

Postępowanie w uzależnieniu od nikotyny u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi – zalecenia Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Część II

Management of nicotine dependence in patients with psychiatric disorders – recommendations of the Polish Psychiatric Association. Part II

Marcin Wojnar^{1,2}, Piotr Wierzbński³, Jerzy Samochowiec⁴,
Joanna Rymaszewska⁵, Krzysztof J. Filipiak⁶, Adam Wichniak⁷,
Robert Mróz⁸, Artur Mamcarz⁹, Dominika Dudek¹⁰

¹ Katedra i Klinika Psychiatryczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Department of Psychiatry, University of Michigan, Ann Arbor, MI, USA

³ Praktyka Psychiatryczna, Łódź

⁴ Katedra i Klinika Psychiatrii, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

⁵ Katedra i Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

⁶ Instytut Nauk Klinicznych, Uczelnia Medyczna im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa

⁷ III Klinika Psychiatryczna i Ośrodek Medycyny Snu,
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

⁸ II Klinika Chorób Płuc i Gruźlicy, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

⁹ III Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

¹⁰ Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Lekarski,
Katedra Psychiatrii i Klinika Psychiatrii Dorosłych

Summary

The development of treatment methods for nicotine dependence has progressed slowly because people with psychiatric disorders are usually excluded from participating in clinical trials. There are several therapeutic options to support smoking cessation, including psychological and pharmacological interventions, which should be offered to smokers with mental disorders. The first step in helping tobacco smokers and nicotine-dependent individuals is the assessment of smoking intensity and confirmation of nicotine dependence. Currently, we have several methods of treating nicotine dependence – starting from education and psycho-

therapy, through pharmacotherapy and replacement therapy, and ending up with obtaining gradual progress with the application of harm reduction. Pharmacological treatment options include nicotine replacement therapy, varenicline or bupropion. The effectiveness of such interventions can be improved by providing anti-smoking therapy under psychiatric treatment and promoting harm reduction as an acceptable initial therapeutic goal. The harm reduction strategy is an approach that should be taken into account individually, particularly in the case of individuals unable to stop smoking, patients with limited insight into their illness, patients experiencing an exacerbation of their illness and persistently uncooperative patients. In this paper, recommendations of the Polish Psychiatric Association on the diagnostics and different treatment methods for nicotine dependence in patients with psychiatric disorders are presented.

Słowa klucze: uzależnienie od nikotyny, leczenie farmakologiczne, redukcja szkód

Key words: nicotine dependence, pharmacological treatment, harm reduction

Wprowadzenie

Oferta terapii uzależnienia od nikotyny powinna być istotną składową kompleksowej opieki psychiatrycznej. Rozwój metod leczenia uzależnienia od nikotyny postępuje powoli, gdyż osoby z zaburzeniami psychicznymi są zazwyczaj wykluczane z udziału w badaniach klinicznych. Istnieje kilka możliwości terapeutycznych wspomaganie rzucenia palenia, obejmujących interwencje psychologiczne i farmakologiczne, które powinny być oferowane osobom z zaburzeniami psychicznymi palącym papierosy. Budowanie motywacji i gotowości do rzucenia palenia stanowi znaczące wyzwanie i dlatego konieczne są interwencje motywacyjne. W drugiej części rekomendacji dokonujemy przeglądu opcji terapeutycznych dla osób uzależnionych od nikotyny z zaburzeniami psychicznymi, obejmujące psychoterapię, farmakoterapię, postępowanie w paradygmacie redukcji szkód, a także przedstawiamy rekomendacje PTP odnośnie do diagnozowania i dostosowania oferty terapeutycznej w zależności od rodzaju zaburzeń psychicznych. Skuteczność leczenia może być wzmocniona przez redukcję palenia jako wyjściowy cel leczenia, wydłużając okres leczenia i oferując terapię w powiązaniu z leczeniem choroby podstawowej w ośrodku psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Diagnozowanie uzależnienia od nikotyny

Pierwszym krokiem w pomaganiu osobom palącym wyroby tytoniowe i uzależnionym od nikotyny jest ocena intensywności palenia tytoniu i potwierdzenie uzależnienia od nikotyny, które powinny zostać przeprowadzone przez pracowników opieki zdrowotnej w chwili kontaktu pacjenta z placówką medyczną [1, 2–4]. W ocenie nasilenia palenia tytoniu można użyć narzędzi klinicznych oraz wykonać badania dodatkowe, np. oznaczenie we krwi, w ślinie lub moczu poziomu nikotyny (odzwierciedlającego intensywność palenia w ciągu ostatnich kilku godzin), kotyniny (w okresie ostatniego tygodnia) oraz zawartości tlenku węgla w powietrzu wydychanym. Istotna jest również ocena nasilenia objawów nikotynowego zespołu abstynencyjnego, który towarzyszy połowie osób próbujących rzucić palenie. Zdecydowana większość palaczy jest za-

interesowana zaprzestaniem palenia, a efektywna diagnoza problemów związanych z paleniem tytoniu stwarza znakomitą okazję do podjęcia skutecznej interwencji w tym zakresie. Wybór najbardziej adekwatnej interwencji zależy od stanu pacjenta, głębokości uzależnienia i jego gotowości do rzucenia palenia i podjęcia leczenia [2].

