

Palenie tytoniu a schizofrenia: podejścia terapeutyczne w ramach podstawowej opieki medycznej

Amanda L. Baker, BA (Hons), MPsychol, PhD, Dan I. Lubman, MB ChB, PhD,
Leanne Hides, BBehSc (Hons), PhD

- Wiele palących tytoń osób cierpiących na zaburzenia psychiczne ma motywację do rzucenia palenia.
- Skojarzenie farmakoterapii i poradnictwa o charakterze psychospołecznym przez dłuższy czas może pomóc osobom z zaburzeniami psychicznymi w zaprzestaniu palenia.
- Zapobieganie nawrotom nałogu może wymagać zastosowania wielu strategii, w tym elastycznego połączenia farmakoterapii i poradnictwa.

Streszczenie

W grupie osób z zaburzeniami psychicznymi uzależnienie od palenia tytoniu jest częste, ponadto stanowi także przyczynę istotnej chorobowości i większej umieralności. Na tak duże rozpowszechnienie nałogu w tej grupie wpływają różne czynniki, takie jak choroba, zmienne społeczno-demograficzne, styl życia, instytucjonalizacja i oddziaływanie przemysłu tytoniowego. Wielu chorych psychicznie chciałoby rzucić palenie tytoniu – lub przynajmniej je ograniczyć – jednak nie otrzymują oni wystarczającego wsparcia ze strony systemu opieki zdrowotnej. Wyniki wielu randomizowanych badań kontrolowanych z udziałem chorych psychicznie palących tytoń wykazały, że interwencje podejmowane w celu zaprzestania palenia są skuteczne także w tej grupie pacjentów i najczęściej prowadzą do ograniczenia intensywności palenia tytoniu. Pomoc w zaprzestaniu palenia powinna być oferowana w ramach opieki podstawowej i polegać na stosowaniu właściwej farmakoterapii oraz poradnictwa o charakterze psychospołecznym. Strategie psychospołeczne, które niewątpliwie można realizować w ramach podstawowej opieki medycznej, to krótkie interwencje zwiększające motywację, zwiększanie wsparcia społecznego, a także strategie behawioralne, takie jak unikanie sytuacji wysokiego ryzyka i właściwy układ aktywności, strategie poznawcze, których celem jest radzenie sobie z głodem nikotynowym i złym samopoczuciem, a także poprawa stylu życia oraz zapobieganie nawrotom. Ponieważ palenie tytoniu jest nałogiem przewlekłym i nawracającym, należy przy wykorzystaniu elastycznego połączenia farmakoterapii i poradnictwa zachęcać chorych do dokonania wielu zmian.

Wprowadzenie

W opublikowanym ostatnio przeglądzie piśmiennictwa dotyczącym palenia tytoniu i chorób psychicznych¹ postawiono następujące pytanie: „Czy istnieje jakikolwiek powód, aby wszelkie wysiłki zmierzające do ograniczenia palenia tytoniu nie były stosowane w równej mierze wobec osób chorych psychicznie?”. Biorąc pod uwagę to, że w Stanach Zjednoczonych 44% papierosów wypalają osoby z zaburzeniami psychicznymi lub nadużywające substancji,² trudno się nie dziwić, że pytanie to zostało postawione ponad 50 lat po tym, jak udowodniono szkodliwość palenia tytoniu.³ Autorzy tego artykułu stawiają podobne pytanie: Czy istnieje jakikolwiek powód, dla którego wszelkie wysiłki podejmowane przez lekarzy rodzinnych i ogólnych nie miałyby być w równym stopniu kierowane pod adresem

grupy osób z zaburzeniami psychicznymi (w tym chorych z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym i zaburzeniami należącymi do spektrum schizofrenii)? Odpowiedź na to pytanie wymaga od autorów przeprowadzenia przeglądu szkód związanych z paleniem tytoniu, które mogą wystąpić w grupie osób z zaburzeniami psychicznymi, czynników związanych ze wzorcem palenia tytoniu w grupie u tych osób, ustalenia, czy chorzy z zaburzeniami psychicznymi rzeczywiście wyrażają chęć zaprzestania palenia, a także przeprowadzenia przeglądu badań oceniających skuteczność interwencji podejmowanych w celu ułatwienia zaprzestania palenia. Na zakończenie przedstawiono zalecenia dotyczące podejmowania takich interwencji, które mogą być prowadzone w grupie osób z zaburzeniami psychicznymi w warunkach opieki podstawowej.

Dr Baker, professor, NHMRC senior research fellow, Centre for Brain and Mental Health Research, University of Newcastle, New South Wales, Australia. Dr Lubman, associate professor, dr Hides, senior research fellow, Orygen Youth Health Research Centre, University of Melbourne, Australia.

Autorzy nie zgłaszają żadnych mogących powodować konflikt interesów zależności finansowych ani innych powiązań z organizacjami komercyjnymi.

Autorzy dziękują Louise Thornton i Vanessie Clark za pomoc w przygotowaniu artykułu.

Adres do korespondencji: Amanda L. Baker, Centre for Brain and Mental Health Research, University of Newcastle, University Drive, Callaghan, NSW, 2308, Australia; e-mail: Amanda.Baker@newcastle.edu.au.

