, że żaden pacjent z tej grupy nie zawiadomił władz (mimo obowiązku prawnego), iż znajduje się w sytuacji potencjalnie zagrażającej poprawnemu kierowaniu samochodem. Jedynie 10% pacjentów przyznawało, że ich stan jest pod tym względem problematyczny. Profil kliniczny i farmakoterapia tej grupy odzwierciedlały typowy skład pacjen-

Leki psychotropowe dla kierowców. Jeszcze jeden powód, by stosować escitalopram  
M. Reszczyńska, K. Chorażka, B. Łoza, M. Polikowska, M. Wilk

tów w ogólnej psychiatrii, z dużą przewagą pacjentów z zaburzeniami lękowymi i depresyjnymi oraz z bardzo częstym zastosowaniem benzodiazepin i leków przeciwdepresyjnych [3].

W tym kontekście warto przytoczyć ranking leków przeciwdepresyjnych, uwzględniający potencjalne spełnienie wymogów egzaminu na prawo jazdy. Odpowiednie prawdopodobieństwo wynosi [6]:

- 10% dla leków przeciwdepresyjnych trójcyklicznych
- 20% dla wenlafaksyny
- 28% dla leków z grupy SSRI
- 50% dla mirtazapiny (w przypadku stosowania wieczorem).

## REKOMENDACJE NA ŚWIECIE

### 1. USA

Warto skorzystać z najpoważniejszej, profesjonalnej rekomendacji amerykańskiego Federalnego Urzędu ds. Lotnictwa (FAA, Federal Aviation Administration) [7]. Po części dzięki odwadze tej instytucji, a po części z konieczności, od 2010 r. FAA zaczął formułować bardzo jasne wskazania, które leki są dozwolone u pilotów, a które nie. Wiedzę tę można z kolei ekstrapolować na praktykę wydawania recept u kierowców samochodów. Jedynymi lekami przeciwdepresyjnymi dozwolonymi przez FAA są:

- escitalopram
- citalopram
- sertralina
- fluoksetyna.

Nietrudno zauważyć, że preferencje FAA są zbieżne z poglądami klinicystów [8], którzy wskazują na absolutną przewagę dwóch leków w zakresie skuteczności i tolerancji, tj. escitalopramu i sertraliny.

Niestety FAA wymaga od pilotów, leczących się nawet dopuszczonymi lekami, ujawnienia tego faktu i monitorowania stanu zdrowia co 6 miesięcy. Ponadto pilot rozpoczynający terapię depresji ma obowiązek leczenia jej przez 12 miesięcy „na ziemi”. Porównuje się to krytycznie z zasadą tylko 6 miesięcy „uziemienia” po operacji kardiologicznej. W rezultacie jak dotychczas jedynie 50 (!) pilotów w USA poddało się tego typu procedurze rejestracyjnej. Spośród pozostałych środków o działaniu przeciwdepresyjnym dopuszczalne jest zastosowanie preparatów dziurawca (ziele św. Jana, *Saint John's wort*). Niespodzianką może być zakaz FAA przyjmowania modafinilu (środka zwiększającego aktywność, prze-

ciwdziałającego senności). Z kolei dopuszczalne jest zastosowanie zolpidemu, pod warunkiem że czynność (pilotowanie) następuje nie wcześniej niż 24 h po jego przyjęciu. Dozwolona jest również melatonina, o ile pilot nie ma rozpoznanych zaburzeń snu (czyli tylko w klasycznym jet lagu). Wykluczając wiele nowych leków nasennych, dopuszczono – zapewne wskutek tradycji – użycie przestarzałej, działającej nasennie difenhydraminy.

Dozwolone jest zastosowanie plastrów z nikotyną lub warenikliny (ale z okresem wstępnego leczenia „na ziemi”), natomiast zakazany jest bupropion w leczeniu uzależnienia od nikotyny. Z pracy nie wykluczono pilotów palących tytoń.

### 2. Wielka Brytania

Brytyjska Agencja Rejestracji Kierowców i Pojazdów (DVLA, *Driver and Vehicle Licensing Agency*), powołując się na krajową ustawę o ruchu drogowym z 1988 r., nie rozróżnia między legalnymi a nielegalnymi substancjami psychotropowymi, dlatego też każdy kierowca pod wpływem środka psychoaktywnego niezdolny do jazdy może zostać ukarany [4]. To bardzo poważnie utrudnia wybór racjonalnej farmakoterapii. Zresztą wszystkie zalecenia DVLA przyjmują formę bardzo relatywną:

- Kierowcom odradza się stosowanie trójcyklicznych leków przeciwdepresyjnych, a **zaleca podawanie leków przeciwdepresyjnych nowszych generacji**, choć bez wskazania konkretnych leków.
- Leki przeciwpsychotyczne, w tym długo działające iniekcje (LAI, *long-acting injections*), mogą być stosowane jedynie „po przeprowadzeniu ostrożnej klinicznej oceny”. Nie ma jednak pozytywnych wskazań.
- Padają stanowcze ostrzeżenia przed benzodiazepinami, lekami psychotropowymi z podwyższonym ryzykiem napadów drgawkowych oraz przed interakcjami leków z alkoholem.
- Pojawia się ważna wskazówka, że dla sprawności kierowcy lepsze są kuracje długoterminowe (vs nieregularne) oraz kuracje skuteczne (vs nieskuteczne).
- Nie wolno prowadzić samochodu w okresie doraźnej terapii elektrowstrząsami. Zakaz nie obowiązuje już jednak w trakcie terapii przewlekłej.
- Zakaz prowadzenia pojazdów dotyczy okresu 48 h po użyciu środków anestetycznych.
- Lekarz jest zwolniony z obowiązku zachowywania tajemnicy w przypadku stwierdzenia ryzyka stosowania leków pogarszających sprawność kierowcy.

