

PSYCHIATRIA

Leczenie uzależnienia od nikotyny u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi – rekomendacje Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

Nikotyna jest najsilniej uzależniającą substancją psychoaktywną. Badania pokazują, że pod względem ryzyka rozwoju uzależnienia przewyższa heroinę i kokainę. Potwierdzają to dane kliniczne. Większość palaczy chciałaby zerwać z nałogiem, ale próbę podejmuje tylko 1/3 z nich, a zaledwie 2–3 proc. osiąga sukces.

– Mechanizm działania nikotyny jest bardzo prosty. Receptory cholinergiczne nikotynowe są bogato reprezentowane w układzie nagrody u podstawy mózgu na różnych neuronach. Stymulując przede wszystkim dwa rodzaje receptorów – $\alpha 4\beta 2$ i $\alpha 7$, nikotyna pobudza neurony dopaminergiczne do wydzielania dopaminy. Jej rzut jest zapamiętywaną nagrodą. Z tego powodu uzależnienie nie tylko się rozwija, lecz także utrwała. Obecność receptorów $\alpha 4\beta 2$ na innych neuronach, takich jak glutaminergiczne czy interneurony GABA-ergiczne, sprzyja wzmoczeniu wyrzutu dopaminy – wyjaśnia prof. dr hab. n. med. Marcin Wojnar, kierownik Katedry i Kliniki Psychiatrycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Czy walczyć z nałogiem podczas hospitalizacji?

Większość pacjentów psychiatrycznych pali. W poszczególnych chorobach mechanizmy są bardzo dobrze opisane. Istnieje wiele danych klinicznych oraz z badań eksperymentalnych, które przemawiają za tym, że może tu odgrywać rolę mechanizm samoleczenia, ponieważ nikotyna jest w stanie stymulować i poprawiać funkcje poznawcze. Ekspert zauważa, że subiektywnie pacjenci palący lepiej się czują. Również dlatego, że intensyfikują metabolizm leków psychotropowych, zwłaszcza przeciwpsychotycznych. W związku z tym odczuwają mniej działań niepożądanych, ale niestety także mniejsze efekty terapeutyczne leków. Nie do końca potwierdzony jest fakt, że nie należy walczyć z uzależnieniem od nikotyny w trakcie hospitalizacji psychiatrycznej podczas ostrej fazy choroby. – Wyjaje się, że gdybyśmy zabronili naszym pacjentom palenia na oddziałach psychiatrycznych, to automatycznie wzrosłby poziom agresji i niepokoju. Część tych zachowań jest rozładowywana poprzez wspólne chodzenie do palarni na papierosa. Te obserwacje z praktyki nie są jednak potwierdzone naukowo. Można zatem stwierdzić, że nie ma żadnych uzasadnionych przesładek, żeby w trakcie

hospitalizacji psychiatrycznej w ostrej fazie choroby, którą intensywnie leczymy, równoległe leczyć uzależnienie od nikotyny – mówi prof. Marcin Wojnar.

Predyspozycje zapisane w genach

Zależności między lękiem, depresją a paleniem papierosów są dwustronne. Zaburzenia lękowe i depresja zwiększają ryzyko palenia tytoniu, a przewlekłe palenie nasila istniejące zaburzenia lękowe i zaburzenia nastroju.

W zaburzeniach dwubiegowych szczególnie duży odsetek chorych sięga po papierosa – aż 80 proc. Ewidencje ci z nich, którzy palą intensywnie, mają gorszy przebieg choroby – częstsze nawroty, dłuższe epizody, krótsze remisje, szybciej postępują u nich deficyty poznawcze i inne następstwa neurodegeneracyjne.

Palenie tytoniu poprzedza pierwszy epizod schizofrenii. Młodzi palacze mają większe ryzyko późniejszej schizofrenii niż młodzi niepalący. Istnieją badania pokazujące jednoznacznie, że predyspozycja do inicjacji czy rozwoju palenia papierosów pokrywa się z predyspozycją do rozwoju niektórych zaburzeń psychicznych. Odpowiadają za to te same warianty tych samych genów.

