

Laboratorinė medicina.
2017, t. 19, Nr. 3(75), p. 202–206.

Rūkymas ir psichikos sutrikimai: pagalba psichikos ligoniams, metantiems rūkyti

Kristina Grigaliūnaitė¹
Viktorija Andrejevaite²

Santrauka

Darbo tikslas. Šio straipsnio tikslas – apžvelgti rūkymo ir psichikos sutrikimų sąsajas ir pateikti įrodymais grįstus pagalbos mesti rūkyti psichikos ligoniams būdus.

Literatūros apžvalga. Psichikos ligomis sergantiems pacientams padedama atsikratyti rūkymo šiais metodais – medikamentiniu gydymu ir kognityvine elgesio terapija. Efektyviausias medikamentinis gydymas susideda iš sudėtinės pakaitinės nikotino terapijos – ilgai veikiančio nikotininio pleistro ir trumpai veikiančių preparatų derinio. Psichikos ligomis sergančių žmonių populiacijoje efektyviausi trumpai veikiančios pakaitinės nikotino terapijos preparatai yra nikotininis nosies purškalo ir nikotininis inhaliatorius. Nienikotininiai preparatai (vareniklinas ir bupropionas) taip gali būti skiriami turintiems psichikos sveikatos sutrikimų, tačiau šiems pacientams būtina atidi sveikatos priežiūros specialistų stebėseną. Sergantiems psichikos sveikatos sutrikimais pacientams gali prireikti ilgesnio gydymo, didesnių pakaitinės nikotino terapijos preparatų dozių ir intensyvesnės kognityvinės elgesio terapijos. Taip pat svarbu prisiminti, kad rūkymas keičia vaistų metabolizmą, dėl to rūkyti metusiems pacientams turėtų būti sumažinamos kai kurių psichotropinių vaistų dozės.

Kognityvinė elgesio terapija yra svarbi pagalbos norintiems mesti rūkyti dalis. Siekiant kuo efektyvesnių rezultatų, svarbu tinkamai suplanuoti ir vykdyti programą, ją pritaikant kiekvienam pacientui, nepamirštant psichikos ligonių populiacijai svarbių papildomų kognityvinės elgesio terapijos aspektų – nuolatinės paciento psichikos sveikatos būklės stebėsenos, užsiėmimų intensyvinimo bei motyvacijos didinimo ir bendravimo atsižvelgiant į kognityvinius ir dėmesio sutrikimus, kurie dažnai būdingi psichikos sutrikimų turintiems asmenims.

Išvada. Efektyviausias būdas padėti mesti rūkyti psichikos ligoniams yra medikamentinės terapijos derinimas su kognityvine elgesio terapija.

Reikšminiai žodžiai: psichikos sveikatos sutrikimai, rūkymas, pagalba metant rūkyti, pakaitinė nikotino terapija, vareniklinas, bupropionas, kognityvinė elgesio terapija.

¹Vilniaus universiteto
Medicinos fakultetas
Vilnius University, Faculty of Medicine
El. paštas:
kristina.grigaliunaite@gmail.com

²Vilniaus universiteto Medicinos
fakulteto Vidaus ligų, šeimos medicinos
ir onkologijos klinika
Vilnius University, Faculty of Medicine,
Clinic of Internal Diseases, Family
Medicine and Oncology

IVADAS

Naujausiais duomenimis, 2014 metais Lietuvoje kasdien rūkė 33 % vyrų ir 12 % moterų [1]. Maždaug 70 % rūkalių norėtų mesti rūkyti, tačiau tai vyksta vos 5 % bandžiusiųjų [2]. Lietuvoje šiuo metu nėra specializuotos tar-

nybos, kuri padėtų pacientams mesti rūkyti, dėl to ši pareiga dažnai tenka šeimos gydytojams. Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, iki 60 % apsilankymų pas šeimos gydytoją priežasčių yra psichikos sveikatos sutrikimai [3]. Šioje populiacijoje rūkymo dažnis yra kur kas didesnis nei