### 3. Australia

Australia jest dobrym przykładem braku konsekwencji w zakresie wskazań do stosowania leków psychotropowych u kierowców [6]. W tym kraju również nie odróżnia się środków legalnych od nielegalnych. W niektórych stanach Australii prowadzi się programy prewencyjne i monitoring stosowania leków, a w innych – nie. Wskazuje się na zbyt mały poziom zgromadzonej wiedzy, by formułować jednoznaczne zalecenia [6]. Ciekawostką jest wprowadzenie behawioralnego testu na obecność substancji psychotropowych u kierowców. Składa się on z kilku części, takich jak rozmowa i obserwacja, uzupełnionych o marsz, zwrot i stanie na jednej nodze. Test jest praktycznie zgodny z jakościowym badaniem biochemicznym [6]. W Australii próbuje się wprowadzać pomiary ilościowe substancji, ale w tym zakresie problemy są podobne (lub nawet większe) jak w przypadku oceny spożycia alkoholu.

### OMÓWIENIE

Rekomendacje dotyczące stosowania leków u kierowców są trudne do sformułowania m.in. dlatego, że nie ustalono, jakie miałyby być kryteria dopuszczenia bądź wykluczenia leków i na jakie domeny mogłyby one wpływać, a na jakie nie (sposobność, skupienie uwagi, przerzutność uwagi, tempo pracy, senność, podejmowanie decyzji, rozwiązywanie problemów, czas reakcji psychomotorycznej, etc.). Można przyjąć, że chodzi o pewien krytyczny zakres funkcji poznawczych niezbędnych u kierowców.

Jednak już nawet najprostsza kwestia – czy lepiej, by pacjent prowadził pojazd uspokojony lekami, czy bez zażywania leków, ale odczuwając niepokój – pozostaje otwarta. W tym przypadku rekomenduje się coraz częściej raczej systematyczne leczenie [4]. Jak wiemy, Andreas Lubitz, który dokonał samobójstwa rozszerzonego 24.03.2015 r., roztrzaskując w Alpach samolot Germanwings, przerwał wcześniej leczenie przeciwdepresyjne. Właśnie z tego powodu amerykański FAA uznał, że lepiej „kontrolować” problem, niż udawać, że go nie ma. Tak powstała lista 4 rekomendowanych leków przeciwdepresyjnych.

To oczywiście duży postęp w porównaniu z Polską, w której nie wypracowano zrównoważonych przepisów w tym względzie. W rezultacie odpowiedzialność za ewentualne szkody nieuchronnie staje się także udziałem lekarzy.

### WNIOSKI

Korzystając z art. 4 Ustawy o zawodzie lekarza – o konieczności leczenia zgodnie z aktualną wiedzą medyczną – dopuszczalne jest stosowanie u pacjentów kierujących pojazdami escitalopramu, citalopramu, sertraliny i fluoksetyny. Oczywiście nawet w przypadku tych leków mogą zachodzić okoliczności wykluczające ich użycie właśnie u kierowców (np. równoczesne spożycie alkoholu).

Oprócz 4 wymienionych leków przeciwdepresyjnych pozytywne rekomendacje do stosowania u kierowców obejmują nieliczne leki psychotropowe (zolpidem, melatonina, plastry z nikotyną, wardenklina).

### PIŚMIENNICTWO

1. Rapoport MJ, Baniña MC. Impact of psychotropic medications on simulated driving: a critical review. *CNS Drugs* 2007; 21(6): 503-519.
2. DzU z dn. 7 stycznia 2014 r., nr 2, poz. 15 oraz DzU z dn. 15 kwietnia 2011 r., nr 88, poz. 503.
3. De las Cuevas C, Sanz EJ. Fitness to Drive of Psychiatric Patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2008; 10(5): 384-390.
4. Driver and Vehicle Licensing Agency [<https://www.gov.uk/guidance/current-medical-guidelines-dvla-guidance-for-professionals-psychiatric-chapter-appendix>] wersja: 03.09.2015.
5. Alonso F, Esteban C, Montoro L, Tortosa F. Psychotropic drugs and driving: prevalence and types. *Ann Gen Psychiatry* 2014; 13: 14.
6. Stough C, King R. The role of alcohol and other drugs in road deaths and serious injuries. 2010; 12(March): 1-27.
7. FAA [[https://www.faa.gov/about/office\\_org/headquarters\\_offices/avs/offices/aam/ame/guide/pharm/](https://www.faa.gov/about/office_org/headquarters_offices/avs/offices/aam/ame/guide/pharm/)].
8. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2009; 373(9665): 746-758.

#### Adres do korespondencji:

Małgorzata Reszczyńska

00-870 Warszawa, Wronia 45/U1