Plastry, gumi, tabletki

Całkowite zaprzestanie używania tytoniu powinno być zalecane wszystkim osobom palącym, także z zaburzeniami psychicznymi. – Określenie siły uzależnienia biologicznego od nikotyny pomaga w doborze farmakoterapii. Jest to szczególnie ważne w przypadku rozważania nikotynowej terapii zastępczej. Z kolei określenie etapu gotowości palacza do zmian pomaga w zaplanowaniu skutecznego leczenia, w szczególności dopasowania wsparcia psychoterapeutycznego. Optymalnym postępowaniem jest łączenie farmakoterapii i oddziaływań psychoterapeutycznych – tłumaczy prof. Marcin Wojnar. Do dyspozycji jest kilka opcji terapeutycznych. Na pierwszy plan wysuwa się



Fot. Archiwum



prof. Marcin Wojnar: *Niestety skuteczność NRT jest bardzo ograniczona. Półroczną abstynencję utrzymuje w najlepszym razie 1/4 pacjentów, a jeżeli weźmiemy pod uwagę obserwację np. roczną, to osób skutecznie rzucających palenie jest 3–8 proc.*

nikotynowa terapia zastępcza (nicotine replacement therapy – NRT), która jest dostępna w wielu postaciach (plastry, spreje donosowe, gumi, z nikotyną, pastylki do ssania, tabletki podjęzykowe, inhalatory doustne i płucne, e-papierosy). Ekspert podkreśla, że nie jest to terapia neutralna. Ma ona działania niepożądane, a w niektórych grupach pacjentów – szczególnie z chorobami układu krążenia – może być przeciwwskazana. Są też dwa leki zarejestrowane do terapii uzależnienia od nikotyny – wareniklina i bupropion – oraz lek dostępny bez re-

cepty (OTC), czyli cytryzyna będąca formą substytucji.

– Wybierając formę i dawkę NRT, kierujemy się przede wszystkim określeniem siły uzależnienia. Świadczy o niej liczba wypalanych dziennie papierosów oraz to, jak szybko po obudzeniu palacz sięga po pierwszego papierosa. Są to dwa wskaźniki kliniczne, które pomagają dopasować dawkę i formę NRT – wyjaśnia ekspert. – Spośród leków przeważnie decydujemy się na wareniklinę, ponieważ ma ona najprawdopodobniej największą skuteczność. Jest częściowym agonistą receptora nikotynowego, działającym beźpośrednio na receptor nikotynowy $\alpha 4\beta 2$. Istnieją badania kliniczne, które pokazują, że stosowanie warenikliny przyczynia się do złagodzenia objawów głodu nikotynowego oraz objawów zespołu abstynencyjnego. Lek ten należy stosować według określonego schematu, z dwutygodniowym wyprzedzeniem początku procesu rzucania palenia. Przyjmowanie warenikliny może się wiązać z działaniami niepożądanymi, w tym wystąpieniem myśli samobójczych, pogłębieniem depresji, bezsenności i innych zaburzeń snu – dodaje.

Bupropion jest często stosowany w leczeniu depresji, ale także uzależnień, szczególnie od stymulantów. Jest on inhibitorem wychwytu zwrotnego noradrenaliny i dopaminy. Ze względu na pewne ryzyko obniżania progu drgawkowego jego rejestracja była częściowo zawieszona przez pewien czas w USA. Później powrócił w bezpiecznych dawkach.

Choć bupropion działa nieco słabiej od warenikliny, także pomaga rzucić palenie. Ze względu na możliwość działań niepożądanych należy go ostrożnie stosować u osób z ryzykiem napadów drgawkowych, a także z chorobami układu krążenia (nadciśnienie tętnicze i/lub przyspieszona czynność serca).

Cytryzyna jest naturalnym alkaloidem pożytkiwanym z rośliny o nazwie złotokap. Jest częściowym agonistą receptorów nikotynowych, tak jak wareniklina. Działania niepożądane to m.in. możliwość wzrostu ciśnienia tętniczego, wystąpienia wymiotów, nudności, tachykardii.

