

Palenie tytoniu w psychiatrii: czas na zmiany

Elena Ratschen, John Britton, Ann McNeill

The British Journal of Psychiatry (2011)198, 6–7

Palenie tytoniu często towarzyszy poważnym chorobom psychicznym i ma bardzo szkodliwy wpływ na życie chorych. Zarówno to, jak i obecne odejście od przyzwolenia na palenie tytoniu w sytuacjach społecznych nie zmniejszyło akceptacji dla palenia tytoniu w ośrodkach psychiatrycznych. Konieczna jest szybka zmiana, która zapobiegłaby pogłębieniu tego rozwarstwienia.

Kwestia sporna

Związek między paleniem tytoniu a chorobami psychicznymi jest tak silny, że kuszące wydaje się założenie, iż jest nierozdzielny. Częstość palenia tytoniu wśród osób z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych jest nieproporcjonalnie duża. Sięga 40-50% u osób z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych i lękowych oraz około 70% lub więcej u chorych na schizofrenię,¹ niezależnie od innych wpływających na to czynników, takich jak wiek i status społeczno-ekonomiczny. Palenie tytoniu znacząco przyczynia się do chorobowości i zbyt dużej umieralności osób z poważnymi chorobami psychicznymi. Sugerowano, że nadmierna umieralność chorych na schizofrenię jest związana przede wszystkim z paleniem tytoniu.² Osoby z poważnymi zaburzeniami psychicznymi 2-3-krotnie częściej cierpią z powodu chorób związanych z paleniem tytoniu, w tym chorób układu krążenia i nowotworowych.³

Wielu lekarzy zajmujących się zdrowiem psychicznym uważa palenie tytoniu za zjawisko, które wykracza poza obszar ich bezpośrednich oddziaływań i odpowiedzialności, uznając je za związane raczej ze zdrowiem somatycznym. Trzeba jednak zauważyć, że palenie tytoniu spełnia fizjologiczne, behawioralne i społeczne kryteria zespołu uzależnienia, zaś związana z nim chorobowość i śmiertelność na poziomie społecznym przekracza konsekwencje uzależnienia od innych substancji lub innych pojedynczych zachowań.⁴ Palenie tytoniu zasługuje na uwagę również w związku z leczeniem chorób psychicznych. Ze względu na wspólny metabolizm niektórych leków przeciwpsychotycznych i węglowodorów zawartych w dymie tytoniowym

u osób palących przeważnie konieczne są większe dawki leków przeciwpsychotycznych. Co więcej, nikotyna, będąca głównym składnikiem psychoaktywnym dymu tytoniowego, bezpośrednio wpływa na funkcje poznawcze, nastroj i uwagę, a skutki jej działania są podobne do częstych objawów wielu zaburzeń psychicznych.⁵ Mimo to wielu lekarzy zajmujących się zdrowiem psychicznym uważa palenie tytoniu za istotny mechanizm radzenia sobie, uznając je za sposób samoleczenia.⁶ Umożliwienie i zakazywanie palenia tytoniu to często stosowane nagrody lub kary za stosowanie się do zaleceń związanych z leczeniem, odgrywające ważną rolę w interakcjach między pacjentami a personelem na oddziałach psychiatrycznych.

Krok w przód (i w tył)

Niektóre nowe odkrycia są jednak krzepiące. Przeprowadzone ostatnio systematyczne badania przeglądowe potwierdziły, że interwencje terapeutyczne polegające na wsparciu behawioralnym i leczeniu farmakologicznym, które są skuteczne w populacji ogólnej są również (przynajmniej tak samo) skuteczne u palących tytoń chorych z zaburzeniami psychicznymi i nie wydają się pogarszać objawów tych zaburzeń.^{7,8} Opracowano wytyczne, zestawy narzędzi i programy szkoleniowe wspierające właściwe leczenie cierpiących na zaburzenia psychiczne osób palących tytoń. Oczekiwanym krokiem było również podjęcie działań prawnych zmierzających do stworzenia od czerwca 2008 roku w placówkach zdrowia psychicznego w Anglii środowiska wolnego od dymu tytoniowego.

Elena Ratschen jest wykładowcą epidemiologii/kontroli palenia tytoniu w brytyjskim Centre for Tobacco Control Studies, University of Nottingham, City Hospital, Nottingham. John Britton jest profesorem epidemiologii i kierownikiem UK Centre for Tobacco Control Studies, University of Nottingham, City Hospital, Nottingham. Ann McNeill jest profesorem polityki zdrowotnej i promocji w brytyjskim Centre for Tobacco Control Studies, University of Nottingham, City Hospital, Nottingham.

Konflikt interesów: nie zgłoszono.