Ocena uzależnienia i stopnia jego nasilenia

W praktyce klinicznej w celu oceny uzależnienia od nikotyny stosuje się zwalidowane narzędzia kliniczne, do najbardziej popularnych należą: *Kwestionariusz tolerancji Fagerströma (Fagerström Tolerance Questionnaire – FTQ)* oraz *Test uzależnienia od nikotyny Fagerströma (Fagerström Test for Nicotine Dependence – FTND)*. FTND jest uznanym, międzynarodowym testem służącym do oceny stopnia nasilenia biologicznego uzależnienia od palenia papierosów. Jest skróconą wersją FTQ. Jego rzetelność i trafność diagnostyczna zostały potwierdzone w wielu badaniach. Test ten mierzy uzależnienie wymiarowo i umiejscawia stopień uzależnienia na kontinuum uzależnienia. Składa się z 6 pytań. Uzyskanie wyniku powyżej 6 punktów sugeruje wysoki poziom uzależnienia fizycznego, jak i psychicznego. U takich osób ryzyko wystąpienia objawów abstynencyjnych w czasie próby rzucenia palenia jest wysokie, a próby trwałego rzucenia palenia kończą się częściej niepowodzeniem. Osoby uzyskujące wynik poniżej 6 punktów cechują się mniejszym stopniem uzależnienia od nikotyny, z dominującą komponentą psychologiczną uzależnienia. U nich szansa na zerwanie z nałogiem w sposób trwały jest większa. Wyniki testu Fagerströma korelują z osoczowym poziomem nikotyny oraz z fizjologicznymi parametrami nikotynowego zespołu abstynencyjnego [1, 5–8].

Innym narzędziem jest *Test kontrolny uzależnienia od nikotyny (Hooked on Nicotine Checklist – HONC)*, kwestionariusz złożony z 10 pytań służący do oceny uzależnienia od tytoniu u adolescentów. Stał się on w tej grupie wiekowej bardziej przydatny od FTND, jako że mierzy stopień utraty niezależności od palenia. Pozwala wykryć w grupie osób młodocianych palących tytoń objawy sygnalizujące uzależnienie od nikotyny [9].

Metody terapeutyczne w leczeniu uzależnienia od nikotyny

W leczeniu uzależnienia od nikotyny lekarze i inne osoby pomagające osobom, które chcą rzucić palenie, mogą i powinni zaoferować metody psychoterapeutyczne i środki farmakologiczne. Najlepsze efekty uzyskuje się, łącząc psychoterapię z farmakoterapią. Podejścia psychologiczne uwzględniają programy samopomocy, poradnictwo, bardziej intensywne programy psychoterapii oparte na terapii wzmacniającej motywację i terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) oraz krótkie interwencje kliniczne prowadzone przez lekarzy i innych pracowników opieki zdrowotnej. Programy samopomocowe wykorzystują drukowane lub elektroniczne materiały opracowane w celu zwiększenia motywacji i wzmocnienia gotowości do rzucenia palenia, radzenia sobie z objawami abstynencyjnymi oraz zapobiegania wpadkom i nawrotom palenia [2–4].

Terapia CBT ukierunkowana na pomoc osobom palącym i uzależnionym od nikotyny integruje podejście poznawcze (np. trening poznawczych mechanizmów radzenia sobie z negatywnymi emocjami lub pragnieniem zapalenia papierosa, związanych z ostrym lub przewlekłym nikotynowym zespołem abstynencyjnym), techniki behawioralne (np. zmiana przyzwyczajzeń związanych z antycypacją zapalenia papierosa i unikaniem pokus oraz zapewnienie sobie wsparcia społecznego poza terapią) i terapie motywacyjne (np. wsparcie ze strony terapeuty i wzmacnianie motywacji pacjenta do rzucenia palenia i utrzymania abstynencji) [10]. Terapia CBT może być skutecznie prowadzona przez przeszkolonego terapeutę albo przez pracownika służby zdrowia, oferuje zarówno terapię indywidualną, jak i grupową, w różnym zakresie intensywności, od krótkich, 10–15-minutowych, do intensywnych, 50–60-minutowych sesji. Badania potwierdziły silną korelację między całkowitym czasem terapii a utrzymaniem abstynencji. Opracowano też modyfikacje CBT dla osób uzależnionych od nikotyny ze schizofrenią i depresją, aby dopasować się do specyfiki i szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi palących intensywnie papierosy [3].

Krótkie interwencje mogą być prowadzone przez każdego klinicystę, ale przynoszą najlepszy efekt w wypadku pracowników służby zdrowia, którzy leczą dużo pacjentów i mają stosunkowo niewiele czasu przypadającego na jednego pacjenta. Krótkie interwencje trwają zaledwie 3 minuty, mogą znacząco przyczynić się do rzucenia palenia przez pacjentów [1] i mają zastosowanie we wszystkich grupach diagnostycznych, łącznie z pacjentami z zaburzeniami psychicznymi. Krótkie interwencje są szczególnie skuteczne w odniesieniu do trzech grup pacjentów: aktualnych palaczy pragnących rzucić palenie, palaczy niechętnych do rzucenia palenia w chwili obecnej oraz byłych palaczy, którzy niedawno zaprzestali palenia. Istotna jest identyfikacja każdego palącego pacjenta i zaoferowanie krótkiej interwencji przy okazji wizyty w poradni [2].