– Niestety, niezależnie od tego, w jakiej konstelacji stosujemy dostępne leki i w połączeniu z jakim rodzajem psychoterapii, skuteczność tej formy leczenia jest bardzo ograniczona. Półroczną abstynencję utrzymuje w najlepszym razie 1/4 pacjentów, a jeżeli weźmiemy pod uwagę obserwację np. roczną, to osób skutecznie rzucających palenie jest 3–8 proc. – mówi prof. Marcin Wojnar.

muje w najlepszym razie 1/4 pacjentów, 3/4 wraca do palenia tytoniu. Jeżeli weźmiemy pod uwagę dłuższą obserwację, np. roczną, to osób skutecznie rzucających palenie jest 3–8 proc., niezależnie od zastosowanej farmakoterapii i psychoterapii – przytacza dane prof. Marcin Wojnar.

Strategia redukcji szkód zdrowotnych

W tej sytuacji konieczne było znalezienie stałej alternatywy dla tych, którym nie udaje się zaprzestać palenia. – Wobec osób uzależnionych od nikotyny już jakiś czas temu pojawiło się podejście zaczerpnięte z leczenia innych uzależnień, umownie nazywane redukcją szkód zdrowotnych. Taka strategia już dawno temu była z powodzeniem stosowana w terapii osób uzależnionych od twardych narkotyków. Jeżeli żadne metody terapeutyczne nie pomagają, to dąży się przynajmniej do zminimalizowania następstw zdrowotnych zżywiania narkotyków – tłumaczy ekspert.

W uzależnieniu od nikotyny to podejście zostało zapoczątkowane już w latach 50. XX w., a redukcja szkód polegała na zastosowaniu filtrów w papierosach. Później pojawiły się papierosy o tzw. mniejszej szkodliwości, z niską zawartością tytoniu. Niestety efektem tych zmian było bardziej intensywne palenie, bo palacze częściej sięgali po papierosa.

– Dużo bardziej nowoczesne podejście do redukcji szkód zostało zaprezentowane na początku obecnego wieku przez Akademię Nauk Stanów Zjednoczonych Ameryki. W kolejnych latach pojawiło się przekonanie, że nie ma możliwości redukcji ryzyka szkód zdrowotnych z wykorzystaniem tradycyjnych papierosów. W związku z tym w 2009 r. w USA po raz pierwszy zarejestrowano wyroby tytoniowe o zmodyfikowanym ryzyku (modified risk tobacco products – MRTP) w postaci bezdymnych produktów tytoniowych. Mają one tę przewagę nad tytoniem palonym, że poza nikotyną zawierają mniej innych substancji, które przyczyniają się do rozwoju uzależnienia i utrwalają je – relacjonuje prof. Marcin Wojnar.

W 2020 r. systemy podgrzewania tytoniu zostały zatwierdzone przez Food and Drug Administration jako alternatywa dla osób palących, które nie są w stanie skorzystać z dostępnych form terapii. Obecnie dostępne są trzy główne formy bezdymnych produktów alternatywnych. Jedną z nich to



prof. Marcin Wojnar: *Opowiedzieliśmy się za trendem obowiązyującym na całym świecie – skojarzenia farmakoterapii i psychoterapii oraz wprowadzenia na odpowiednim etapie strategii redukcji szkód*

tyw. e-papierosy, które budzą bardzo dużo kontrowersji. Znajdujące się w nich liquids zawierają liczne substancje chemiczne. Ponieważ nie ma odpowiedniej kontroli nad tymi produktami, na razie nie wiadomo, jak bardzo mogą one być toksyczne. Inne formy to snus, bardzo popularny w Skandynawii, u nas niedostępny, oraz systemy podgrzewania tytoniu (tobacco heating systems; heat-not-burn – HnB). Podgrzewanie tym się różni od spalania tytoniu w tradycyjnych papierosach, że udaje się dzięki temu obniżyć zawartość substancji toksycznych aż o 90 proc., a substancji rakotwórczych aż o 95 proc. Potwierdzają to badania. Istnieje już wiele dowodów naukowych, że jest to znacznie bezpieczniejsza forma używania tytoniu przez osoby uzależnione od nikotyny.