Epidemiologia

Palenie tytoniu wśród osób z zaburzeniami psychicznymi jest niezwykle częste (70-80%)⁴ w porównaniu z osobami z innymi zaburzeniami psychicznymi (50%) i populacją ogólną (21%).³ Według Hughesa częstość palenia tytoniu w grupie osób leczonych ambulatoryjnie z powodu zaburzeń psychicznych jest 1,6 razy większa niż w populacji ogólnej po uwzględnieniu takich zmiennych, jak: wiek, płeć, stan cywilny, status społeczno-ekonomiczny i używanie alkoholu. Wiadomo także, że chorzy na schizofrenię palą tytoń dwukrotnie częściej niż inne osoby z zaburzeniami psychicznymi powodującymi porównywalne upośledzenie,⁶ wypalają dużą liczbę papierosów i są w znacznym stopniu uzależnieni od nikotyny.⁷

W jednym z badań⁸ wykazano, że ryzyko zachorowania na schizofrenię jest większe wśród osób palących tytoń. Wyniki badania katamnetycznego (4-16 lat), w którym udział wzięło 14 248 mężczyzn w wieku 18 lat powołanych do izraelskich sił zbrojnych (Israeli Defence Forces), wskazują, że u młodych 18-letnich mężczyzn wypalających 1-9 papierosów dziennie ryzyko hospitalizacji z powodu schizofrenii w okresie katamnezy rośnie 1,4 razy. U osób palących 10 papierosów lub więcej ryzyko takiej hospitalizacji rośnie 2,3 razy. Różnica pozostaje istotna statystycznie po uwzględnieniu takich zmiennych, jak: sprawność poznawcza, przystosowanie społeczne, występowanie niepsychotycznych zaburzeń psychicznych i status społeczno-ekonomiczny. Poważnym ograniczeniem tego badania było jednak to, że nie uwzględniono w nim wpływu palenia konopi, mimo że coraz więcej dowodów wskazuje na związek między używaniem kanabinoli a wystąpieniem schizofrenii.⁹

Szkody związane z paleniem tytoniu

Szkody związane z paleniem tytoniu przez chorych na schizofrenię są istotne, zwłaszcza jeśli chodzi o koszty zdrowotne, ekonomiczne i jakość życia. Zwiększona umieralność w grupie chorych na schizofrenię w dużej mierze (z wyjątkiem zgonów w wyniku wypadków i samobójstw) wiąże się z paleniem papierosów,¹⁰ przy czym wielu chorych umiera we względnie młodym wieku z powodu chorób związanych z paleniem tytoniu (np. choroby wieńcowej, nowotworów, chorób krążenia mózgowego, chorób układu oddechowego). Na przykład umieralność z powodu raka płuc jest wśród chorych na schizofrenię dwukrotnie większa niż w populacji ogólnej,¹⁰ a co najmniej 33% pacjentów ze schizofrenią cierpi z powodu choroby wieńcowej.¹¹ Śmiertelność związana z chorobą wieńcową jest wśród chorych z zaburzeniami psychicznymi mniej

więcej dwukrotnie większa niż w populacji ogólnej.¹² W istocie choroba wieńcowa jest częstszą przyczyną zgonu chorych na schizofrenię niż samobójstwo.¹³

Palenie tytoniu przyspiesza także metabolizm kilku leków przeciwpsychotycznych (przez indukcję izoenzymu 1A2 cytochromu wątrobowego p450) oraz niektórych leków przeciwdepresyjnych i przeciwłękowych. W rezultacie osoby palące tytoń i stosujące te leki wymagają większych dawek w porównaniu z osobami niepalącymi,¹⁴ co z kolei zwiększa ryzyko wystąpienia działań niepożądanych.^{14,15} Niezależnie od niekorzystnego wpływu na zdrowie palenie tytoniu wiąże się ze znacznymi kosztami ekonomicznymi – dotyczy to zwłaszcza osób o niskich dochodach, a do tej grupy należy wiele osób z przewlekłymi chorobami psychicznymi. Szacuje się, że zakup papierosów może pochłaniać nawet 33% tygodniowych dochodów,² co ma oczywisty niekorzystny wpływ na jakość życia.¹⁶

Czynniki związane z paleniem tytoniu

Oprócz dobrze znanych czynników społeczno-ekonomicznych oraz czynników związanych ze stylem życia wpływających na palenie tytoniu⁴ wydaje się, że także te związane z chorobą mogą odpowiadać za dużą częstość palenia tytoniu wśród chorych na schizofrenię. Uważa się, że występujące w schizofrenii deficyty w przetwarzaniu informacji są związane ze zmienioną ekspresją receptorów nikotynowych alfa7.¹⁷ Pojawia się też coraz więcej dowodów na to, że u chorych na schizofrenię występuje tendencja do samoleczenia zaburzeń poznawczych (np. zaburzeń sensorycznych, zaburzeń koncentracji uwagi, zaburzeń pamięci przestrzennej).¹⁸ Ponadto osoby z zaburzeniami psychicznymi podają takie same przyczyny palenia, jakie zgłaszają osoby, u których zaburzenia psychiczne nie występują,¹⁹ choć także palą po to, aby zmniejszyć nasilenie negatywnych objawów psychotycznych lub niepożądanych działań leków.¹⁶ Mimo to Srinivasan i Thara²⁰ uważają, że palenie tytoniu przez chorych na schizofrenię nie jest zjawiskiem nieuniknionym, i są zdania, że oprócz czynników neurochemicznych należy również brać pod uwagę czynniki ekonomiczne i społeczne.