Formy nikotynowej terapii zastępczej

Krótkotrwałe podawanie nikotyny jest uzupełnieniem terapii behawioralnej u palaczy planujących rezygnację z palenia [11]. W Polsce i na świecie dostępne są różne formy nikotynowej terapii zastępczej w postaci: gum (mogą wywoływać suchość w ustach, dyspepsję, czkawkę, zgagę, uczucie nudności), plastrów (miejscowe odczyny skórne u bardzo dużego odsetka osób, konieczność naklejania na skórę depilowaną albo w okolice anatomiczne słabo owłosione, zaburzenia snu, zaburzenia rytmu serca, silny poranny głód nikotynowy w wypadku stosowania plastrów w nocy), inhalatorów doustnych, płucnych, donosowych sprayów (odczyny miejscowe w drogach podania), tabletek nikotynowych. Z uwagi na ryzyko zaburzeń rytmu serca względnym przeciwwskazaniem do takiej terapii są: tachykardia, zaburzenia rytmu, przewlekłe zespoły wieńcowe, stan po ostrych zespołach wieńcowych czy inne stany odpowiadające wysokiemu ryzyku sercowo-naczyniowemu. Stosowanie opisanych form nikotynowej terapii zastępczej oceniane jest jako uciążliwe, potencjalnie szkodliwe dla pacjentów z wywiadem sercowo-naczyniowym i mało skuteczne.

Leczenie farmakologiczne uzależnienia od nikotyny

Farmakoterapia zatwierdzona przez FDA obejmuje różne formy nikotynowej terapii zastępczej, a także bupropion i wareniklinę. Badania wskazują, że palacze, którzy otrzymują kombinację leczenia behawioralnego i leków wspomagających zaprzestanie palenia, rzucają palenie częściej niż ci, którzy otrzymują minimalną interwencję [12].

FDA potwierdziła skuteczność i bezpieczeństwo wymienionych dwóch leków w leczeniu uzależnienia od nikotyny. W prospektywnym, randomizowanym badaniu klinicznym kontrolowanym placebo (8144 pacjentów w 140 ośrodkach w 16 krajach) potwierdzono, że wareniklina (1 mg 2 x dziennie), bupropion (150 mg 2 x dziennie) i plastry nikotynowe (21 mg/dobę ze stopniową redukcją dawki) były skuteczniejsze w pomaganiu w rzucaniu palenia w porównaniu z placebo [13]. Wśród 4074 pacjentów w kohorcie z wywiadem psychiatrycznym około 70% miało zaburzenia afektywne, 19% zaburzenia lękowe, 9% zaburzenia psychotyczne, a mniej niż 1% zaburzenia osobowości typu *borderline*. Klinicznie istotne neuropsychiatryczne działania niepożądane stosowanych leków wystąpiły z podobną niską częstością (ok. 3%) we wszystkich grupach leczonych pacjentów bez rozpoznania psychiatrycznych. Co istotne, wareniklina oraz bupropion okazały się skuteczniejsze jako leczenie farmakologiczne wspierające rzucenie palenia, niezależnie od tego, czy uczestnicy badania byli leczeni w przeszłości z powodu zaburzeń psychicznych, czy też nie cierpieli na tego rodzaju zaburzenia.

Na podstawie wniosków z tego samego badania w grupie osób z różnymi zaburzeniami psychicznymi można stwierdzić, że wareniklina, bupropion i plaster nikotynowy są dobrze tolerowane i skuteczne u osób dorosłych z zaburzeniami psychotycznymi, lękowymi i nastroju. Względna skuteczność warenikliny, bupropionu i nikotynowej terapii zastępczej w porównaniu z placebo nie różniła się w grupach zaburzeń psychicznych. Najlepsze wskaźniki abstynencji wykazano w grupie stosującej wareniklinę (OR = 3,0) w porównaniu z bupropionem, plastrami nikotynowymi i placebo. Wskaźniki abstynencji w grupach stosujących bupropion (OR = 1,9) i plastry nikotynowe (OR = 1,8) były wyższe niż w grupie placebo dla wszystkich grup diagnostycznych [14].

Oczywiście, jak w każdym wypadku włączania nowej terapii, leki można stosować po uwzględnieniu stanu somatycznego i psychicznego pacjenta, przeciwwskazań oraz możliwych objawów niepożądanych. Bezpieczeństwo ich stosowania pod kątem poważnych powikłań sercowo-naczyniowych oraz wystąpienia objawów neuropsychiatrycznych potwierdzono w kohorcie 164 766 pacjentów leczonych w Wielkiej Brytanii z powodu uzależnienia od nikotyny warenikliną, bupropionem i nikotynową terapią zastępczą w obserwacjach z lat 2007–2012 [15].