– Te alternatywne formy są bardzo nisko na continuum szkód zdrowotnych. Ich stosowanie wiąże się z nieporównywalnie niższym ryzykiem wystąpienia następstw zdrowot-



Fot. Shutterstock

nych niż jakiegokolwiek formy palenia tytoniu – ocenia prof. Marcin Wojnar. W Polsce w 2019 r. Polskie Towarzystwo Chorób Cywilizacyjnych (PTChC) pierwście zaproponowało wprowadzenie do algorytmów postępowania z osobami uzależnionymi od tytoniu i nikotyny strategii redukcji szkód jako kolejny etap postępowania z pacjentem uzależnionym.

Rekomendacje PTP

– Polskie Towarzystwo Psychiatryczne (PTP) zaproponowało nieco zmieniony algorytm postępowania z pacjentami uzależnionymi od nikotyny, którzy równocześnie mają zaburzenia psychiczne. W zależności od nasilenia objawów, wglądu pacjentów oraz możliwości współpracy z nami zaproponowaliśmy dwie ścieżki. Jedną tradycyjną, wykorzystującą propozycję PTChC i inne światowe standardy, oraz drugą, która jest dla naszych pacjentów bardziej przystępna, czyli strategię redukcji szkód. Te rekomendacje PTP zostaną wkrótce opublikowane w „Psychiatrii Polskiej”. Opowiedzieliśmy się za trendem obowiązyującym na całym świecie – skojarzenia farmakoterapii i psychoterapii oraz wprowadzenia na odpowiednim etapie strategii redukcji szkód – mówi ekspert.

Zgodnie z rekomendacjami PTP osoby z zaburzeniami psychicznymi palące tytoniu powinny otrzymać leczenie uzależnienia zintegrowane z całościowym planem leczenia psychiatrycznego. To może im pomóc ograniczyć lub całkowicie zaprzestać palenia tytoniu.

Cały personel medyczny – nie tylko lekarze – powinien być edukowany w zakresie

postępowania z osobami palącymi tytoniu i metod leczenia uzależnienia od nikotyny. Szkolenie lekarzy psychiatrów i lekarzy POZ powinno być włączone w program szkolenia specjalistycznego. Koszty interwencji profilaktycznych, edukacyjnych, terapeutycznych i leczenia farmakologicznego powinny być pokrywane ze środków publicznych systemu opieki zdrowotnej.

W leczeniu osób z zaburzeniami psychicznymi uzależnionych od nikotyny należy uwzględnić podejście łączące farmakoterapię z interwencją wzmacniającą motywację i terapią poznawczo-behawioralną, dopasowanymi do możliwości i potrzeb osób chorych psychicznie.

Strategia redukcji szkód powinna być uwzględniana w podejściu do pacjentów z zaburzeniami psychicznymi niezdolnych do zaprzestania palenia papierosów, pacjentów z ograniczonym wglądem chorobowym, w zaostrzeniu choroby oraz uporczywie niewspółpracujących. Należy ją rozważać na każdym etapie leczenia uzależnienia od nikotyny, ponieważ w przypadku osób leczonych psychiatrycznie leki zarejestrowane do leczenia uzależnienia od nikotyny mogą być trudne lub niemożliwe do zastosowania. Produkty HnB, dostarczające nikotynę w wyniku podgrzewania spreparowanego tytoniu, mogą być rozważane jako opcja do wyboru.

Szczegółowe zalecenia dotyczące postępowania terapeutycznego zmierzającego do zaprzestania lub ograniczenia palenia tytoniu powinny być dostosowane indywidualnie do rodzaju zaburzeń psychicznych oraz nasilenia objawów psychopatologicznych.



prof. Marcin Wojnar: *Nie ma żadnych uzasadnionych przesładek, żeby w trakcie hospitalizacji psychiatrycznej w ostrej fazie choroby, którą intensywnie leczymy, równoległe leczyć uzależnienie od nikotyny*