Elena Ratschen, MPH, PhD, John Britton, MD, MSc, Ann McNeill, PhD, UK Centre for Tobacco Control Studies, the University of Nottingham, City Hospital, Nottingham, UK.

Adres do korespondencji: Elena Ratschen, UK Centre for Tobacco Control Studies, the University of Nottingham, Clinical Sciences Building, City Hospital, Nottingham NG5 1PB, Wielka Brytania. E-mail: Elena.ratschen@nottingham.ac.uk

Otrzymało 13 kwietnia 2010, ostateczna rewizja 30 lipca 2010, przyjęto do druku 19 sierpnia 2010.

Autorzy opracowali program badawczy służący do oceny wprowadzenia polityki stworzenia środowiska wolnego od dymu tytoniowego na oddziałach psychiatrycznych w lokalnym okręgu psychiatrycznym National Health Service (NHS), jednym z największych w Wielkiej Brytanii, który rok wcześniej wprowadził politykę wolności od dymu tytoniowego.^{9,10} Stwierdzono, że wprowadzenie tej polityki, która miała dotyczyć jednocześnie budynków i ich otoczenia, na badanych ostrych oddziałach psychiatrycznych dla dorosłych powiodło się tylko częściowo, przy utrzymaniu możliwości palenia tytoniu w wydzielonych miejscach na zewnątrz, przed wejściem na oddział i w innych wyznaczonych miejscach. Oznacza to, że palenie tytoniu na świeżym powietrzu pozostało normą. Relacjonowano związane z tym niekorzystne zjawiska, takie jak niedostępność personelu w związku z przerwami na papierosa lub odprowadzaniem na papierosa pacjentów, którzy tego wymagali, a także skupienie się pacjentów na tych regularnych przerwach kosztem innych aktywności terapeutycznych. Wiedza personelu na temat uzależnienia od tytoniu, jego leczenia i związków z zaburzeniami psychicznymi była niewielka, we wszystkich grupach zatrudnionych w tym okręgu. Pacjenci deklaruowali, że zgadzają się z prowadzoną polityką, dopóki mogli palić na zewnątrz. Zgłaszali brak ustrukturyzowanego wsparcia ze strony personelu w zaprzestawaniu palenia.

Wobec tych ograniczeń autorzy opracowali pilotażową interwencję, obejmującą ukierunkowane szkolenie personelu i oparty na dowodach program zaprzestania/ograniczenia palenia tytoniu we współpracy z lokalną „stop smoking service” w ramach NHS. Miało to na celu zaangażowanie personelu i przeszkolenie go w strategiach tworzenia środowiska wolnego od dymu tytoniowego oraz zaoferowanie pacjentom w ostrych stanach leczenia uzależnienia od nikotyny. Rekrutowanie personelu i pacjentów do udziału w tym programie okazało się szczególnie trudne, co odzwierciedlało czynniki związane z chorobą i czynniki systemowe, w tym postawy personelu i traktowanie palenia jako normy. W rezultacie program nie przyniósł wymiernych korzystnych wyników.

Napotykanne przez autorów trudności nie są wyjątkiem.¹¹ W dużej mierze powodują utratę satysfakcji z promowania wolnego od dymu tytoniowego środowiska na oddziałach psychiatrycznych. Przyczyny traktowania palenia tytoniu jako akceptowanego (a nawet oczekiwanego) zjawiska są złożone. Autorzy są jednak przekonani, że w dużej mierze wynika to z niechęci osób zajmujących się zdrowiem psychicznym do uznania znaczenia i realności poradzenia sobie z problemem palenia tytoniu oraz przyjęcia programu zaprzestania palenia. Ten opór może wynikać z błędnego założenia, że osoby z poważnymi zaburzeniami psychicznymi zazwyczaj nie chcą zaprzestać palenia. Założenie takie nie jest poparte dowodami,¹² i wydaje się obowiązywać tylko w dziedzinie zdrowia psychicznego.¹³ Wiele należy jeszcze zrobić, aby chorzy z zaburzeniami psychicznymi nie byli pozbawieni korzyści płynących z walki z konsekwencjami palenia tytoniu.

W przyszłości

Trzeba dążyć do lepszego uświadomienia lekarzy, na przykład przez obowiązkowe szkolenia na wszystkich poziomach. Potrzebne są dalsze badania mające na celu zidentyfikowanie i ulepszenie wyspecjalizowanych, skutecznych metod wspierania palących tytoń osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi. Palenie tytoniu powinno być uważane za jeden z podstawowych objawów w psychiatrii, podobnie jak w innych dziedzinach ochrony zdrowia. Wydaje się, że nadrzędne znaczenie ma ściśle zintegrowanie problemów związanych z paleniem z różnymi formami leczenia. Przyszłe zmiany polityczne i ekonomiczne powinny obejmować wprowadzenie finansowego systemu silnie motywującego lekarzy do zajmowania się problemem zaprzestania palenia przez ich pacjentów. Może to polegać na ocenie jakości wyników leczenia osiąganych przez lekarzy ogólnych, stosowaniu odpowiednich nagród oraz wprowadzaniu programów motywacyjnych w ośrodkach psychiatrycznych o pierwszym i drugim stopniu referencyjności, w ramach których palenie należałoby do parametrów służących do oceny pracy lekarzy.