Wydaje się, że personel służby zdrowia i instytucje zajmujące się opieką nad chorymi psychicznie robią niewiele, aby zniechęcić pacjentów do palenia tytoniu.^{21,22} Wielu członków personelu używa papierosów jako formy wzmocnienia pewnych zachowań pacjentów (np. po to, aby ich zachęcić do stosowania się do zaleceń odnośnie do przyjmowania leków lub zniechęcić ich do zachowań związanych z przemocą).²² Wiadomo też, że te pielęgniarki, które palą tytoń, rzadziej zachęcają cho-

rych do zaprzestania palenia i uważają, iż palenie razem z pacjentami może mieć znaczenie terapeutyczne.²³ Takie postawy i praktyki nie wpływają korzystnie na zachęcanie chorych do niepalenia na oddziałach psychiatrycznych, a wręcz mogą zwiększać ryzyko, że nowi pacjenci zaczną palić pod wpływem innych chorych, ze względu na brak innych aktywności na oddziale oraz wzmacniające działanie instytucji.²¹ Ponadto wydaje się, że pracownicy służby zdrowia nie oceniają rutynowo uzależnienia od nikotyny.^{24,25} Ankieta przeprowadzona w grupie 184 psychiatrów dziecięcych i młodzieżowych pracujących w USA wykazała, że jedynie 14% z nich systematycznie oceniało i dokumentowało palenie tytoniu przez pacjentów.²⁶ Do tego tylko 19% ankietowanych stwierdziło, że systematycznie ocenia chęć młodych ludzi do zaprzestania palenia, a 30% systematycznie przekazuje swoim pacjentom informacje na temat potrzeby rzucenia nałogu. Ankietowani psychiatrzy szacowali, że jedynie 46% młodych chorych na schizofrenię pali tytoń, choć wiadomo, że częstość palenia jest w tej populacji większa. Dane te wskazują na potrzebę zwiększenia intensywności szkolenia psychiatrów w zakresie rozpoznawania²⁶ i leczenia uzależnienia od tytoniu.^{24,25}

Badania dokumentów dotyczących działań przemysłu tytoniowego ujawniają, że jego przedstawiciele promują palenie w grupie osób chorych psychicznie, wspierają wysiłki zmierzające do blokowania zakazu palenia w szpitalach oraz do spowolnienia leczenia uzależnienia od tytoniu w tej populacji.²⁷

Czy osoby z zaburzeniami psychicznymi palące tytoń chcą rzucić nałóg?

Istnieją dowody na to, że osoby z poważnie nasilonymi zaburzeniami psychicznymi są bardzo zainteresowane zaprzestaniem palenia lub jego ograniczeniem,^{28,29} a redukcja intensywności palenia nie wiąże się w tej grupie zaostrzeniem objawów.⁴ Z drugiej strony osoby z zaburzeniami psychicznymi zaprzestają palenia tytoniu rzadziej niż osoby bez zaburzeń psychicznych – prawdopodobnie ze względu na większy stopień uzależnienia od nikotyny.³⁰ Biorąc pod uwagę niski poziom opieki związanej z pomocą w zaprzestaniu palenia zapewnianej osobom z zaburzeniami psychicznymi w warunkach psychiatrycznych zakładów opieki zdrowotnej²⁴ oraz względnie dużą częstość, z jaką osoby palące tytoń cierpiące na zaburzenia psychotyczne zgłaszają się do lekarzy ogólnych,³¹ powinny zostać opracowane wskazówki dotyczące interwencji zmierzających w kierunku zaprzestania palenia, które można by przeprowadzić w warunkach podstawowej opieki medycznej lub rutynowej opieki psychiatrycznej.^{3,32}

Dowody dotyczące interwencji związanych z rzucaniem palenia w grupie osób z zaburzeniami psychicznymi

Choć przeprowadzono wielierandomizowanych badań kontrolowanych dotyczących interwencji związanych z zaprzestaniem palenia tytoniu w grupie osób z zaburzeniami psychicznymi,^{5,33-38} to jednak problemy metodologiczne, takie jak udział niewielkich, heterogenicznych grup badanych i słabe definiowanie rodzaju stosowanych interwencji oraz grup kontrolnych,³⁹ znacznie ograniczają możliwość wyciągnięcia wniosków. Interwencje składają się zwykle z nikotynowej terapii zastępczej (NRT) skojarzonej z terapią poznawczo-behawioralną (CBT),^{4,33} samej NRT,³⁸ leczenia bupropionem skojarzonego z CBT^{34,37} lub leczenia bupropionem skojarzonego z CBT i NRT.^{32,40} Mimo że zaprzestanie palenia udało się osiągnąć jedynie w bardzo małej grupie uczestników wspomnianych badań, zmniejszenie intensywności palenia – potencjalnie mogące prowadzić do jego zaprzestania⁵ – było częstym wynikiem interwencji.³⁹