bendrojoje populiacijoje – priklausomai nuo ligos ir jos sunkumo, gali siekti iki 70 %, o daugiau nei viena psichikos liga sergantis asmuo ruko dar dažniau [4]. Priešingai išsiskiriantys nuomonei, psichikos ligonių noras mesti rūkyti nesiskiria nuo jomis nesergančių, tačiau šie pacientai dažnai būna labiau priklausomi nuo nikotino ir pasižymi didesne nesėkmingų bandymų mesti rūkyti rizika [2]. Dėl to šio straipsnio tikslas – apžvelgti rūkymo ir psichikos sutrikimų sąsajas ir pateikti įrodymais grįstus pagalbos būdus psichikos ligoniams, norintiems mesti rūkyti.

RŪKymo IR PSICHIKOS SVEIKATOS SUTRIKIMŲ SĄSAJOS

Rūkymas yra viena iš pagrindinių didesnio mirštamumo ir sergamumo psichikos ligomis šioje populiacijoje priežasčių [5]. Ši priklausomybė taip pat daro neigiamą įtaką psichikos ligonių socialinei ir ekonominei gerovei, nes didelė dalis šių pacientų pajamų yra išleidžiama tabako gaminiams [2].

Tikslus ryšys tarp rūkymo ir psichikos sveikatos sutrikimų iki šiol nėra aiškus. Rūkaliai turi didesnę depresijos ir nerimo sutrikimų išsivystymo riziką [6]. Be to, tyrimais buvo nustatyti bendri rūkymo ir kai kurių psichikos sutrikimų (depresijos ir šizofrenijos) genetiniai veiksniai [7, 8]. Viena iš priežasčių, kodėl toks didelis rūkančių psichikos ligonių skaičius, – klaidingas įsitikinimas, kad rūkymas ge-

rina jų sveikatos būklę. Kai kurių tyrimų duomenimis, rūkymas išties trumpam palengvina kai kurių vaistų šalutinių poveikių sukeltus reiškinius ir kai kurių psichikos sutrikimų simptomus, tačiau šiuo metu vis daugėja tyrimų, pagrindžiančių, kad ilgalaikis rūkymas taip pat susijęs su depresijos ir nerimo sutrikimų pradžia ir blogėjimu [9].

Psichikos ligoniams taip pat yra labiau priklausomi nuo nikotino ir rūkymui įkvepia jo daugiau. Psichikos liga ir jos sunkumas taip pat gali lemti priklausomybės nuo nikotino laipsnį, į kurį reikia atsižvelgti renkant tinkamiausią pagalbą mesti rūkyti būdą. Šie pacientai dažnai pirmenybę teikia ne įprastai rekomenduojamam staigiam rūkymo nutraukimui, o surūkomų cigarečių kiekio laipsniškam mažinimui [2].

Tabako produktų atsisakymas ilgainiui nebloginą pacientų psichikos sveikatos būklės, tačiau svarbu atsižvelgti į tai, kad nikotino abstinencijos sindromas gali sunkinti esamus ar sukelti panašius į psichikos sutrikimų simptomus [10]. Metant rūkyti dažnam ne tik sergančiam psichikos liga, bet ir ja nesergančiam pacientui gali pasireikšti depresijos simptomai, dėl to padedant mesti rūkyti itin svarbi nuolatinė pacientų priežiūra ir adekvatus nikotino abstinencijos simptomus mažinantis medikamentinis gydymas [2].

Padedant psichikos ligomis sergantiems asmenims mesti rūkyti, svarbu atsižvelgti į rūkymo įtaką vaistų metabolizmui. Cigarečių dūmuose esantys angliavandeniliai stimuliuoja

vaistus metabolizuojančius kepenų fermentus. Dėl šios priežasties pagreitinėja kai kurių antidepresantų, anksiolitinių ir antipsichozinių vaistų apykaita ir šiems pacientams efektyviam vaistų veikimui prireikia didesnių dozių nei nerūkantiems [11]. Metus rūkyti kepenų fermentai nebestimuliuojami, dėl to minėtų vaistų dozės gali reikėti sumažinti net iki 50 % buvusios [12]. Nekoregavus vaistų dozių, metusiems rūkyti pacientams gali pasireikšti dažnesni ir (ar) sunkesni vaistų šalutiniai reiškiniai, pavyzdžiui, antrinis parkinsonizmas [11, 12].

