

Kouření a psychické poruchy, specifika léčby

MUDr. Lenka Štěpánková
Centrum léčby závislosti na tabáku III. Interní kliniky
VFN a 1. LF UK


Špindlerův Mlýn, 28.4. 2010



Úvod- význam tématu

- 47% všech cigaret prodaných v USA vykouří pacienti s psychickým onemocněním / Výsledky NESARC, Arch Gen Psychiatri 1994, n=43093/
 - Mezi pacienty s psychickým onemocněním je mnoho silných kuřáků s vysokou závislostí na nikotinu
- Odvykání kouření v této subpopulaci je spojeno v průměru s horšími výsledky než odvykání v obecné populaci /Glassman AH, Covey L, 2001/

Mýty týkající odvykání kouření u psych. pacientů /dle Pisinger Ch., 2007/

1. Psychiatřiční pacienti si nepřejí přestat kouřit
 2. Jejich základní onemocnění by se zhoršilo
 3. Psychiatřiční pacienti nejsou schopni přestat kouřit
 4. Je obtížné/nemožné zvést zákaz kouření na psychiatrických odděleních
- 

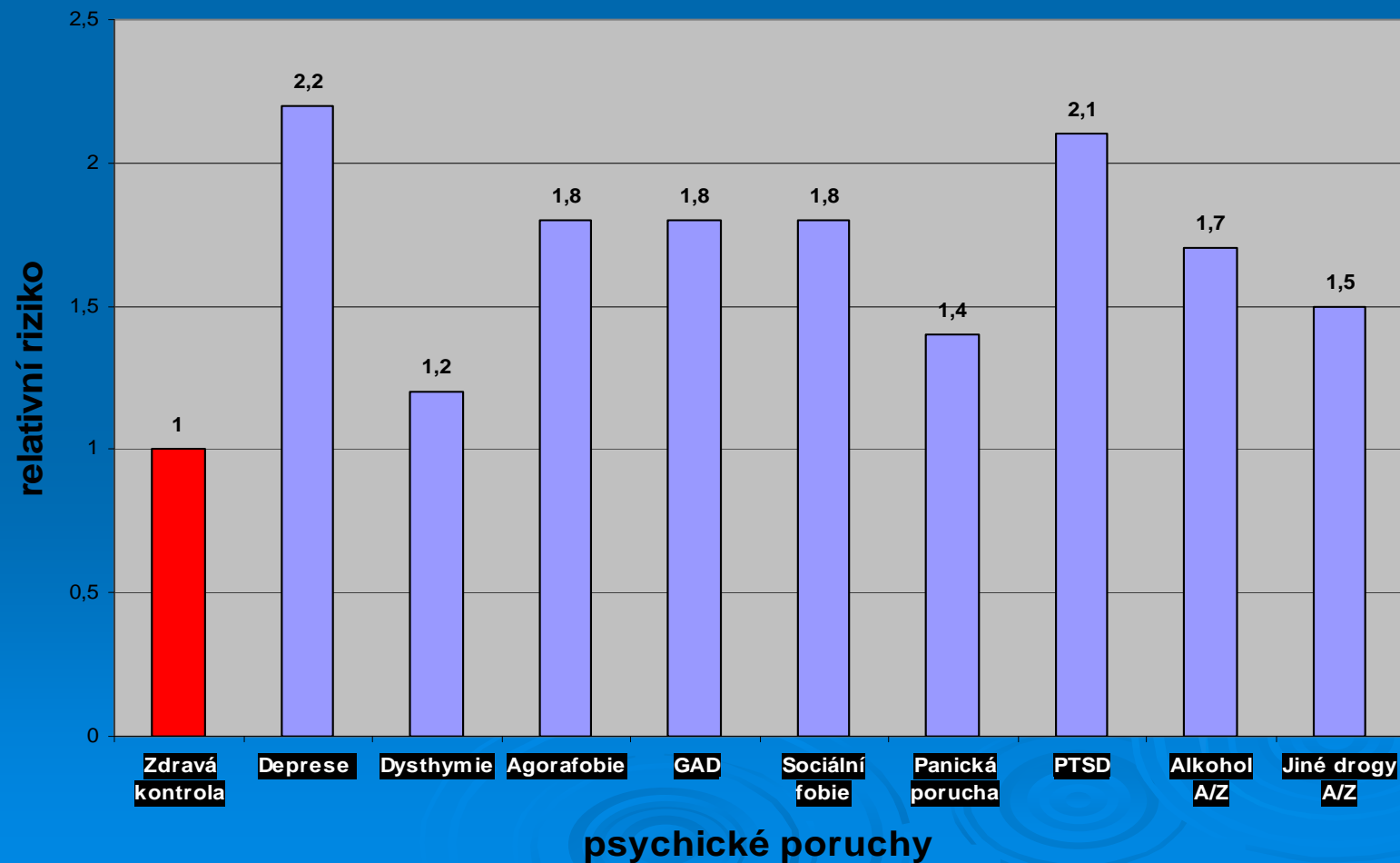
Duální diagnózy – klíčová otázka

- Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs.
- Jané-Llopis E, Matytsina I. (Mental Health Programme, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark. EJA@euro.who.int)
- Drug Alcohol Rev. 2006 Nov;25(6):515-36. Review. PMID: 17132571 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- Oboustranná asociace, uživatelé legálních i ilegálních drog vysoké riziko psychiatrického onemocnění a vice versa

Tab. 1- vznik závislosti na tabáku

zpracováno na základě tab. Dr. Breslawa, Nida Notes 2005