Farmakoterapia prowadzona w celu zaprzestania palenia została dobrze opisana.^{3,30} Każda metoda stosowania NRT (plaster, guma do żucia, inhalator, spray donosowy, tabletki)

działa przez hamowanie intensywności objawów nikotynowego zespołu abstynencyjnego, dzięki czemu osoba zaprzestająca palenia tytoniu może w większym stopniu skupić się na czynnikach behawioralnych mogących wywoływać palenie tytoniu.³⁰ Bupropion o przedłużonym uwalnianiu jest lekiem przeciwdepresyjnym (niepowiązany z chemicznego punktu widzenia z innymi lekami przeciwdepresyjnymi), który działa na proces uzależnienia od tytoniu. Mechanizm tego działania nie jest jasny, nie jest też ono związane z działaniem przeciwdepresyjnym.³⁰ Stosowanie bupropionu jest przeciwwskazane u osób z napadami drgawkowymi i zaburzeniami odżywiania się w wywiadzie, a także u pacjentów przyjmujących inhibitory monoaminooksydazy. Lek powinien być stosowany z zachowaniem środków ostrożności u osób przyjmujących inne środki obniżające próg drgawkowy, takie jak doustne leki hipoglikemizujące.⁴¹ Pewna ostrożność powinna być również zachowana w przypadku stosowania bupropionu u osób z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym ze względu na potencjalne ryzyko precypitowania fazy maniakalnej, które występuje w przypadku wszystkich leków przeciwdepresyjnych.⁴² W terapii uzależnienia od nikotyny stosuje się także inne formy farmakoterapii – warto wymienić w

nicyklinę, częściowego agonistę receptora nikotynowego, który znosi wzmacniające działanie palenia tytoniu.³⁰ Jedynie NRT i bupropion są zalecane jako metody leczenia pierwszego rzutu u chorych z psychozami.⁴¹ Nie opublikowano wyników żadnego randomizowanego badania kontrolowanego skuteczności warenicykliny w leczeniu uzależnienia od nikotyny wśród osób z psychozami, stąd też w tej grupie pacjentów lek należy stosować z zachowaniem środków ostrożności. Należy dodać, że opublikowano doniesienie o wystąpieniu manii indukowanej przez warenicyklinę u pacjenta z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym,⁴³ a także o zaostrzeniu schizofrenii u osoby przyjmującej warenicyklinę.⁴⁴ Foulds i wsp.³⁰ zwracają uwagę na możliwy korzystny wpływ stosowania atypowych leków przeciwpsychotycznych na zachowania związane z paleniem tytoniu.

Zalecenia dotyczące interwencji prowadzonych w warunkach opieki podstawowej lub rutynowej opieki psychiatrycznej, a zmierzających do ułatwienia zaprzestania palenia tytoniu chorym z zaburzeniami psychicznymi

Należy pamiętać, że uzależnienie od tytoniu ma charakter przewlekły i nawracający, w związku z czym należy zachęcać do podejmowania kolejnych prób zaprzestania palenia, ponieważ ich rezultat może być coraz lepszy w miarę

upływu czasu,⁴⁵ a wiele osób palących tytoń wymaga przedłużonego leczenia.⁴⁶ Opisana w dalszej części strategia postępowania została opracowana na podstawie dostępnych poradników dotyczących zaprzestania palenia przez osoby z zaburzeniami psychotycznymi.^{3,47} Przed rozpoczęciem tego typu interwencji należy prze-

prowadzić badanie stanu psychicznego i ocenę przyjmowania substancji chemicznych⁴⁸ – mogą one stanowić elementy planu opieki psychiatrycznej lub opieki sprawowanej przez lekarza rodzinnego. Biorąc pod uwagę liczne problemy ze zdrowiem somatycznym związane z paleniem tytoniu, za priorytet należy uznać

przesiewowe badanie stanu somatycznego, dopuszczając bez większego oporu możliwość przeprowadzenia dokładniejszych badań w tym kierunku, jeśli okaże się to uzasadnione ze względów klinicznych. W celu oceny aktualnego wzorca palenia tytoniu i monitorowania postępów w leczeniu stosuje się Test Uzależnienia od Nikotyny Fagerstroma.⁴⁹ Na podstawie oceny stanu psychicznego i stanu somatycznego, po uwzględnieniu czynników związanych z przyjmowaniem substancji chemicznych, należy opracować zindywidualizowany program wsparcia. W przypadku palenia tytoniu trzeba zwrócić szczególną uwagę na potencjalny wpływ nałogu na zdrowie psychiczne i somatyczne, a także na funkcjonowanie w sferze ekonomicznej, społecznej i zawodowej. Zalecane jest podejście typu ustal-dostarcz-ustal (tzn. najpierw pytamy o zgodę, potem udzielamy informacji, a następnie prosimy pacjenta o jego opinię).⁵⁰ Ważne jest, aby pamiętać o tym, że należy pogratulować pacjentowi, któremu udało się zaprzestać palenia lub który próbował to osiągnąć. Przekazywane informacje należy wzmocnić przez dostarczenie pacjentom informacji edukacyjnych (za ich zgodą) dotyczących dużej częstości uzależnienia od nikotyny i szkliwości związanych z paleniem w grupie chorych na schizofrenię. Trzeba pamiętać, że interwencje najlepiej zaczynać wtedy, gdy objawy

