

PSYCHIATRIA W PYTANIACH I ODPOWIEDZIACH

Jak pomóc pacjentowi walczyć

Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) szacuje, że z powodu chorób odtytoniowych umiera na świecie ok. 7 mln osób rocznie. W samej tylko Polsce liczba ta wynosi ok. 70 tys., co stanowi 17 proc. wszystkich zgonów. Te dane są zatrważające, zwłaszcza że po papierosy sięgają osoby coraz młodsze. Jak to się dzieje, że tak trudno jest uwolnić się od nałogu? I w jaki sposób można pomóc uzależnionym pacjentom? Na te pytania odpowiadali eksperci podczas konferencji Psychiatria w Pytaniach i Odpowiedziach.

O tym, że papierosy są przyczyną chorób sercowo-naczyniowych oraz nowotworów płuc, krtani, przełyku, układu pokarmowego i wielu innych wiedzą chyba wszyscy. Zwłaszcza palacze, którzy mimo to uparcie tkwią w nałogu, szukając dla niego usprawiedliwienia. Okazuje się, że sama świadomość szkodliwości palenia papierosów nie wystarcza do zerwania z nałogiem. Choć aż 2/3 palaczy deklaruje chęć rzucenia palenia, a 1/3 podejmuje próbę, udaje się to zaledwie 2–3 proc. z nich.

Dlaczego papierosy uzależniają?

– Dym tytoniowy zawiera kilka tysięcy związków chemicznych, z czego kilkadziesiąt rakotwórczych oraz wiele innych, które mają działanie toksyczne wobec układu sercowo-naczyniowego i oddechowego. Jest to o tyle niepokojące, że tytoń jest najbardziej uzależniająca substancją, jaką znamy. Ryzyko uzależnienia wynosi 32 proc. To znaczy, że po spróbowaniu papierosa chociaż jeden raz uzależnia się aż 32 proc. osób. Wpływa na to wiele czynników, między innymi to, że najczęściej zaczynają palić młodzi ludzie, w przyjemnym dla nich towarzystwie i okolicznościach. Palenie kojarzy im się z pozytywnym doznaniem, które chcą powtórzyć. Co ciekawe, aż 5-krotnie częściej w porównaniu z populacją ogólną palą osoby z zaburzeniami psychicznymi. Dla przykładu – od papierosów uzależnionych jest aż 85 proc. chorych na schizofrenię. Stanowi to poważny problem, ponieważ jedną z przyczyn dużych pogorszeń behawioralnych na oddziałach psychiatrycznych jest właśnie brak papierosów – komentuje dr n. med. Piotr Wierziński, psychiatra.

Dopamina – „naturalny haj”

Kluczową rolę w mechanizmie uzależniania się od tytoniu odgrywa dopamina, nazywana potocznie „naturalnym hajem”. Pełniąc funkcję neuroprzekaźnika przyjemności w układzie nagrody, wpływa na samopoczucie, energię, chęć do działania, motywację, a także wiele innych procesów, co przekłada się na uczucie szczęścia. Zwiększenie poziomu dopaminy następuje pod wpływem wielu związków i sytuacji. Smaczne jedzenie powoduje jej wzrost o 50 proc. od stanu wyjściowego, seks o 50–100 proc., marihuana o 125–175 proc., alkohol etylowy o 125–200 proc. Prawdziwy „strzał dopaminowy” wywołują mocniejsze narkotyki: morfina



Fot. Iermedia



Fot. Iermedia

”

dr Piotr Wierziński:
Niestety palenie papierosa jest najlepszym sposobem osiągnięcia przyjemności z nikotyny, co niesie ze sobą maksymalne ryzyko uzależnienia

i heroina 150–300 proc., kokaina 400 proc., amfetamina 1000 proc. Jak na tle tych produktów czy zachowań wygląda nikotyna? W jej przypadku mówi się o skoku dopaminy o 225 proc. Pomijając wspomniane twarde narkotyki, to naprawdę bardzo dużo.

Jak działa dopamina?