Relativní riziko vzniku závislosti na nikotinu



Důvody komorbidity

Neurobiologické faktory

Společná genetická predispozice- stavba receptorů, neuroticismus, neuromediátorové systémy

Kouření jako selfmedikace /inhibice MAO B kouřením u deprese, zmírnění vedlejších účinků neuroleptik a zlepšení kognitivních funkcí u schizofreniků aj./

Psychosociální faktory

Zvládání psychosociálního stresu a úzkosti

Kuřácké prostředí psychiatrických léčeben,

Kouření k navázání sociálního kontaktu

Vliv vrstevníků- rebelantství

KOMPLEXNÍ PŘÍČINNÁ SÍŤ

- odklon od lineárně kauzálního modelu

- Kouření je jedním z hlavních rizikových faktorů KVO
- Pacienti s depresí častěji kouří, kuřáci častěji trpí depresí
- Deprese zvyšuje riziko KVO, pacienti s KVO jsou častěji depresivní

Tab.2. Některé důvody komorbidity

dle Brady K.T., Am J Psychiatry 2005

| Komorbidní porucha | Klíčové interakce |
|--------------------|---|
| Deprese | Alterace odpovědi na stres u deprese i závislosti |
| | Inhibice MAO při kouření- antidepressivní efekt |
| PTSD | ↑ CSF-CRF a noradrenalinu u PTSD i abstinčních příznaků |
| | "feed-forward" systém progresivního zvyšování stres. odpovědi |
| ADHD | Snížená kontrola chování u ADHD i u závislosti |
| | ↓ KA input v prefrontální kůře u zvířecího modelu |
| Schizofrenie | Dysregulace neurální integrace dopaminu/glutamátu v n.accumbens |
| | Nikotin zlepšuje sensorický gating i pracovní paměť schizofreniků |

Hyperkinetická porucha – MKN 10

ADHD- DSM IV.