W celu zapewnienia dostępnego wsparcia osobom palącym tytoń w całej Wielkiej Brytanii powołano ośrodki pomagające w zaprzestaniu palenia w ramach NHS. Osoby z poważnymi zaburzeniami psychicznymi i silnym uzależnieniem od nikotyny powinny być głównymi klientami tych ośrodków, jednak często w ogóle nie korzystają z ich usług.¹⁴ Programy 4-tygodniowe mają niewielką przydatność lub są całkowicie nieprzydatne przy próbach dostosowania interwencji do potrzeb silnie uzależnionych palaczy z zaburzeniami psychicznymi, którzy często potrzebują intensywnego wsparcia nawet przy zrobieniu pierwszego kroku w kierunku zaprzestania palenia. Dla wielu z nich nawet ograniczenie liczby wypalanych papierosów jest celem trudnym do osiągnięcia. Gdy ośrodki pomagające w zaprzestaniu palenia inwestują zasoby w leczenie trudno dostępnych grup pacjentów, czynią to kosztem celów, z których realizacji są obecnie rozliczane. Jeżeli leczenie wspomagające zaprzestanie palenia miałoby być standardowo stosowane w ośrodkach psychiatrycznych, pilnie potrzebne byłoby zmiany dotyczące krótkoterminowych celów w dążeniu do zaprzestania palenia, będących główną siłą napędową planowania i finansowania funkcjonowania takich ośrodków; skupienie się na rzucaniu palenia palaczy narażonych na inne zagrożenia zdrowotne oraz właściwe szkolenie osób pomagających w rzucaniu palenia, w celu zapewnienia odpowiedniego leczenia osób palących cierpiących jednocześnie na zaburzenia psychiczne. Należy także zwrócić uwagę na konieczność poprawy współpracy między osobami zajmującymi się leczeniem psychiatrycznym i pomocą w zaprzestaniu palenia.¹⁴

Utrzymujący się stan rzeczy – znaczna częstość uzależnienia od palenia tytoniu wśród pacjentów z zaburzeniami psychicznymi – zagraża pogłębianiem nierówności między stanem zdrowia tej grupy a reszty społeczeństwa i zwiększeniem piętna, z którym tak silnie walczą zainteresowane grupy osób.

Autorzy są przekonani, że podjęcie opisanych powyżej kroków doprowadzi do tego, że osoby z zaburzeniami psychicznymi nie zostaną pominięte.

From the British Journal of Psychiatry (2011) 198, 6–7. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyright © 2011 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