PAGALBA MESTI RŪKYTI PSICHIKOS SVEIKATOS SUTRIKIMŲ TURINTIEMS PACIENTAMS

Tyrimų duomenimis, sudėtinis gydymas medikamentais (pakaitine nikotino terapija (PNT), vareniklinu ar bupropionu) ir kognityvinė elgesio terapija yra efektyviausias būdas mesti rūkyti tiek sveikoje, tiek psichikos ligonių populiacijoje [2]. Geriausių rezultatų pasiekama gydymą pritaikius individualiai, siekiant ne tik sėkmingai mesti rūkyti, bet ir išvengti psichikos sveikatos blogėjimo. Tyrimų duomenimis, efektyviausias medikamentinis gydymas susideda iš sudėtinės PNT (ilgai ir trumpai veikiančių PNT nikotino preparatų, žr. 1 lentelę) arba vareniklino [2]. Preliminariais duomenimis, sergantiems sunkiomis psichikos ligomis asmenims efektyviausi trum-

1 lentelė. Pakaitinės nikotino terapijos preparatų charakteristikos [14–16]

Table 1. Characteristics of nicotine replacement therapy [14–16]

PNT preparatas	Charakteristikos	Indikacijos	Šalutiniai poveikiai	Pastabos
Nikotininis pleistas	16 ar 24 val. veikimo. Stiprumas nuo 5 mg iki 25 mg. Gydymo trukmė 2 mėn.	Nikotino koncentracijos kraujyje palaikymas	Odos sudirginimas ar deginimas, galvos svaigimas, miego sutrikimai	Pleistrą kasdien klijuoti vis kitoje vietoje
Nikotininė kramtomoji guma	Stiprumas 2 mg (esant silpnai priklausomybei) ar 4 mg (stipriai priklausomybei). Gydymo trukmė ne mažiau kaip 2 mėn.	Vartoti atsiradus potraukiui rūkyti	Burnos deginimas, žagsėjimas, žandikaulio skausmas, burnos gleivinės sudirginimas.	Atsargiai skirti esant ezofagitui ar skrandžio opaligėi. Neviršyti 15 gabalėlių per dieną
Nikotininis nosies purškalas	Stiprumas 0,5 mg vienoje dozėje (1 dozė = 2 įpurškimai). Gydymo trukmė iki 3 mėn.		Nosies gleivinės sudirginimas, rinitas, akių ašarojimas, čiaudulys.	Pradėti nuo 1–2 dozių per valandą. Neviršyti 40 dozių per dieną
Nikotininės tabletės	Stiprumas 2 mg (jei pacientas pirmą dienos cigaretę surūko praėjus daugiau nei 30 min. nuo pabudimo) ar 4 mg (jei mažiau nei 30 min.). Gydymo trukmė 4 mėn.		Pykinimas, žagsulys, gerklės skausmas, kosulys, rėmuo, galvos skausmas	Nevalgyti ir negerti 15 min. prieš vartojimą. Pradėti nuo 1 tabletės kas 1–2 valandas. Neviršyti 20 tablečių per dieną
Nikotininis inhaliatorius	Stiprumas 4 mg nikotino vienoje kasetėje. Gydymo trukmė 4 mėn.		Kosulys, burnos ir (ar) gerklės sudirginimas, rinitas	Rūkymo „ranka – burna“ aspekto pakaitas. Pradėti nuo 6 kasečių per dieną. Neviršyti 16 kasečių per dieną
Nikotininė poliežuvinė tabletė	Stiprumas 2 mg. Gydymo trukmė – 4 mėn.		Burnos opos, žagsulys, galvos svaigimas	Neviršyti 30 tablečių per dieną

pai veikiantys PNT preparatai yra nikotininis nosies purškimas ir nikotininis inhaliatorius [13]. Bendrojoje populiacijoje gydymas trunka iki 8 savaičių (žr. 1 lentelę), o psichikos ligoniams gali prireikti ilgesnio gydymo kurso (bent 12 savaičių) [2].