RYCINA 1
Drabinka oceniająca przekonanie o potrzebie rzucenia palenia⁵¹

- • 10 Podjęcie działań zmierzających do zaprzestania palenia (np. rzucenie ograniczenia liczby wypalanych papierosów, wzięcie udziału w programie odwykowym).
- • 9
- • 8 Zastanowienie się nad tym, jak zmienić swój wzorzec palenia tytoniu.
- • 7 Przekonanie, że powinno się zaprzestać palenia, połączone jednak z poczuciem, że nie jest się do tego gotowym.
- • 6
- • 5
- • 4 Przekonanie, że powinno się zaprzestać palenia, połączone jednak z poczuciem, że nie jest się do tego gotowym.
- • 3
- • 2 Przekonanie, że pewnego dnia powinno się rozważyć zaprzestanie palenia.
- • 1
- • 0 Niebranie pod uwagę zaprzestania palenia.

Każdy szczebel drabinki oznacza punkt, w którym różne osoby palące myślą o zaprzestaniu palenia. Pacjent zaznacza miejsce, w którym w swojej ocenie sam się znajduje.

Baker AL, Lubman DI, Hides L. *Primary Psychiatry*. Vol 17, No 1. 2010.

zaburzeń psychicznych nie są ciężkie.³ Z drugiej strony przyjęcie pacjenta na oddział psychiatryczny, gdzie palenie tytoniu jest zabronione, może stanowić dla niego dodatkową motywację do zaprzestania palenia.⁴⁷

Zwar i Richmond⁴¹ zalecają, aby tak jak w przypadku wszystkich osób palących wykorzystywać każdą okazję do przekazania porad związanych z zaprzestaniem palenia. Zdaniem tych autorów krótka interwencja może się składać z porady, aby zaprzestać palenia, a następnie oceny, czy pacjent się do tej porady stosuje. Stosowanie się do zalecenia można oceniać za pomocą specjalnej drabinki (ryc. 1)⁵¹ lub po prostu pytając pacjenta o to, jak ważne będzie dla niego zaprzestanie palenia tytoniu w następnym miesiącu⁴⁸ (np. „W skali od 1 do 10 jak ważne będzie dla pana zaprzestanie palenia w ciągu następnego miesiąca?”⁵⁰). Tę okazję można wykorzystać w celu zwiększenia motywacji chorego (pytając na przykład: „Sko-ro pić, to dlaczego nie dwa?” – gdy pacjent zdecydował się ograniczyć liczbę wypalanych papierosów).

Następnie należy omówić pozytywne aspekty zmiany. Zwar i Richmond⁴¹ przedstawiają korzyści płynące z zachęcania wszystkich palaczy do zaprzestania palenia, zawsze gdy pojawi się taka okazja. Trzeba pamiętać o zwróceniu uwagi na możliwe utrudnienia, takie jak palenie tytoniu przez innych domowników lub bliskich przyjaciół.⁴⁷

Zdaniem Zvara i Richmonda⁴¹ pacjentowi należy zaproponować farmakoterapię i poradnictwo (jeśli metody te są dostępne i właściwe), a także przekazać mu materiały samopomocowe lub też skierować go do grup bardziej intensywnego wsparcia. W przypadku palących osób z zaburzeniami psychicznymi wskazane jest intensywne wsparcie.^{7,30,47} Przeświadczenie o potrzebie zaprzestania palenia można oceniać w ten sam sposób, w jaki ocenia się znaczenie zaprzestania palenia (np. „W skali od 1 do 10 jak dalece jest pan przekonany o potrzebie zaprzestania palenia?”⁵⁰). Taka informacja może pomóc w przygotowaniu wskazówek związanych z planowaną farmakoterapią i interwencjami behawioralnymi. Ważne, aby lekarz do maksimum zwiększył prawdopodobieństwo stosowania się przez pacjentów do zaleceń związanych z farmakoterapią przez wyjaśnianie znaczenia stosowania właściwej dawki i odpowiedniego czasu trwania terapii. Dotyczy to także kuracji długotrwałych i złożonych, takich jak NRT.³⁰ Należy omówić preferencje dotyczące farmakoterapii, a także dotyczące terapii indywidualnej i grupowej.⁴⁷ Choć w przypadku zaprzestania palenia zaleca się zwykle jednorazową całkowitą rezygnację z palenia papierosów, to jeśli jednak takie jest życzenie pacjenta, można też rozważyć stopniową redukcję z wyznaczeniem, o ile to możliwe, daty planowanego całkowitego zaprzestania palenia.⁴⁷ Należy umówić się z pacjentem

na wizytę kontrolną w ciągu 1-3 dni po planowanym terminie zaprzestania palenia, a następnie umawiać się na następne wizyty.⁴⁷ Trzeba też monitorować występowanie objawów odstawiennych. W tym celu przydatne mogą być takie narzędzia jak Minesotta Withdrawal Scale.⁵² Hughes i wsp.⁵³ uważają, że w przypadku chorych na schizofrenię NRT należy modyfikować zgodnie z indywidualnym wzorcem występowania objawów abstynencyjnych, można rozważać łączne stosowanie plastrów i innych postaci NRT aż do dawki 42 mg/24 h. Czas trwania NRT powinien być tak długi, jak długo występują objawy abstynencyjne, także objawy głodu nikotynowego.