Cytyzyna, naturalny alkaloid pozyskiwany z nasion złotokapu pospolitego, ma działanie zbliżone do nikotyny i znacznie silniej od niej wiąże się z receptorami nikotynowymi. Jest dostępna w Polsce bez recepty jako preparat pomocniczy w rzucaniu palenia. Ze względu na brak EBM badań opublikowanych w czasopismach naukowych o zasięgu międzynarodowym nie można podać danych na temat jej rzeczywistej skuteczności.

Redukcja szkód w postępowaniu z osobami uzależnionymi od nikotyny

W pomaganiu osobom uzależnionym od nikotyny szczególne zastosowanie ma podejście w paradygmacie redukcji szkód (*harm reduction*). Mianem „redukcji szkód” określa się wszelkie działania, których celem jest minimalizacja rozmaitych szkód i zagrożeń związanych z paleniem tytoniu. Celem programów redukcji szkód nie jest zaprzestanie używania substancji psychoaktywnej ani całkowite wyleczenie z uzależnienia, które w tym podejściu uznane jest za prawie nieosiągalne [11]. Początkowo redukcja szkód znalazła zastosowanie wobec osób uzależnionych od narkotyków. Jej celem było utrzymanie przy życiu i w zdrowiu użytkowników narkotyków, a w szczególności zapobieganie śmiertelnym przedawkowaniom środków uzależniających i roznoszeniu chorób zakaźnych (WZW, HIV) na drodze iniekcyjnego przyjmowania narkotyków.

Programy redukcji szkód obejmują metody farmakologiczne, behawioralne i edukacyjne. Zaliczamy do nich między innymi programy terapii substytucyjnej (np. przyjmowanie metadonu przez osoby uzależnione od opioidów), uwzględniające podawanie mniejszych ilości tej samej substancji, od której się pacjent uzależnił, albo substancji podobnej do środka wywołującego uzależnienie. W ramach redukcji szkód stosuje się także interwencje farmakologiczne ratujące życie, np. podawanie naloksonu przez osoby niemające wykształcenia medycznego jako antidotum w razie przedawkowania narkotyków opioidowych.

W redukcji szkód prowadzone są również programy edukacyjne i treningowe dla osób uzależnionych w zakresie postępowania w przedawkowaniu, bezpiecznego wykonywania iniekcji, bezpieczniejszych zachowań seksualnych, postępowania w zakażeniach HIV, HBV, HCV (zapobieganie, testowanie, profilaktyka przed – i poekspozycyjna), profilaktyki dziecka przed transmisją zakażenia od matki, między partnerami, kierowania na szczepienia przeciw HAV i HBV. W redukcji szkód udziela się ponadto informacji o możliwościach korzystania z opieki lekarskiej i terapii uzależnień oraz prowadzi programy wydawania igieł i strzykawek, prezerwatyw, zestawów do przedawkowań, testów do oznaczania środków psychoaktywnych i wirusów, zestawów do utylizacji sprzętu do iniekcji, środków zaopatrzenia ran, pudełek do leków, materiałów edukacyjnych, zestawów do bezpiecznego palenia itp. [11, 16].

Obecnie dysponujemy licznymi dowodami naukowymi na skuteczność programów redukcji szkód [17, 18], jednakże podejście to budzi nadal kontrowersje w wielu środowiskach i bywa niesłusznie uznawane za metodę nieprofesjonalną, bez zastosowania we współczesnej medycynie. Przeciwnicy tej strategii podkreślają, że redukcja szkód nie prowadzi do abstynencji, a wręcz zachęca do zażywania substancji psychoaktywnych. Niektórzy twierdzą, że programy substytucyjne w wypadku niektórych narkotyków stanowią krok w stronę ich legalizacji, a w wypadku tytoniu – czynnik zniechęcający do utrzymania abstynencji [16, 19].

Począwszy od lat 50. XX wieku, w strategii redukcji szkód – ograniczenia ryzyka, jakie niesie ze sobą palenie tytoniu – były podejmowane różnorodne działania, takie jak np. wprowadzenie papierosów z filtrem, a następnie papierosów o niskiej szkodliwości (*low-yield cigarettes*), jednakże efektem tych posunięć bywało intensywniejsze palenie

przez osoby używające tych wyrobów, gdyż zmodyfikowane papierosy dostarczały mniej nikotyny. Nie przeprowadzono rzetelnych badań potwierdzających ograniczenie szkodliwości w efekcie owych modyfikacji [20]. Pierwsze naukowe podejście do redukcji szkód wywołanych paleniem tytoniu znalazło odzwierciedlenie w raporcie Akademii Nauk USA (*Clearing the smoke. Assessing the science base for tobacco harm reduction*) w roku 2001 [21]. W ramach metod redukcji szkód u udowodnionej skuteczności w uzależnieniu od nikotyny wykorzystuje się niektóre metody farmakologiczne (np. nikotynowa terapia zastępcza), e-papierosy oraz inne innowacyjne technologie, znajdujące coraz szersze zastosowanie w pomaganiu osobom uzależnionym. Należą do nich wyroby tytoniowe o zmodyfikowanym ryzyku (*Modified Risk Tobacco Products* – MRTP), które zostały wprowadzone jako odrębna kategoria produktów po raz pierwszy w USA w 2009 roku. Wśród nich do najbardziej popularnych należą bezdymne produkty tytoniowe (*smokeless tobacco*), w tym podgrzewacze tytoniu (*heat-not-burn*) oraz, szczególnie w krajach skandynawskich, doustny snus. Dym tytoniowy zawiera silnie uzależniające składniki (harman, norharman i aldehyd octowy, działające jak inhibitory monoaminoooksydazy), a produkty bezdymne są ich pozbawione i dzięki temu mają znacznie mniejszy potencjał uzależniający [19, 21].