Pakaitinė nikotino terapija sergant psichikos ligomis

Tyrimų duomenimis, PNT vartojantys pacientai dvigubai ilgiau nerūko nei pacientai, vartojantys placebo. Lyginant su bendrąja populiacija, psichikos ligoniams gali prireikti didesnio PNT preparatų kiekio, nes šie pacientai dažnai būna labiau priklausomi nuo nikotino [17]. Siekiant skirti tinkamą PNT preparato formą ir dozę, rekomenduojama įvertinti priklausomybę nuo nikotino (2 lentelė) ir anamnezės duomenis. Kai kurie pacientai ir gydytojai baiminasi, kad PNT, kaip ir cigaretės, kenkia sveikatai ir gali sąveikauti su psichotropiniais vaistais. Tokios baimės yra nepagrįstos, nes PNT preparatuose nėra kenksmingų dervų, anglies monoksido ir kitų medžiagų, randamų cigaretėse. Be to, vartojant PNT pasisavinamas mažesnis kiekis nikotino. PNT preparatuose esantis nikotinas nesąveikauja su antidepresantais, antipsichoziniais ar anksiolitiniiais vaistais, tačiau dėl pirmiau minėtų priežasčių jų dozes dažnai tenka koreguoti [2].

Vareniklino skyrimas psichikos ligomis sergantiems pacientams

Vareniklinas – tai dalinis nikotininis acetilcholino receptorių agonistas. Klinikinių tyrimų duomenimis, vareniklinas yra beveik dukart efektyvesnis už bupropioną ir beveik neabejotinai efektyvesnis už gydymą nesudėtiniais PNT preparatais [21]. Vareniklinas pradedamas vartoti prieš 1–2 savaites iki metimo datos. Gydymas iš viso trunka 12 savaičių [22]. Vareniklinas kliniškai reikšmingai nesąveikauja su kitais vaistais preparatais. Literatūroje aprašyta atvejų, kai vartojant varenikliną pablogėjo psichikos sveikatos sutrikimų praeityje turėjusių pacientų psichinė būklė, tačiau, neseniai atlikto didelės imties epidemiologinio tyrimo duomenimis, nėra priežastinio ryšio tarp vareniklino vartojimo ir suicidinių minčių. Dėl pirmiau išvardytų priežasčių varenikliną galima vartoti sergant psichikos liga, tačiau tokiems pacientams būtina sveikatos priežiūros specialistų komandos stebėsena [20].

2 lentelė. **Fagerstromo priklausomybės nuo nikotino testas** [18]

Table 2. **The Fagerstrom Tolerance Questionnaire** [18]

Nr.	Klausimas	Atsakymo variantai	Balai
1	Kada surūkote savo pirmąją cigaretę nubudęs ryte?	Per 5 min. Po 6–30 min. Po 31–60 min. Po 60 min. ir daugiau	3 2 1 0
2	Ar Jums sunku susilaikyti nerūkius vietose, kur rūkyti draudžiama?	Taip Ne	1 0
3	Kurios cigaretės labiausiai nenorėtumėte atsisakyti?	Pirmosios rytinės Bet kurios kitos	1 0
4	Kiek cigarečių surūkote per dieną?	10 ir mažiau Nuo 11 iki 20 Nuo 21 iki 30 31 ir daugiau	0 1 2 3
5	Ar pirmosiomis valandomis po nubudimo rūkote dažniau negu kitu dienos metu?	Taip Ne	1 0
6	Ar rūkote, kai sergate ir didesnę dalį dienos praleidžiate lovoje?	Taip Ne	1 0