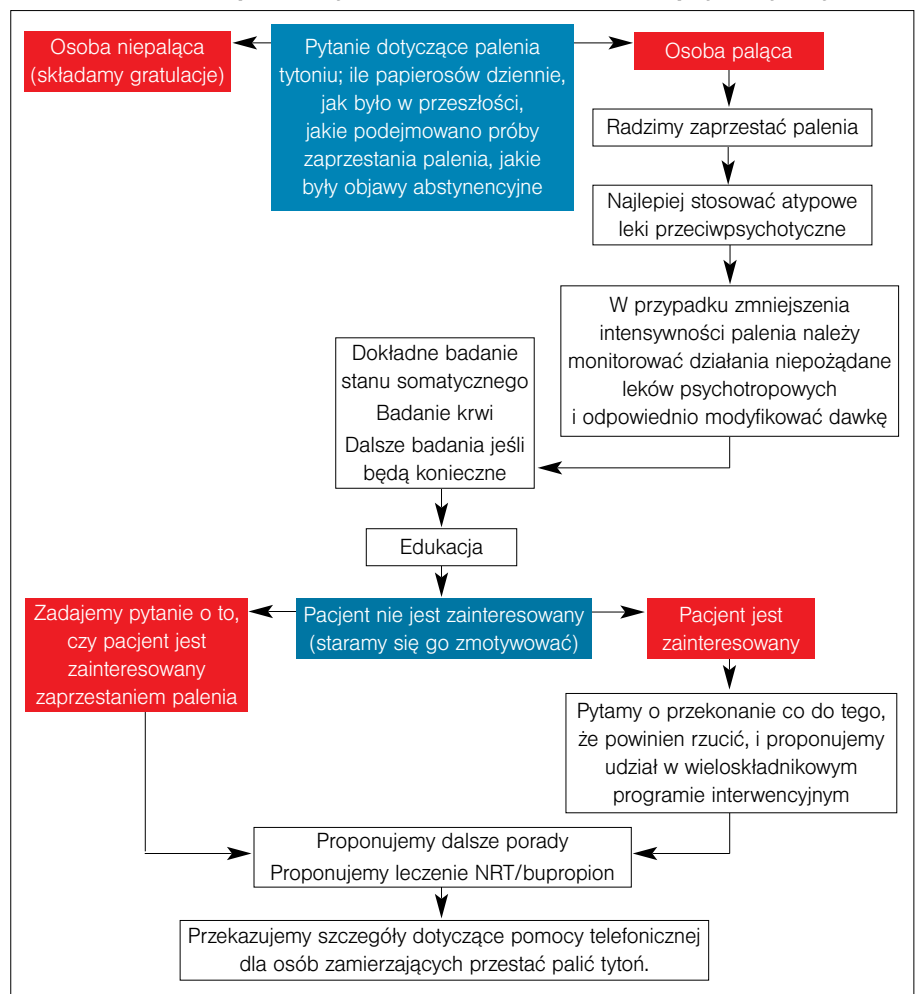
W miarę zmniejszania intensywności palenia lekarz prowadzący powinien monitorować działanie leków psychotropowych,^{3,21} zwłaszcza jeśli są to leki, na których skuteczność mogło wpływać palenie tytoniu (np. olanzapina, kłozapina). W okresie 3-6 tygodni od chwili

zaprzestania palenia tytoniu lub jego znacznego ograniczenia mogą wystąpić działania niepożądane związane ze zwiększeniem stężenia leków psychotropowych w surowicy, co może oznaczać konieczność zmniejszenia dawki tych leków. Lekarz powinien omówić to zjawisko z pacjentem przed zaprzestaniem palenia. Na rycinie 2 przedstawiono potencjalny proces interwencji zmierzających do rzucenia palenia możliwy do przeprowadzenia w warunkach podstawowej opieki medycznej.²¹

Interwencje psychospołeczne mogą wspomóc skuteczność farmakoterapii⁴⁷ i być prowadzone w warunkach podstawowej opieki medycznej. Można uwzględnić następujące interwencje: po pierwsze, wsparcie ze strony małżonka, partnera, kolegów; po drugie, krótkie interwencje zwiększające motywację, podobne do tych, które opisano powyżej; po trzecie, terapie behawioralne, takie jak unikanie sytuacji wysokiego ryzyka i właściwe planowanie ak-

RYCINA 2

Interwencje stosowane w warunkach podstawowej opieki medycznej w celu ułatwienia rzucenia palenia tytoniu u osób z zaburzeniami psychicznymi.



Umawiamy się na wizytę kontrolną; kierujemy do udziału w programie środowiskowym, monitorujemy status dotyczący palenia tytoniu i stopnia jego nasilenia; wspieramy liczne próby zaprzestania palenia; odpowiednio dostosowujemy dawkę leków psychotropowych.