Potencjalna redukcja szkód z zastosowaniem nowatorskich wyrobów tytoniowych (NWT)

Produkty typu *heat-not-burn* (HNB), wytwarzające parę bez spalania liści tytoniu, zostały opracowane z oczekiwaniem, że liczba i ilość substancji chemicznych w oparach tych produktów zostanie zmniejszona w porównaniu z dymem z konwencjonalnych papierosów przeznaczonych do palenia. W szeregu prac wykazano, że niższe poziomy substancji chemicznych korelują z niższą toksycznością [16, 19, 22, 23].

Palenie tytoniu zaburza skuteczność oczyszczania śluzowo-rzęskowego (MCC), o czym świadczy wydłużony czas przejścia testu sacharyny (STTT). Polosa i wsp. [24] wykazali, że u byłych palaczy występują podobne STTT jak u osób nigdy niepalących. Byli palacze, którzy przeszli na wyłączne regularne stosowanie niespalających się systemów dostarczania nikotyny (tj. e-papierosy (EC) i podgrzewane wyroby tytoniowe (HTP)), wykazywali podobny czas przejścia sacharyny jak osoby nigdy niepalące i byli palacze. Wyniki badania wskazują na ograniczony negatywny wpływ NWT i EC na oczyszczanie śluzowo-rzęskowe [24].

Biorąc pod uwagę, że wielu pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP) pali pomimo swoich objawów, ważne jest zrozumienie długoterminowego wpływu na zdrowie zastąpienia papierosów podgrzewanymi wyrobami tytoniowymi (HTP). Polosa i wsp. [25] przez 3 lata monitorowali parametry zdrowotne pacjentów z POChP, którzy znacznie ograniczyli lub zaprzestali palenia papierosów po przejściu na HTP, i porównali ich wyniki z grupą pacjentów z POChP dopasowanych pod względem wieku i płci, którzy kontynuowali palenie. U pacjentów stosujących HTP odnotowano znaczne zmniejszenie rocznych zaostrzeń POChP. Ponadto we wszystkich trzech punktach czasowych w kohorcie HTP stwierdzono znaczną i klinicznie istotną poprawę zgłaszaną przez pacjentów, także w dystansie 6-minutowego marszu. Nie

zaobserwowano istotnych zmian u pacjentów z POChP, którzy kontynuowali palenie. Badanie to jest pierwszym, które opisuje długoterminowe skutki zdrowotne stosowania HTP u pacjentów z POChP. Stałą poprawę objawów ze strony układu oddechowego, tolerancji wysiłku, jakości życia i częstości zaostrzeń choroby zaobserwowano u pacjentów z POChP, którzy powstrzymali się od palenia lub znacznie ograniczyli palenie papierosów przez przestawienie się na stosowanie HTP [25].

Murkett i wsp. [26] ocenili względną hierarchię ryzyka (RRH) 13 produktów nikotynowych, opierając się na systematycznym przeglądzie literatury naukowej i analizie najlepszych dostępnych dowodów. Łącznie zidentyfikowano i przeanalizowano 3980 publikacji, a do analizy końcowej doprowadzono 320 badań. Wyodrębniono dane dotyczące ryzyka zdrowotnego dla każdego produktu i oceniono poziom narażenia na związki szkodliwe. Produkty przeanalizowano pod kątem emisji toksyn i danych epidemiologicznych, aby uzyskać łączny wynik ryzyka dla każdego produktu nikotynowego. Wykazano, że palne wyroby tytoniowe dominują na szczycie RRH. Tytoń do maczania i żucia plasował się znacznie niżej w hierarchii niż produkty palne, ale znacznie powyżej NWT. Produkty o najniższym ryzyku obejmowały papierosy elektroniczne, saszetki bez tytoniu i nikotynową terapię zastępczą [26].

Podsumowanie

Niezależnie od tego, czy osoby z zaburzeniami psychicznymi mają motywację do zaprzestania palenia, należy z oczywistych względów – dla dobra pacjenta – podejmować interwencje terapeutyczne w tym kierunku. Najlepsze efekty, jeśli chodzi o docelowe utrzymanie abstynencji, daje zintegrowane z leczeniem psychiatrycznym podejście łączące farmakoterapię z interwencją wzmacniającą motywację i terapią poznawczo-behawioralną, dopasowane do możliwości i potrzeb osób chorych psychicznie palących papierosy. Interwencje, takie jak krótkie porady pracownika służby zdrowia, telefony zaufania, automatyczne wiadomości tekstowe i drukowane materiały samopomocowe, również mogą ułatwić rzucenie palenia. Pojawiają się coraz częściej nowe interwencje wspierające rzucanie palenia, wykorzystujące urządzenia mobilne i media społecznościowe, które okazują się pomocne i zwiększają liczbę osób rzucających palenie [27]. Mogą one być skuteczne szczególnie u młodszych pacjentów.