0–3 balai – lengva priklausomybė; 4–5 balai – vidutinė priklausomybė; >6 balai – sunki priklausomybė

Bupropiono skyrimas psichikos ligoniams

Bupropionas – tai antidepresantas, noradrenalinio ir dopamino reabsorbcijos inhibitorius bei nikotino receptorių antagonistas. Jo efektyvumas bendrojoje populiacijoje panašus į PNT [19], tačiau skiriant šį preparatą psichikos ligomis sergantiems asmenims būtina atsižvelgti į kelis šio vaisto veikimo aspektus. Bupropionas mažina traukulių slenkstį ir yra kontraindikuojamas sergant epilepsija, dvipoliu afektiniu sutrikimu ir valgymo sutrikimais. Jis taip pat didina nerimo ir depresijos simptomų dažnį, dėl to neturėtų būti skiriamas depresijai sergantiems ar suicidinių minčių turintiems pacientams. Itin atsargiai šis vaistas turėtų būti skiriamas su kitais traukulių slenkstį mažinančiais vaistais – tricikliais antidepresantais ir tipiniais antipsichoziniais vaistais (išskyrus halo-peridolį). Tyrimų duomenimis, šizofrenija sergantiems pacientams bupropioną skirti yra saugu, jis neblogina psichikos sveikatos būklės [20]. Bupropionas pradedamas vartoti prieš 1–2 savaites iki metimo datos. Gydymas trunka 7–9 savaites [22].

Cigarečių kiekio mažinimas

Įprastinis metimo rūkyti programų tikslas – staigus visišką rūkymo nutraukimas, tačiau psichikos ligomis sergantiems asmenims dėl didesnės priklausomybės nikotinui ir psichikos sutrikimo nulemtų veiksnių tai gali būti per sunku. Tokiems pacientams siūloma prižiūrimiems specialisto mažinti surūkomų cigarečių skaičių turint tikslą ateityje visiškai nutraukti cigarečių vartojimą – 2 savaites rūkyti

tuo pat metu vartojant PNT preparatus ir galiausiai mesti [22].

Cigarečių kiekį mažinantys rūkoriai linkę kompensuoti sumažėjusį nikotino kiekį ilgiau ar giliau įkvėpdami cigarečių dūmus, tačiau, bendrosios rūkalių populiacijos tyrimų duomenimis, reikšmingas surūkomų cigarečių kiekio sumažinimas bendrą sveikatos būklę gerina mažai [23]. Trumpai veikiančių PNT preparatų vartojimas cigarečių kiekį mažinantiesiems pacientams turėtų sumažinti kompensacinį rūkymą [24]. Tyrimų duomenimis, bendroje populiacijoje šią strategiją naudoję pacientai dažniau visiškai nutraukdavo cigarečių vartojimą nei prieš tai cigarečių kiekio nemažinusieji, nepriklausomai nuo trumpo veikimo PNT vartojimo.

Kognityvinė elgesio terapija

Tyrimai rodo, kad efektyviausias būdas mesti rūkyti yra kartu taikomas medikamentinis gydymas ir kognityvinė elgesio terapija. Kognityvinė elgesio terapija (toliau – KET) susideda iš du tris mėnesius maždaug kartą per savaitę vykstančių individualių užsiėmimų su specialistu, kurių metu didinama paciento motyvacija mesti rūkyti, stengiamasi sumažinti norą rūkyti, ugdoma savikontrolė ir pagal poreikį koreguojamas medikamentinis gydymas. Siekiant tinkamai įvykdyti KET, svarbu programą pritaikyti individualiai kiekvienam pacientui. Padedant mesti rūkyti, pirmiausia reikia įvertinti psichikos ligomis sergančių asmenų psichikos būklę ir surinkti informaciją apie vartojamus vaistus, prireikus konsultuotis su psichikos sveikatos specialistais. Esant ūminei ligos fazei, rekomenduojama atidėti meti-

mą rūkyti, tačiau siūlytina cigaretes keisti PNT preparatais [2, 25].