NRT – Nikotynowa terapia zastępcza

tywności; po czwarte, CBT, w skład której wchodzi zarówno terapia behawioralna, jak i poznawcza, w celu radzenia sobie z głodem oraz ze złym samopoczuciem (patrz Baker i wsp.⁵⁴). CBT może być także stosowana w celu promowania zdrowego stylu życia – wstępne dowody wskazujące na skuteczność takiego postępowania są obiecujące.⁵⁵ Wreszcie należy przekazać pacjentowi porady dotyczące aktywności fizycznej i zdrowego odżywiania (np. abstynencja od alkoholu, którego picie zwiększa prawdopodobieństwo powrotu do palenia tytoniu), a także zmniejszenia spożycia kofeiny (ponieważ palenie tytoniu zwiększa jej metabolizm).⁴⁷ Po piąte, należy zapobiegać nawrotom przez stosowanie właściwej farmakoterapii w celu opanowania objawów abstynencyjnych, uwzględniając również alternatywne formy farmakoterapii lub inne postaci czy też dawki; trzeba także brać pod uwagę wprowadzenie bardziej intensywnej terapii behawioralnej lub terapii innego rodzaju. W tym celu konieczne może być skierowanie pacjenta do specjalisty zajmującego się leczeniem uzależnienia od nikotyny.⁴⁷

Podsumowanie

Odpowiedź na pytanie postawione na wstępie tego artykułu („Czy istnieje jakkolwiek powód, aby lekarze rodzinni, ogólni, psychiatrzy nie przykładali takiej samej wagi do zaprzestania palenia przez osoby z zaburzeniami psychicznymi jak przez osoby zdrowe?”) brzmi „Nie”. Bardzo wiele osób należących do tej populacji pali papierosy, co jest szkodliwe dla ich zdrowia, finansów i jakości życia. Choć sama choroba, a także czynniki społeczno-demograficzne, społeczne, związane z instytucjami opiekuńczymi oraz działania przemysłu tytoniowego promują palenie papierosów przez osoby z zaburzeniami psychicznymi, to jednak osoby należące do tej grupy mają motywację do zerwania z nałogiem. W celu uzyskania zmiany konieczne mogą być wielokrotne próby z wykorzystaniem farmakoterapii i poradnictwa psychospołecznego. Z punktu widzenia lekarza pierwszego kontaktu konieczna jest identyfikacja wszystkich osób palących, poradenie im, aby rzuciły nałóg z pomocą długotrwałej farmakoterapii i poradnictwa. Dotyczy to także osób z zaburzeniami psychicznymi.