Piśmiennictwo

- Olivier D, Lubman DI, Fraser R. Tobacco smoking within psychiatric inpatient settings: biopsychosocial perspective. *Aust N Z J Psychiatry* 2007;41:572–80.
- Brown S, Barraclough B, Inskip H. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000;177:212–7.
- Osborn DPJ, Levy G, Nazareth I, Petersen I, Islam A, King MB. Relative risk of cardiovascular and cancer mortality in people with severe mental illness from the United Kingdom's general practice research database. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:242–9.
- Bergen AW, Caporaso N. Cigarette smoking. *J Natl Cancer Inst* 1999;91:1365–75.
- Berk M, Ng F, Wang WV, Tohen M, Lubman DI, Vieta E, et al. Going up in smoke: tobacco smoking is associated with worse treatment outcomes in mania. *J Affect Disord* 2008;110:126–34.
- Lawn S, Condon J. Psychiatric nurses' ethical stance on cigarette smoking by patients: determinants and dilemmas in their role in supporting cessation. *Int J Mental Health Nurs* 2006;15:118.
- Banham L, Gilbody S. Smoking cessation in severe mental illness: what works. *Addiction* 2010;105:1176–89.
- Tsoi DT-Y, Porwal M, Webster AC. Efficacy and safety of bupropion for smoking cessation and reduction in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2010;196:346–53.
- Ratschen E, Britton J, Doody GA, McNeill A. Smoke-free policy in acute mental health wards: avoiding the pitfalls. *Gen Hosp Psychiatry* 2003;31:131–6.
- Ratschen E, Britton J, Doody GA, Leonardi-Bee J, McNeill A. Tobacco dependence, treatment and smoke-free policies: a survey of mental health professionals' knowledge and attitudes. *Gen Hosp Psychiatry* 2009;31:576–82.
- Campion J, Lawn S, Brownlie A, Hunter E, Gynther B, Pols R. Implementing smoke-free policies in mental health inpatient units: learning from unsuccessful experience. *Australas Psychiatry* 2010;16:92–7.
- Siru R, Hulse GK, Tait RJ. Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness: a review. *Addiction* 2009;104:719–33.
- McNally L, Oyefeso A, Annan J, Perryman K, Bloor R, Freeman S, et al. A survey of staff attitudes to smoking-related policy and intervention in psychiatric and general health care settings. *J Public Health* 2006;28:192–6.
- McNally L, Ratschen E. The delivery of stop smoking support to people with mental health conditions: a survey of NHS Stop Smoking Services. *BMC Health Serv Res* 2010;10:179.
- Wilkinson RG, Pickett KE. Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Soc Sci Med* 2006;62:1768–84.
- Kondo N, Sembajwe G, Kawachi I, van Dam RM, Subramanian SV, Yamagata, Z. Income inequality, mortality and self-rated health: a meta-analysis of multilevel studies with 60 million subjects. *BMJ* 2009;339: b4471.
- Subramanian SV, Kawachi I. Income inequality and health: what have we learned so far? *Epidemiol Rev* 2004;26:78–91.
- Wolfson M, Kaplan G, Lynch J, Ross N, Backlund E. Relation between income inequality and mortality: empirical demonstration. *BMJ* 1999;319:953–5.
- Weich S, Lewis G, Jenkins SP. Income inequality and the prevalence of common mental disorders in Britain. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 222–7.
- Wilkinson R, Pickett K. *The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone*. Penguin, 2010.
- Wilkinson R, Pickett KE. The problems of relative deprivation: why some societies do better than others. *Soc Sci Med* 2007;65:1965–78.
- Wilkinson R, Pickett KE. Income inequality and social dysfunction. *Ann Rev Sociol* 2009;35:493–511.
- Donnellan C. *Mental Wellbeing*. Independence Educational Publishers, 2004.
- Office for National Statistics, *Psychiatric Morbidity among Adults Living in Private Households, 2000*. TSO (The Stationery Office), 2001.
- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004;291:2581–90.
- Wells JE, Oakely-Brown MA, Scott KM, Mcgee MA, Baxter J, Kokaua J, et al. Te Rau Hinengaro: the New Zealand Mental Health Survey: overview of methods and findings. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40:835–44.
- Australian Bureau of Statistics. *National Health Survey, Mental Health, 2001*. Australian Bureau of Statistics, 2003.
- WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull World Health Organ* 2000;78:413–26.
- Zahran HS, Kobau R, Moriarty DG, Zack MM, Holt J, Donehoo R, et al. Health-related quality of life surveillance—United States, 1993–2002. *MMWR Surveill Summ* 2005;54:1–35.
- Child and Adolescent Health Measurement Initiative. *National Survey of Children's Health, Data Resource Center on Child and Adolescent Health, Child and Adolescent Health Measurement Initiative*. CAHMI, 2006 (<http://www.childhealthdata.org>).
- Fiscella K, Franks P. Individual income, income inequality, health, and mortality: what are the relationships? *Health Serv Res* 2000;35:307–18.
- Kahn RS, Wise PH, Kennedy BP, Kawachi I. State income inequality, household income, and maternal mental and physical health: cross sectional national survey. *BMJ* 2000;321:1311–5.
- Shi L, Starfield B, Politzer R, Regan J. Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health. *Health Serv Res* 2002;37:529–50.
- Henderson C, Liu X, Diez Roux AV, Link BG, Hasin D. The effects of US state income inequality and alcohol policies on symptoms of depression and alcohol dependence. *Soc Sci Med* 2004;58:565–75.
- James O. *Affluenza*. Vermilion, 2007.
- de Botton A. *Status Anxiety*. Hamish Hamilton, 2004.
- Frank RH. *Luxury Fever*. Free Press, 1999.
- Layard R. *Happiness: Lessons from a New Science*. Allen Lane, 2005.
- United Nations Office on Drugs and Crime. *World Drug Report*. UN Office on Drugs and Crime, 2007.
- Center for Disease Control and Prevention. *Compressed Mortality Files 1999–2006*. Center for Disease Control and Prevention, 2007 (<http://wonder.cdc.gov/mortsql.html>).
- Morgan D, Grant KA, Gage HD, Mach RH, Kaplan JR, Prioleau O, et al. Social dominance in monkeys: dopamine D2 receptors and cocaine self-administration. *Nat Neurosci* 2002;5:169–74.
- Friedli L. *Mental Health, Resilience and Inequalities*. WHO Regional Office for Europe, 2009.
- The Marmot Review. *Fair Society, Healthy Lives*. The Marmot Review, 2010.

piśmiennictwo ze str. 38