KOGNITYVINĖS ELGESIO TERAPIJOS PLANAVIMAS

Geriausių rezultatų padedant mesti rūkyti psichikos sutrikimais sergantiems pacientams pasiekama ne aklaui naudojant bendrojoje populiacijoje efektyvius metodus, o pritaikant gydymą pagal kiekvieno paciento poreikius. Šiems pacientams dėl didesnės priklausomybės nuo nikotino ir psichikos sutrikimų dažnai būdingų kognityvinių funkcijų ir (ar) dėmesio sutrikimų gali prireikti intensyvesnio gydymo ir ilgesnių KET užsiėmimų. Padedant mesti rūkyti pacientams, sergantiems psichikos ligomis (ypač depresija), svarbu ypatingą dėmesį skirti nikotino nutraukimo sindromo simptomų mažinimui. Tam rekomenduojama pasitelkti kiekvienam pacientui pritaikytą individualų ar grupinį gydymą, pavyzdžiui, atsipalaidavimo pratimus.

KET metu rekomenduojama stebėti paciento psichikos sveikatos būklės pokyčius. Tam galima naudoti PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire-9*) depresijos simptomams įvertinti. Interpretuojant klausimyno rezultatus svarbu prisiminti, kad nikotino abstinencijos sindromas taip pat gali pasireikšti depresijos simptomais [26].

Cigarečių kiekio mažinimas – kelias į visišką abstinenciją

Planuojant KET svarbu pacientui paaiškinti, kad galutinis programos tikslas – visiška tabako produktų abstinencija. Pabrėžtina, kad rūkymo daroma žala nepriklauso nuo surūkomų cigarečių kiekio. Be to, vienas iš pacientų motyvų mažinti surūkomų cigarečių skaičių gali būti psichotropinių vaistų dozių sumažinimas, tačiau jis galimas tik visiškai metus rūkyti, nes šiuo metu nėra gairių, aprašančių vaistų dozių keitimą mažinant surūkomų cigarečių kiekį.

Jei įmanoma, su pacientu reikėtų aptarti kelis cigarečių kiekio mažinimo aspektus: keliomis cigaretėmis mažiau per dieną ar savaitę pacientas pasiryžęs rūkyti, kuriuo dienos metu jis neberūkys (iškart atsikėlęs, po pusryčių ar pan.); tiksliai numatyti, kada pacientui leidžiama surūkyti cigaretę (iš pradžių kas valandą, vėliau kas dvi ar panašia schema); kaip vartoti PNT preparatus ir kaip stebėti pažangą (pavyzdžiui, reguliariai tikrinant an-

glijės monoksido koncentraciją iškvėpiamame ore).

Svarbu palaikyti ir pagirti sėkmingai cigarečių kiekį mažinančius pacientus bei numatyti tolesnius mažinimo tikslus, nepamirštant pabrėžti galutinio tikslo – visiškai atsisakyti tabako produkto.

KOGNITYVINĖS ELGESIO TERAPIJOS VYKDYMAS

Siekiant užtikrinti efektyviausią pagalbą padedant mesti rūkyti psichikos sutrikimų turintiems pacientams, itin svarbu tinkamai bendrauti. Gydytojas turėtų:

- palaikyti akių kontaktą;
- kalbėti lėtai ir aiškiai;
- užtikrinti, kad aplinka per užsiėmimus būtų netriukšminga;
- pasiruošti pagalbines priemones – lankstinukus, pavyzdinius PNT preparatus;
- kalbėti paprasta kalba, vengti medicinos žargono;
- periodiškai patikrinti, ar pacientas dėmesingai klausosi ir supranta informaciją;
- atkreipti dėmesį į neverbalinius nedėmesingumo ar nesupratimo požymius (pavyzdžiui, tam tikras veido mimikas, blogą akių kontaktą).