– Za wyrzut dopaminy w ośrodku nagrody odpowiadają trzy mechanizmy. Pierwszy z nich to aktywacja postsynaptycznych receptorów nikotynowych α -4- β -2 na neuronach dopaminergicznych, która uwalnia dopaminę w jądrze półleżącym. Kolejny mechanizm to aktywacja presynaptycznych receptorów α -7, które są na neuronach glutaminianergicznych, co zwiększa uwalnianie glutamianu i skutkuje zwiększeniem ilości dopaminy w jądrze półleżącym. Trzeci mechanizm to desensytyzacja postsynaptycznych receptorów α -4- β -2 na GABA-ergicznych interneuronach hamujących, co prowadzi z kolei do uwalniania dopaminy w jądrze półleżącym. Działając na te wszystkie receptory, mamy wpływ na poziom noradrenaliny, serotoniny, wazopresyny, hormonu wzrostu i hormonu adrenokortykotropo-

”

dr Dariusz Parzelski:
Pacjent, kiedy jest słuchany, ma poczucie, że poświęcono mu więcej czasu, niż to miało miejsce w rzeczywistości

wego, co powoduje zmiany w zakresie ciśnienia tętniczego, napięcia mięśniowego czy funkcjonowania naczyń krwionośnych – tłumaczy dr Piotr Wierziński.

Jak dodaje ekspert, odpowiedzialne za to, że palacze sięgają po kolejny, a potem kolejny papieros, są receptory nikotynowe α -4- β -2. Podczas palenia następuje szybki wzrost dopaminy na skutek aktywacji tych receptorów. Do czasu skończenia papierosa mamy do czynienia z desensytyzacją receptora, czyli utratą jego wrażliwości na kolejne pobudzenia. W miarę odzyskiwania wrażliwości receptorów, co trwa tyle, ile przerwa między kolejnymi papierosami, pojawia się głód i objawy odstawienia. Przewlekłe palenie daje regulację w górę receptorów, w wyniku czego ich ilość się zwiększa. Jeśli nadal palimy, to mamy desensytyzację i regulację w górę receptorów nikotynowych. To nie zwiększa wpływu nikotyny na mózg, ale nasila objawy abstynencyjne. W konsekwencji powtarzanie ekspozycji na substancję uzależniającą powoduje patologiczne uczenie się reaktywnego układu nagrody, co wyzwała zachowanie ukierunkowane na uczenie się tej substancji „nagradzającej”.

– Kolejnym mechanizmem pozanikotynowym, który wzmacnia uzależnienie od nikotyny, jest zahamowanie u palaczy aktywności oksydazy monoaminowej A i B (MAO-A i MAO-B) w mózgu. Podczas palenia dochodzi do zwiększenia stężenia neuroprzekaźników monoaminergicznych, takich jak dopamina i noradrenalina, w synapsach, co wzmacnia działanie nikotyny i przyczynia się do uzależnienia. Odpowiadają za to głównie składniki dymu nikotynowego: alkaloidy β -karbolinowe, terpineiny, salsolinol. Niestety palenie papierosa jest najlepszym sposobem osiągnięcia przyjemności z nikotyny, co niesie ze sobą maksymalne ryzyko uzależnienia z uwagi na pulsacyjne podawanie dużych stężeń nikotyny do ośrodkowego układu nerwowego i działanie w ten sposób na układ nagrody – wyjaśnia dr Piotr Wierziński.

Chce rzucić palenie i nie chce

Wiemy, że papierosy są szkodliwe i silnie uzależniają. Wygląda jednak na to, że przekonywanie palaczy do ich rzucenia to nie lada wyzwanie. Powoływanie się na dane wskazujące, ile osób choruje z powodu papierosów i ile z nich umiera, nie wystarcza. Także zalecenia lekarskie są mało skuteczne albo trafiają do niewielkiej liczby osób. Na palaczy nie działają również zamieszczone na paczkach papierosów zdjęcia osób chorych na nowotwory. Pacjenci może i przychodzą do lekarza po konsultację, słuchają, co ma do powiedzenia, ale po wyjściu z gabinetu zwykle natychmiast ponownie sięgają po papierosa.