(attention deficit/hyperactivity disorder)

- 3 klíčové, tzv. jádrové příznaky
- 1. Porucha pozornosti
- 2. Hyperaktivita
- 3. Impulzivita
- Alespoň 6 měsíců, před 7. rokem věku, prevalence
- 5-10% dětí ! Léčba: metylfenidát (Ritalin, Concerta), atomoxetin (Strattera) a především strukturované prostředí a kognitivně-behaviorální psychoterapie

ADHD a kouření

- Mladiství i dospělí pacienti s ADHD mají cca 2-násobnou prevalenci kouření, v průměru jsou silněji závislí a vykouří více cigaret, začínají kouřit v průměru dříve než obecná populace (mnoho dat z USA, z Evropy např. Švýcarsko 55 versus 31% kuřáků)
- Léčba metylfenidátem (konkrétně retardovanou formou – Concertou) snižuje potřebu kouřit a míru závislosti měřenou FTND – regulace neurotransmise NA a dopaminu v CNS?
- Doporučení: Nejprve zmírnit příznaky ADHD, poté se zaměřit na odvykání kouření

ADHD a kouření

- Nejnovější souhrnné review: Tobacco smoking in individuals with attention-deficit hyperactivity disorder: epidemiology and pharmacological approaches to cessation (Gray KM, Upadhyaya HP, CNS Drugs 2009)
- Obousměrná provázanost, nutnost zaměřit se na oba problémy
- 1. stabilizovat ADHD (PST, retard. metylfenidát)
- 2. použití motivačních technik
- 3. farmakoterapie závislosti na tabáku dle potřeby, jako first-line therapy zde dop. vareniklin

Kouření a deprese I.

- Dle různých zdrojů kouří 50-60% depresivních pacientů s monopolární a až 70% s bipolární afektivní poruchou. Cca 30% pacientů, kteří vyhledají pomoc lékaře má v anamnéze depresivní poruchu. Pacienti s depresí mají horší výsledky při odvykání kouření /př. Anda et al., 1990/
- Smutek a deprese je jedním z abstinenčních příznaků při nikotinové závislosti. **Bupropion** je u pacientů s anamnézou deprese obzvláště přínosný, pacienti dosahují při odvykání s bupropionem stejných výsledků jako obecná populace /Hayford et al., British J of Psychiatry, 1999/.
- **Vareniklin** má i u pacientů s depresí minimálně stejnou či vyšší úspěšnost

Kouření a deprese II.

- Antidepressivum s prokázaným účinkem při léčbě nikotinové závislosti je bupropion /Cochrane-Antidepressant in smoking cessation/ a dále TCA nortriptylin - pro NU pouze výjimečně
- SSRI a anxiolytika v monoterapii zmírňují abstinenční příznaky, nemají však prokázaný účinek na celkovou úspěšnost při odvykání kouření /Cochrane, antidepress. and anxiolytics in smoking cessation/

Kouření a schizofrenie

- Schizofrenici jsou subpopulací nejčastěji závislou na nikotinu, kouří 70-88% z nich /Hughes et al., 1986, Kelly et al. 1999/
- Kouření zvyšuje množství dopaminu v mozku, čímž zmírňuje vedlejší účinky typických neuroleptik /haloperidolu atd/, nikotin zlepšuje kognitivní funkce u schizofreniků /Ziedonis et al. 1997, Adler et al. 1993/
- CAVE: po úspěšném odvyknutí kouření stoupá hladina antipsychotik !

Kouření a schizofrenie II.

- Pacienti léčení atypickými neuroleptiky /clozapin, olanzapin/ mají větší šanci na úspěšnou léčbu nikotinové závislosti než pacienti léčení typickými antipsychotiky / George et al. 1995/
- V indikovaných případech je možná i současná léčba neuroleptiky a vareniklinem či bupropionem, vždy však po dohodě s psychiatrem. /větší riziko pozitivních příznaků schizofrenie, snížený záchvat. práh/

Kouření a úzkostné poruchy

- Provázaná problematika
- Častá komorbidita se závislostí na benzodiazepinech
- Kouření je statisticky spojeno s větším rizikem všech úzkostných poruch, kauzálně spjata minimálně s PTSD a panickou poruchou
- Odvykání kouření zlepšuje prognozu úzkostných poruch

Kouření a alkohol

Kalman D, Kim S, DiGirolamo G, Smelson D, Ziedonis D.: Addressing tobacco use disorder in smokers in early remission from alcohol dependence: the case for integrating smoking cessation services in substance use disorder treatment programs. Clin Psychol Rev. 2010 Feb;30(1):12-24. Epub .PMID: 19748166 [PubMed - in process]