Piśmiennictwo

- Ragg M, Ahmed T. *Smoke and Mirrors: A Review of the Literature on Smoking and Mental Illness*. Sydney, Australia: Cancer Council NSW; 2008:12.
- Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *JAMA*. 2000;284(20):2606-2610.
- U.S. Public Health Service. *Treating Tobacco Use and Dependence: Clinical Practice Guidelines Update*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2008.
- Baker A, Richmond R, Haile M, et al. Randomized controlled trial of a smoking cessation intervention among people with a psychotic disorder. *Am J Psychiatry*. 2006;163(11):1934-1952.
- Hughes JR. Dependence on and abuse of nicotine replacement medications: an update. In: Benowitz NL, ed. *Nicotine Safety and Toxicity*. New York, NY: Oxford University Press; 1998:147-157.
- de Leon J, Dadvand M, Canuso C, White AO, Stanilla JK, Simpson GM. Schizophrenia and smoking: an epidemiological survey in a state hospital. *Am J Psychiatry*. 1995;152(3):453-455.
- Williams JM, Foulds J. Successful tobacco dependence treatment in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2007;164(2):222-227.
- Weiser M, Reichenberg A, Grotto I, et al. Higher rates of cigarette smoking in male adolescents before the onset of schizophrenia: a historical-prospective cohort study. *Am J Psychiatry*. 2004;161(7):1219-1223.
- Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*. 2007;307(9584):319-328.
- Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2000;177:212-217.
- AIHW. *Australia's Health 2000. The 7th Biennial Health Report of the Australian Institute of Health and Welfare*. Canberra, Australia: Australian Institute of Health and Welfare; 2000.
- Weiss AP, Henderson DC, Weilburg JB. Treatment of cardiac risk factors among patients with schizophrenia and diabetes. *Psychiat Serv*. 2006; 57(8):1145-1152.
- Hennekens CH. Increasing global burden of cardiovascular disease in general populations and patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2007; 68(Suppl 4):4-7.
- Williams JM, Ziedonis D. Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addict Behav*. 2004;29(6):1067-1083.
- Carosella A, Ossip-Klein DJ, Owens CA. Smoking attitudes, beliefs, and readiness to change among acute and long term care inpatients with psychiatric diagnoses. *Addict Behav*. 1999;24(3):331-344.
- Dalack GW, Healy DJ, Meador-Woodruff JH. Nicotine dependence in schizophrenia: clinical phenomena and laboratory findings. *Am J Psychiatry*. 1998;155(11):1490-1501.
- Leonard S, Breese C, Adams C, et al. Smoking and schizophrenia: abnormal nicotinic receptor expression. *Eur J Pharmacol*. 2000;393(1-3):237-242.
- Sacco KA, Bannon KL, George TP. Nicotinic receptor mechanisms and cognition in normal states and neuropsychiatric disorders. *J Psychopharmacol*. 2004;18(4):457-474.
- Reichler H, Baker A, Lewin T, Carr V. Smoking among in-patients with drug-related problems in an Australian psychiatric hospital. *Drug Alcohol Rev*. 2001;20(2):231-237.
- Srinivasan TN, Thara R. Smoking in schizophrenia—all is not biological. *Schizophr Res*. 2002;56(1-2):67-74.
- Olivier D, Lubman DJ, Fraser R. Tobacco smoking within psychiatric inpatient settings: biopsychosocial perspective. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007;41(7):572-580.
- Lawn S. Cigarette smoking in psychiatric settings: occupational health, safety, welfare and legal concerns. *Aust NZ J Psychiatry*. 2005;39(10):886-891.
- Dickens GL, Stubbs JH, Haw CM. Smoking and mental health nurses: a survey of clinical staff in a psychiatric hospital. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2004;11(4):445-451.
- Wye P, Bowman J, Wiggers J, et al. Smoking restrictions and treatment for smoking: policies and procedures in Australia. *Psychiat Serv*. 2009;60(1):100-107.
- Montoya ID, Herbeck DM, Svikis DS, Pincus HA. Identification and treatment of patients with nicotine problems in routine clinical psychiatry practice. *Am J Addict*. 2005;14(5):441-454.
- Price JH, Sidani J, Price JA. Child and adolescent psychiatrists' practices in assisting their adolescent patients who smoke to quit smoking. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(1):60-67.
- Prochaska JJ, Hall SM, Bero LA. Tobacco use among individuals with schizophrenia: what role has the tobacco industry played? *Schizophr Bull*. 2008; 34(3):555-567.
- Moeller-Saxone K. Cigarette smoking and interest in quitting among consumers at a psychiatric disability rehabilitation and support service in Victoria. *Aust NZ J Publ Health*. 2008;32(5):479-481.
- Baker A, Kay-Lambkin FJ, Lewin TJ. Co-existing mental health and drug and alcohol problems: steps towards better treatment. In: Baker A, Velleman R, eds. *Clinical Handbook of Co-existing Mental Health and Drug and Alcohol Problems*. London, England: Routledge; 2007:1-19.
- Foulds J, Steinberg MB, Williams JM, Ziedonis DM. Developments in pharmacotherapy for tobacco dependence: past, present and future. *Drug Alcohol Rev*. 2006;25(1):59-71.
- Carr VJ, Lewin TJ, Barnard RE, et al. Comparisons between schizophrenia patients recruited from Australian general practices and public mental health services. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;105(5):346-355.
- George TP, Vessicchio JC, Sacco KA, et al. A placebo-controlled trial of bupropion combined with nicotine patch for smoking cessation in schizophrenia. *Biol Psychiatry*. 2008;63(11):1092-1096.
- George TP, Ziedonis DM, Feingold A, et al. Nicotine transdermal patch and atypical antipsychotic medications for smoking cessation in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2000;157(11):1835-1842.
- George TP, Vessicchio JC, Termine A, et al. A placebo controlled trial of bupropion for smoking cessation in schizophrenia. *Biol Psychiatry*. 2002; 52(1):53-61.
- Evens AE, Mays VK, Rigotti NA, et al. A pilot trial of bupropion added to cognitive behavioral therapy for smoking cessation in schizophrenia. *Nicotine Tob Res*. 2001;3(4):397-403.
- Evens AE, Cather C, Deckersbach T, et al. A double-blind placebo-controlled trial of bupropion sustained-release for smoking cessation in schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol*. 2005;25(3):218-225.
- Evens A, Cather C, Rigotti N, et al. Two-year follow-up of a smoking cessation trial in patients with schizophrenia: increased rates of smoking cessation and reduction. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(3):307-311.
- Chou KR, Chen R, Lee JF, Ku CH, Lu RB. The effectiveness of nicotine-patch therapy for smoking cessation in patients with schizophrenia. *Int J Nurs Stud*. 2004;41(3):321-330.
- McCharge DE, Gulliver SB, Hitsman B. Would smokers with schizophrenia benefit from a more flexible approach to smoking treatment? *Addiction*. 2002;97(7):785-793.
- Evens A, Cather C, Culhane M, Birnbaum A, Horowitz J, Hsieh E. A 12-week double-blind, placebo-controlled study of bupropion SR added to high-dose dual nicotine replacement therapy for smoking cessation or reduction in schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol*. 2007;27(4):380-386.
- Zwar N, Richmond R, Borland R, et al. *Smoking Cessation Pharmacotherapy: An Update for Health Professionals*. Melbourne Australia: Royal Australian College of General Practitioners; 2007.
- Williams JM, Hughes JR. Pharmacotherapy treatments for tobacco dependence among smokers with mental illness or addiction. *Psychiatr Ann*. 2003;33:457-466.
- Kohen I, Kremen N. Varenicline-induced manic episode in a patient with bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2007;164(8):1269-1270.
- Freedman R. Exacerbation of schizophrenia by varenicline. *Am J Psychiatry*. 2007;164(8):1269.
- West R. The clinical significance of „small” effects of smoking cessation treatments. *Addiction*. 2007; 102(4):506-509.
- Etter JF, Stapleton JA. Nicotine replacement therapy for long-term smoking cessation: a meta-analysis. *Tobacco Control*. 2006;15(4):280-285.
- Kleber HD, Weiss RD, Anton RF, et al. *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Substance Use Disorders*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2006.
- Weinberger AH, Sacco KA, George TP. Comorbid tobacco dependence and psychiatric disorders. *Psychiatr Times*. 2006;25(1):35-37.

ciąg dalszy piśmiennictwa na str. 54