– W takim przypadku mamy do czynienia z pacjentem, który jest do czegoś zmotywowany, ale nie wie do końca, czego chce. Przeszedł po poradę do lekarza, ale nie jest przekonany, czy chce z niej skorzystać – czy bardziej zależy mu na paleniu i tkwieniu w nałogu, czy może zamierza rzucić palenie i być zdrowy. Takiej osobie można pomóc tylko wtedy, jeśli zmieni się jej sposób myślenia – tłumaczy dr Dariusz Parzelski, psycholog specjalizujący się w zmianie nawyków.

Dialog motywacyjny

Skutecznym narzędziem terapii uzależnień behawioralnych może być dialog motywacyjny. Opiera się on na budowaniu relacji terapeutycznej, zidentyfikowaniu problemu i sprecyzowaniu planu zmiany. Jest też szczególnie ważny, kiedy u pacjenta pojawiają się wątpliwości.

z nałogiem?

Agata Misiurewicz-Gabi

– Metoda dialogu motywacyjnego koncentruje się na tym, aby w sytuacji, kiedy osoba prezentuje ambiwalentne uczucia, znaleźć taki sposób prowadzenia rozmowy, by to pacjent, a nie lekarz przedstawiał argumenty za zmianą i mówił o niedogodnościach związanych z paleniem i o zaletach rzucenia nałogu. Jeśli pacjent jest aktywny, myśli na głos, zastanawia się, dlaczego powinien zmienić swoje zachowanie i w jaki sposób mógłby tego dokonać, ma większą szansę wdrożenia tych zmian w życie. Jeśli te argumenty usłyszysz od lekarza, wówczas okazuje się to mało skuteczne. Dlatego rola lekarza jest w tym przypadku trochę inna niż przyjęta tradycyjnie – wyjaśnia dr Dariusz Parzelski.

Jak rozmawiać z pacjentem?

W praktyce relacja pomiędzy pacjentem a lekarzem czy terapeutą jest nierówna. Lekarze mają decydujące zdanie, to oni kierują rozmową, a mniej skupiają się na uruchomieniu u pacjenta wewnętrznej motywacji, skłonieniu go do refleksji. Jak się okazuje, nie tędy droga. Doktor Dariusz Parzelski opisuje, w jaki sposób należy rozmawiać z pacjentem: – *Bardzo istotna w dialogu motywacyjnym jest współpraca z pacjentem oparta na partnerstwie. Pierwszą zasadą, której powinien przestrzegać lekarz i terapeuta jest powstrzymanie odruchu korygującego, czyli np. powiedzenia: „palenie jest złe”. Pacjent to wie i kiedy to powiemy jeszcze raz, nie będzie chciał słuchać. Należy tak poprowadzić rozmowę, aby uzyskać tę deklarację od pacjenta, który nie może mieć poczucia, że jest niżej w hierarchii.*

Terapeuta lub lekarz podczas rozmowy z pacjentem powinien postarać się stworzyć atmosferę, która stymuluje, ale nie przynusza do zmiany. Istotne jest także wydobywanie, które zakłada, że każda osoba ma zarówno motywację, jak i pozostałe zasoby konieczne do zmiany. Należy zrozumieć motywację pacjenta, który chce coś zrobić ze swoim życiem i podjąć decyzję, w którą pójdzie stronę. W tym celu należy określić jego profil motywacyjny RMP, czyli ustalić, jaki motywator może być w jego przypadku skuteczny.

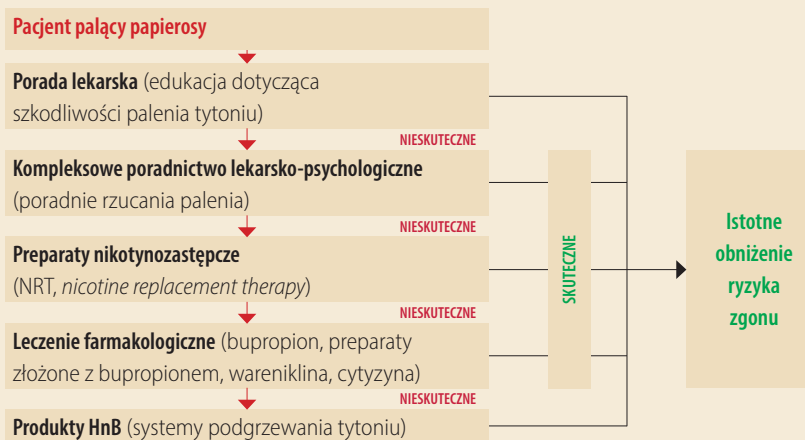
Istotna jest też autonomia, czyli prawo pacjenta do kierowania sobą. Należy ułatwić mu podejmowanie decyzji, a nie podejmować ją za niego. Pacjent musi mieć świadomość, że sam zdecydował o rzuceniu palenia.