- USA: cca 80% alkoholiků kouří, jejich závislost na alkoholu v průměru silnější než u ostatní populace
- Léčba závislosti na tabáku nezhoršuje, ale naopak zvyšuje úspěšnost abstinence od alkoholu u adherentních pacientů
- Review shrnuje pět oblastí výzkumu souvisejících s léčbou závislosti na tabáku u alkoholiků v posledních letech a implikace pro léčbu

Dále např. in Henningfield JE, 1990, Lai S, 2000, Hall S, 2007 aj.

Léčba závislosti na tabáku a ilegální drogy

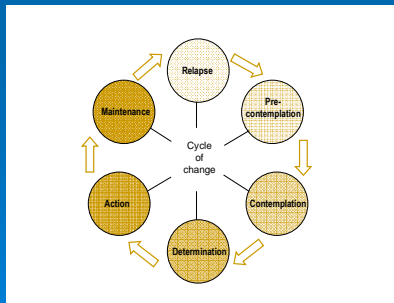
- Mezi uživateli ilegálních drog je více než 80% kuřáků
- Ti jsou v průměru více závislí než běžná populace
- Dle současné evidence léčba závislosti na nikotinu nezhoršuje, ale spíše zlepšuje výsledky léčby závislosti na nich (Hall SM et al, 2007 aj.)
- Naopak je třeba konstatovat, že výsledky léčby závislosti na tabáku v této subpopulaci jsou horší než u kuřáků bez závislosti na jiných drogách (Např. in. [Illicit drug use as a predictor of smoking cessation treatment outcome](#). Stapleton JA, Keaney F, Sutherland G. Nicotine Tob Res. 2009 Jun;11(6):685-9. Epub 2009 Apr 24. PMID: 19395684 [PubMed - indexed for MEDLINE])

Léčba závislosti na tabáku u pacientů s psychiatrickou komorbidity

- Pracovat s motivovanými pacienty , kteří mají zájem přestat kouřit /posoudit Stages of Change- stadium změny/
- Postupovat s ohledem na úroveň volních, emocionálních i kognitivních funkcí
- U psychotických pacientů či pacientů s těžkou depresí je vždy nutná spolupráce s psychiatrem

Stages of Change- stadia změny

- Transteoretický model. J. Prochasky, který bere v úvahu motivační i kognitivní připravenost na odvykání kouření
- Stadia I. Precontemplation- stadium předzáměrné



II. Contemplation- záměr

III. Preparation- příprava

IV. Action- akce

V. Maintenance- udržení abstinence

Motivačně-edukační rozhovor

- V rámci základní intervence, ve skupině či individuálně dle přání klienta:
- 5 R pro zvýšení motivace
 - (Fiore et al., US guidelines 2000)
 - Relevance, Risks, Rewards, Roadblocks, Repetition

Specifika psych. pacientů

- Poskytovat adekvátní informace vzhledem k mentálním možnostem a akt. stavu pacienta
- Zdůraznit roli somatického i psychického zdraví !
- Respektovat autonomii a potřebu nezávislosti či naopak potřebu vedení
- Pečlivě zkoumat obavy pacienta a vnitřní bariéry k odvykání kouření

Motivy pro kouření dle www.ctri.wisc.edu, dotazník WISDM-68, (68 položek, 13 faktorů)

- 1. *Affiliative Attachment* – emoční připoutání
- 2. *Automaticity* – automat. kouření bez rozmyslu a záměru
- 3. **Behavioral choice/alternative reinforcement**
(kouření z nedostatku jiných podnětů/posílení)
- 4. Cognitive enhancement – zlepšení kognitivních funkcí
- 5. Craving – kouření jako odpověď na velkou chuť na cigaretu
- 6. Cue exposure- spojení s typickými kuřáckými podněty
- 7. Loss of control – ztráta kontroly
- 8. Negative reinforcement – vyhnutí se AP
- 9. Positive reinforcement – pozitivní pocity po kouře
- 10. Social and environmental goads – sociální stimuly
- 11. Tolerance – potřeba zvyšující se dávky nikotinu
- 12. Taste and sensory properties – chuťové a zrakové vlastnosti
- 13. Weight control- užívání cigaret pro kontrolu váhy