Wśród opcji leczenia farmakologicznego można wybrać nikotynową terapię zastępczą, wareniklinę lub bupropion, albo połączyć dwa leki o różnych mechanizmach działania, z uwzględnieniem przeciwwskazań i ich działań niepożądanych. Niektóre badania dowodzą, że stosowanie atypowych leków przeciwpsychotycznych u pacjentów ze schizofrenią może wspierać utrzymanie abstynencji od nikotyny w połączeniu z interwencją motywacyjną i nikotynową terapią zastępczą lub bupropionem.

Trudności w osiągnięciu i utrzymaniu abstynencji od nikotyny jako optymalnego celu terapeutycznego dotyczą większości pacjentów chorych psychicznie, więc należy ustalać bardziej realistyczne cele, aby zapewnić ograniczenie szkód zdrowotnych. Dostępne strategie leczenia farmakologicznego osób chorych psychicznie uzależnionych od nikotyny cechują się niewielką skutecznością, podobnie jak w wypadku innych uzależnień. Zwiększenie skuteczności tych interwencji

może być osiągnięte przez prowadzenie terapii antynikotynowej w ramach leczenia psychiatrycznego oraz promocji redukcji szkód jako akceptowalnego wyjściowego celu terapeutycznego [28, 29].

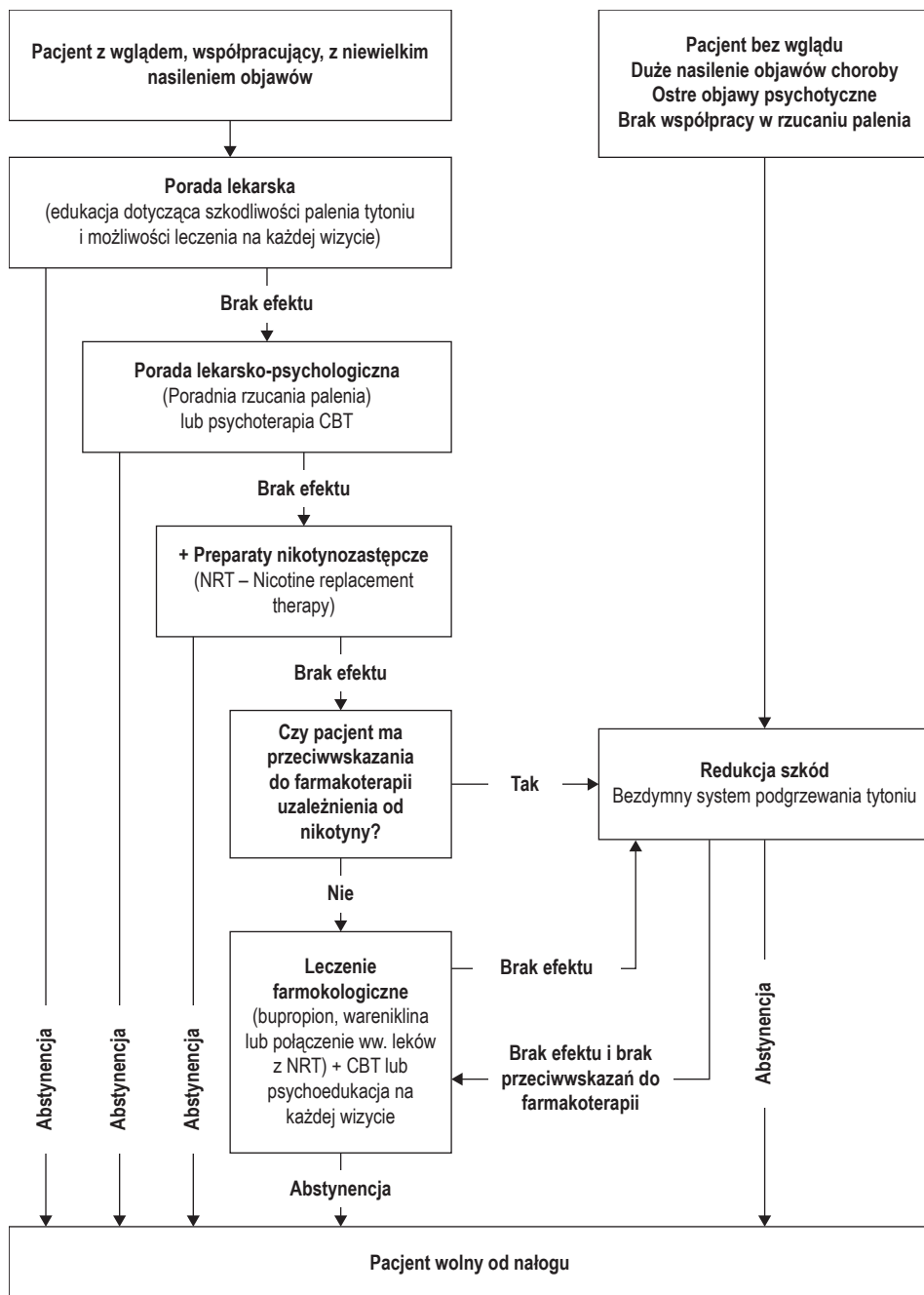
Pacjenci z zaburzeniami psychicznymi w okresie zaostrzenia choroby palą więcej, a skuteczność różnych metod mających na celu zaprzestanie palenia jest wśród tej grupy chorych mocno ograniczona. Dlatego strategia redukcji szkód (mało realne znaczące ograniczenie palenia tytoniu lub zmiana na nowatorskie wyroby tytoniowe), jako podejście najlepiej dopasowane do możliwości i potrzeb pacjentów z chorobą psychiczną, oraz strategia opieki zintegrowanej mają potencjał poprawy skuteczności istniejących programów antynikotynowych adresowanych do palaczy z chorobą psychiczną. W tym podejściu stosowanie nikotynowej terapii zastępczej w różnych postaciach w adekwatnych dawkach oraz inne sposoby dostarczania nikotyny, takie jak systemy podgrzewania tytoniu i e-papierosy, powinny być przede wszystkim brane pod uwagę w leczeniu osób z zaburzeniami psychicznymi.