– *Wskazane jest takie prowadzenie rozmowy, żeby podążać za pacjentem. To on powinien być przewodnikiem. Oczywiście trzeba go odpowiednio pokierować, czyli pomóc mu w znalezieniu właściwej dla niego (z jego perspektywy) drogi lub rozwiązań, np. mówiąc: „pomogę ci podjąć decyzję samodzielnie”. Kluczowym elementem dialogu motywacyjnego powinno być zadawanie pacjentowi pytań i słuchanie. Czasami bowiem pytamy, ale to nie oznacza, że robimy miejsce na słuchanie. Dla przykładu: „Jak to by było, gdyby pan nie palił? Co*

Produkty tytoniowe oparte na podgrzewaniu tytoniu (heat-not-burn) a zdrowie pacjentów — opinia grupy ekspertów

Heat-not-burn tobacco products and patient health: Expert Group opinion
Filip M. Szymański¹, Piotr Kuna², Anna E. Platek³, Robert Kowalik⁴, Joanna Gotlib⁵, Krzysztof J. Finplak⁶
¹Katedra i Klinika Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
²Klinika Chorób Wewnętrznych, Astmy i Alergii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
³Katedra i Zakład Patologii Ogólnej i Doświadczalnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
⁴Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Schemat interwencji mający na celu rzucenie palenia



Czy sposób podania nikotyny ma znaczenie, czyli czy nowe sposoby podania mogą modyfikować działanie nikotyny?

Archives of Toxicology
https://doi.org/10.1007/s00204-018-2215-y
LETTER TO THE EDITOR, NEWS AND VIEWS
Levels of selected analytes in the emissions of “heat not burn” tobacco products that are relevant to assess human health risks
Nadja Mallock¹, Lisa Bossi², Robert Burk³, Martin Danziger⁴, Tanja Welsch⁵, Harald Hahn⁶, Hai-Linh Trieu⁷, Jürgen Hahn⁸, Elke Pieper⁹, Frank Henkler-Stephani¹⁰, Christoph Hutzler¹¹, Andreas Luch¹²

• Produkty heat-not-burn?

- Bezdymne produkty dostarczające nikotynę o obniżonym ryzyku
- Dlaczego? – podgrzewają przetworzony tytoń, nie dopuszczają do jego spalania!
- Aerosol ma mniej substancji toksycznych niż dym papierosowy – zachodzi ograniczenie emisji substancji toksycznych!
- NIE SĄ TO PAPIEROSY ELEKTRONICZNE

• Co powoduje produkt heat-not-burn (Hnb)?

- Redukcja karcynogenów o 95 proc. (Schaller i wsp. 2016)
- Stężenie nikotyny we krwi nie jest tak wysokie jak w przypadku tradycyjnych papierosów
- Redukcja poziomu karboksyhemoglobiny o 50 proc. vs tradycyjne papierosy

Podsumowanie

- Nikotyna jest najbardziej uzależniającą substancją, jaką znamy
- Jej mechanizm działania jest rozległy i plejotropowy i ma istotny wpływ na ośrodek nagrody
- Palenie papierosów jest niestety najlepszą formą podania nikotyny prowadzącą do uzależnienia się od niej
- TYLKO 2–3 proc. palących papierosy jest w stanie rzucić palenie całkowicie
- U tych pacjentów, u których leczenie psychoterapeutyczne i farmakologiczne nie jest skuteczne, należy pomyśleć o redukcji szkód i obniżeniu ryzyka zgonu
- Produkty heat-not-burn oparte na podgrzewaniu tytoniu to dla psychiatrii istotna zmiana pokazująca możliwości substytucji papierosów produktami o mniejszym ryzyku