Psychoterapeutická podpora a psychosociální intervence

- Pacienti s psychiatrickou komorbiditou při odvykání kouření obecně velmi profitují z intenzivní psychobehaviorální podpory.
- Možné je individuální poradenství i podpůrné skupiny
- U pacientů s aktuálně vysokým skóre deprese či úzkosti je přínosná souběžná psychoterapie, prokázané jsou účinky KBT zaměřené na copingové strategie a nefunkční postoje /Kahler et al., Addictive Behavior 2003/

PST přístupy používané při odvykání kouření

- Základní přístup k pacientovi převzat z rogersovské PST /empatie, akceptace, autenticita/
- Dále se používá se metod tzv. KBT psychoterapie:
- Behaviorální- změna životního stylu, náhradní chování, minimalizace rizikových situací, odměny-
střádání do prasátka
- Kognitivní- změna uvažování o problému



Psychobehaviorální intervence - fáze akce

- Gratulace při příznivém průběhu
- Prodiskutování obtížných situací a hledání způsobů jejich řešení
- Zvládání negativních emocí
- Nácvik relaxačních metod
- Průběžný screening abstinenčních příznaků, diskuze o možných obavách a obtížích

Udržení abstinence a prevence relapsu

- Zdůraznění nutnosti úplné abstinence (probuzení receptorů a návrat k závislosti)
- Připomínat výhody abstinence-zdravotní i finanční
- Vždy pacienta pochválit a pogratulovat mu k úspěchu
- Event. relaps interpretovat jako zkušenost a poučení pro příští pokus, nikoli jako nezdár!

FARMAKOTERAPIE- specifika u pacientů s psych. komorbiditou

➤ Náhradní terapie nikotinem

náplasti, žvýkačky, inhalátor – bez omezení proti pacientům bez P anamnézy, 1. volba u adolescentů

➤ Bupropion

— respektování kontraindikací: bipolární depresivní porucha, anorexie či bulimie v anamnéze, ne léčba spolu s IMAO, se SSRI dop. snížení dávky, cave riziko křečí při odvykacím stavu u léčby závislosti na alkoholu

➤ Vareniklin

— riziko zvýšeného počtu depresí se nepotvrdilo, přesto je doporučeno zvýšeného sledování u pacientů s anamnézou deprese a jiných psych. obtíží, možno užívat se všemi psychofarmaky- bez zjištěných lék. interakcí

Kombinační léčba

- SSRI a vareniklin je možno kombinovat dle literatury, zkušenosti naší vlastní i jiných pracovišť – v indikovaných případech i u silně závislých depresivních adolescentů

Dospělí pacienti:

- Bupropion v kombinaci s vareniklinem- kombinace možná, ne však jako první volba
- Výjimečně na Mayo clinic i kombinace vareniklinu, bupropionu a orální NTN

Shrnutí- závěrečná doporučení

- Přistupovat k pacientům nehodnotícím, podpurným a empatickým způsobem při dodržování nutných hranic
- Využívat intenzivně všechny psychoterapeutické a farmakoterapeutické možnosti léčby
- U těžších psychických poruch postupovat vždy ve spolupráci s psychiatrem

Závěr

- Poskytujeme léčbu závislosti na tabáku všem pacientům, kteří ji potřebují a chtějí
- Snažme se odhalovat psychosociální i psychiatrické determinanty, které k němu vedou
- Kouření obecně - a u klientů ze znevýhodněného prostředí či s psychiatrickou komorbiditou zvláště - zvyšuje sociální nerovnosti a ohrožuje jejich somatické i psychické zdraví

➤ Děkuji za pozornost

➤ Lenkastepankova@lf1.cuni.cz