Ze względu na to, że uzależnienie od nikotyny należy do zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, osobami najlepiej przygotowanymi do stosowania interwencji w tym obszarze są pracownicy psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Stanowi to wręcz ich obowiązek, zwłaszcza w obliczu znaczącego negatywnego wpływu palenia tytoniu na stan zdrowia, metabolizm leków psychotropowych, chorobowość i umieralność. Wskazane jest zatem tworzenie i realizacja programów szkoleniowych zwiększających świadomość i umiejętności pracowników psychiatrycznej opieki zdrowotnej w zakresie identyfikacji i leczenia osób uzależnionych od nikotyny.

Zalecenia Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego odnośnie do leczenia uzależnienia od nikotyny u osób z zaburzeniami psychicznymi

1. Osoby z zaburzeniami psychicznymi palące tytoń powinny otrzymać leczenie uzależnienia zintegrowane z całościowym planem leczenia psychiatrycznego, aby pomóc im ograniczyć lub całkowicie zaprzestać palenia tytoniu.
2. Cały personel medyczny powinien być edukowany w zakresie postępowania z osobami palącymi tytoń i metod leczenia uzależnienia od nikotyny. Lekarze psychiatry i lekarze podstawowej opieki zdrowotnej powinni otrzymać przeszkolenie w zakresie rozpoznawania i leczenia uzależnienia od nikotyny, co powinno zostać włączone w programy szkolenia specjalizacyjnego.
3. Ze względu na wysokie rozpowszechnienie uzależnienia od nikotyny wśród osób z zaburzeniami psychicznymi zagrożenie dla stanu zdrowia tych osób oraz wysoki poziom cierpienia nim spowodowany, a także znaczący wpływ społeczno-ekonomiczny tego uzależnienia, interwencje profilaktyczne, edukacyjne, terapeutyczne i leczenie farmakologiczne powinny być pokrywane ze środków publicznych systemu opieki zdrowotnej w Polsce.
4. W leczeniu osób z zaburzeniami psychicznymi uzależnionych od nikotyny należy uwzględnić podejście łączące farmakoterapię z interwencją wzmacniającą motywację i terapią poznawczo-behawioralną, dopasowane do możliwości i potrzeb osób chorych psychicznie.

-
5. Strategia redukcji szkód powinna być uwzględniana w podejściu do leczenia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi niezdolnych do zaprzestania palenia papierosów, pacjentów z ograniczonym wglądem chorobowym, pacjentów w zastrzeżeniu choroby oraz uporczywie niewspółpracujących.
 6. Strategię redukcji szkód należy rozważać na każdym etapie leczenia uzależnienia od nikotyny, gdyż w wypadku osób leczonych psychiatrycznie leki zarejestrowane do leczenia uzależnienia od nikotyny mogą być trudne lub niemożliwe do zastosowania. Produkty *heat-not-burn*, czyli produkty dostarczające nikotynę na drodze podgrzewania spreparowanego tytoniu, mogą być rozważane jako opcja do wyboru.
 7. Szczegółowe zalecenia dotyczące postępowania terapeutycznego w kierunku zaprzestania lub ograniczenia palenia tytoniu powinny być dostosowane indywidualnie do rodzaju zaburzeń psychicznych oraz nasilenia objawów psychopatologicznych.



Wykres. Algorytm pomocy terapeutycznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi uzależnionych od nikotyny