się panu podoba, a co nie w paleniu papierosów? Proszę mi o tym opowiedzieć więcej. Biorąc pod uwagę to, co pan powiedział wcześniej, co pana zdaniem może pan zrobić teraz, od czego pan może zacząć?”. Ważne, by na słuchanie poświęcić tyle samo czasu co na mówienie. Nie jest to jednak łatwe, bo wymaga od lekarza lub terapeuty czujności, cierpliwości oraz wprawy w wychwytywaniu najistotniejszych elementów wypowiedzi pacjenta. Z kolei pacjent, kiedy jest słuchany, ma poczucie, że poświęcono

mu więcej czasu, niż to miało miejsce w rzeczywistości – tłumaczy dr Dariusz Parzelski. Co zrobić w sytuacji, gdy dialog motywacyjny nie wystarczy? Jak można zaproponować alternatywne rozwiązania, aby ułatwić pacjentowi rzucenie palenia albo chociaż zminimalizować szkody wywołane przez nałóg?

Co można zaproponować?

Każdej osobie nałogowo palącej papierosy należy koniecznie zaproponować leczenie. Po-

mocne mogą być także stosowane w psychiatrii od kilkudziesięciu lat programy redukcji szkód, które działają w stosunku do osób uzależnionych. Polegają one na kontrolowanym podawaniu pacjentowi substancji psychoaktywnej. Przykładem może być program metadonowy, odstawienia od benzodiazepin czy terapia naltreksonem osób uzależnionych od alkoholu. Podobny program redukcji szkód może być także zastosowany u osób uzależnionych od papierosów.

Obecnie w Polsce zarejestrowanych jest kilka leków dla osób palących, między innymi: cytyzyna – częściowy agonista nikotyny o wysokim powinowactwie do receptora nikotynowego, wardeniklina – częściowy agonista receptora nikotynowego, który blokuje α -4- β -2, bupropion – lek antydepresyjny.

Jeśli leczenie farmakologiczne preparatami nikotynozastępczymi okazuje się nieskuteczne, można zaproponować pacjentowi system leczenia substytucyjnego, jakim są produkty heat-not-burn (HnB, podgrzewany wyrób tytoniowy). W 2016 r. Food and Drug Administration stworzyła dla nich odrębną kategorię: novel tobacco products, uznając je tym samym za pomocne w redukowaniu chorób odtyniowych. Wprawdzie HnB dostarczają nikotynę do organizmu, ale jej poziom jest znacznie niższy niż w klasycznych papierosach. W związku z tym, że tytoń jest podgrzewany, a nie palony, produkt ten redukuje karcynogeny o 95 proc., a poziom karboksyhemoglobiny o 50 proc. W efekcie kontroluje się uzależnienie, dając pacjentowi substytut papierosów.

– *Podgrzewane wyroby tytoniowe przyczyniają się do ograniczenia zużycia wkładów tytoniowych o ok. 20 proc., mniejszego stężenia nikotyny po jej zażyciu, mniejszego wyrzutu dopaminy. Nie zaobserwowano natomiast znaczącego hamowania enzymu MAO w przypadku przebadanych i certyfikowanych systemów do podgrzewania tytoniu, co może sugerować ich niższy potencjał uzależniający* – komentuje dr Piotr Wierzbński.

Kiedy wszystkie dostępne metody walki z nałogiem zawodzą, zastąpienie papierosów podgrzewanymi wyrobami tytoniowymi, mniej szkodliwymi dla zdrowia i o mniejszym ryzyku uzależnienia, pozwoli na poprawienie fatalnego wskaźnika zachorowalności i zgonów z powodu chorób odtyniowych. A taki powinien być przecież cel leczenia uzależnienia od nikotyny.

Artykuł został napisany na podstawie wykładów: „Uzależnienie od nikotyny – mechanizm, możliwości leczenia” dr. n. med. Piotra Wierzbńskiego oraz „Jak zmotywować pacjenta do rzucenia palenia?” dr. n. hum. Dariusza Parzelskiego wygłoszonych podczas konferencji Psychiatria w Pytaniach i Odpowiedziach, 4–5 lutego 2022 r.