Piśmiennictwo

1. Fiore MC. *Treating tobacco use and dependence: An introduction to the US Public Health Service Clinical Practice Guideline*. Respir. Care 2000; 45(10): 1196–1199.
2. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update: *A U.S. Public Health Service Report*. Am. J. Prev. Med. 2008; 35(2): 158–176.
3. Hitsman B, Moss TG, Montoya ID, George TP. *Treatment of tobacco dependence in mental health and addictive disorders*. Can. J. Psychiatry 2009; 54(6): 368–378.
4. NICE guideline. *Tobacco: Preventing uptake, promoting quitting and treating dependence (NG209)*. London: NICE; 2022.
5. Fagerström KO, Schneider NG. *Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire*. J. Behav. Med. 1989; 12(2): 159–182.
6. Fagerström KO, Heatherton TF, Kozlowski LT. *Nicotine addiction and its assessment*. Ear. Nose Throat J. 1990; 69(11): 763–765.
7. Fagerström KO, Kunze M, Schoberberger R, Breslau N, Hughes JR, Hurt RD i wsp. *Nicotine dependence versus smoking prevalence: Comparisons among countries and categories of smokers*. Tob. Control. 1996; 5(1): 52–56.
8. Fatemi SH. *Varenicline efficacy and tolerability in a subject with schizophrenia*. Schizophr. Res. 2008; 103(1–3): 328–329.
9. Wheeler KC, Fletcher KE, Wellman RJ, Difranza JR. *Screening adolescents for nicotine dependence: The Hooked On Nicotine Checklist*. J. Adolesc. Health 2004; 35(3): 225–230.
10. Ritter JM, Flower R, Henderson G, Loke YK, MacEwan D, Rang HP. *Rang i Dale. Farmakologia*, wyd. 9, Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2021.
11. Prokopowicz A. *Redukcja szkód związana z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych*. Med. Rodz. 2018; 21(1): 73–79.
12. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. *Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation*. Cochrane Database Syst. Rev. 2016; 3(3): CD008286.
13. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D i wsp. *Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): A double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial*. Lancet 2016; 387(10037): 2507–2520.
14. Evins AE, Benowitz NL, West R, Russ C, McRae T, Lawrence D i wsp. *Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with psychotic, anxiety, and mood disorders in the EAGLES trial*. J. Clin. Psychopharmacol. 2019; 39(2): 108–116.
15. Kotz D, Viechtbauer W, Simpson C, Schayck van OC, West R, Sheikh A. *Cardiovascular and neuropsychiatric risks of varenicline: A retrospective cohort study*. Lancet Respir. Med. 2015; 3(10): 761–768.
16. Hatsukami DK, Carroll DM. *Tobacco harm reduction: Past history, current controversies and a proposed approach for the future*. Preventive Medicine 2020; 140: 106099.
17. Dick S, Whelan E, Davoren MP, Dockray S, Heavin C, Linehan C i wsp. *A systematic review of the effectiveness of digital interventions for illicit substance misuse harm reduction in third-level students*. BMC Public Health 2019; 19(1): 1244.
18. Ritter A, Cameron J. *A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs*. Drug Alcohol Rev. 2006; 25(6): 611–624.

19. Abrams DB, Glassera AM, Villantib AC, Pearsonc JL, Rosed S, Niauraa RS. *Managing nicotine without smoke to save lives now: Evidence for harm minimization*. Preventive Medicine 2018; 117: 88–97.
20. Hatsukami DK, Carroll DM. *Tobacco harm reduction: Past history, current controversies and a proposed approach for the future*. Preventive Medicine 2020; 140: 106099.
21. Institute of Medicine. *Clearing the Smoke: Assessing the Science Base for Tobacco Harm Reduction*. Washington, DC: The National Academies Press; 2001.
22. Filipiak KJ. *Produkty typu HNB (heat-not-burn) a tradycyjne papierosy – nasze teoretyczne rozważania okazały się prawdziwe*. Choroby Serca i Naczyń 2021; 18(3): 139–147.
23. Postuła M, Filipiak KJ. *Systemy podgrzewania tytoniu – oręż w walce z nalogiem czy kolejne zagrożenie dla zdrowia?* Medycyna po Dyplomie 2021; 4: 28–32.
24. Polosa R, Emma R, Cibella F, Caruso M, Conte G, Benfatto F i wsp. *Impact of exclusive e-cigarettes and heated tobacco products use on muco-ciliary clearance*. Ther. Adv. Chronic Dis. 2021; 12: 20406223211035267.
25. Polosa R, Morjaria JB, Prosperini U, Busà B, Pennisi A, Gussoni G i wsp. *Health outcomes in COPD smokers using heated tobacco products: A 3-year follow-up*. Intern. Emerg. Med. 2021; 16(3): 687–696.
26. Murkett R, Rugh M, Ding B. *Nicotine products relative risk assessment: A systematic review and meta-analysis*. F1000Research 2020; 9: 1225.
27. NIDA. 2023, January 19. *References*. <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/tobacco-nicotine-e-cigarettes/references> (dostęp: 1.02.2023).
28. Rütther T, Bobes J, De Hert M, Svensson TH, Mann K, Batra A i wsp. *EPA Guidance on tobacco dependence and strategies for smoking cessation in people with mental illness*. European Psychiatry 2014; 29(2): 65–82.
29. Néstor S, Carlos P, Cristina P, José MR, Ignacio B, Pilar S. *Tobacco use disorder and dual disorders. Joint statement by the Spanish Psychiatry Society and the Spanish Dual Disorders Society*. Actas Esp. Psiquiatr. 2022; 50(Suppl): 77–138.

Adres: Marcin Wojnar
 Warszawski Uniwersytet Medyczny, Katedra i Klinika Psychiatryczna
 e-mail: marcin.wojnar@wum.edu.pl

Otrzymano: 13.12.2022
 Zrecenzowano: 17.01.2023
 Otrzymano po poprawie: 1.03.2023
 Przyjęto do druku: 1.03.2023