Kaip jau minėta, psichikos ligomis sergantys pacientai dažnai taip pat turi kognityvinių ir (ar) dėmesio sutrikimų, kurie gali pasunkinti metimo rūkyti procesą. Siekiant įveikti šiuos bendravimo barjerus, tokiems pacientams rekomenduojama parengti lengvai perskaitomus informacijos šaltinius ir rašytinius priminimus bei pakankamai kartų pakartoti tam tikras užduotis (pavyzdžiui, kaip tinkamai vartoti PNT preparatus).

Motyvacijos mesti rūkyti didinimas

Psichikos ligomis sergantys pacientai neretai pasižymi mažesne motyvacija mesti rūkyti, dėl to šiems pacientams dažnai reikia papildomo paskatinimo. Svarbu pabrėžti teigiamus metimo rūkyti aspektus – ne tik pagerėjusią bendrą sveikatos būklę ir didesnį pasitikėjimą savimi, bet ir psichikos ligonių populiacijai specifišką kai kurių psichotropinių vaistų dozių sumažinimą praėjus vos keletui dienų nuo metimo rūkyti.

Galimų kliūčių įvardijimas

Pacientai dažnai susiduria su kliūtimis, trukdančiomis sėkmingai mesti

rūkyti, ir nemokėdami su jomis susitvarkyti grįžta prie žalingų įpročių. Siekiant to išvengti, svarbu kartu su pacientu sudaryti veiksmų planą – pacientas turėtų įvardyti aplinkybes, kuriomis jam norisi griebtis cigarečių, ir kartu apsvarstyti galimas išeitis iš šių situacijų, pavyzdžiui, atsipalaidavimo pratimus ar kitus pacientui padėsiančius metodus. Svarbu metančiam priminti, kad kiekvieną kartą nugalėjus norą rūkyti, didėja tikimybė šį potraukį įveikti ateityje.

Tikslų nustatymas

Pacientui ir padedančiam mesti rūkyti svarbu sutarti dėl galutinio tikslo – visiškos tabako produktų abstinencijos ar apibrėžto surūkomų cigarečių kiekio mažinimo. Taip pat reikėtų aptarti antrinius tikslus, padėsiančius pasiekti geriausių rezultatų – optimalų vaistų vartojimą, potraukį rūkyti keliančių situacijų vengimą ir pan. Svarbu paskatinti pacientą džiaugtis pasiektais tikslais ir telkti dėmesį į tolesnių tikslų siekimą [22, 26, 27].

APIBENDRINIMAS

Efektyviausias būdas padėti mesti rūkyti tiek bendrojoje, tiek psichikos ligomis sergančių ligonių populiacijoje yra medikamentinės terapijos derinimas su kognityvine elgesio terapija. Psichikos ligoniams gali prireikti ilgesnio gydymo, didesnių pakaitinės nikotino terapijos preparatų dozių ir intensyvesnės KET. Nenikotininiai preparatai (vareniklinas ir bupropionas) taip gali būti skiriami esant psichikos sveikatos sutrikimui, tačiau šiems pacientams būtina atidi sveikatos priežiūros specialistų stebėseną. Taip pat svarbu prisiminti, kad rūkymas keičia vaistų metabolizmą, dėl to rūkyti metusiems pacientams turėtų būti sumažinamos kai kurių psichotropinių vaistų dozės.

Kognityvinė elgesio terapija yra svarbi pagalbos norintiems mesti rūkyti dalis. Siekiant kuo efektyvesnių rezultatų, svarbu tinkamai suplanuoti ir vykdyti programą, ją pritaikant individualiai kiekvienam pacientui, nepamirštant psichikos ligonių populiacijai svarbių papildomų EPP aspektų – nuolatinės psichikos sveikatos būklės stebėsenos, galbūt užsiėmimų intensyvumo didinimo bei motyvacijos stiprinimo ir bendravimo atsižvelgiant į psichikos sutrikimų turintiems asmenims dažnai pasitaikančius kognityvinius ir dėmesio sutrikimus. ♦

Gauta: 2017 06 01
Priimta spaudai: 2017 09 25

Summary

SMOKING AND MENTAL HEALTH: ASPECTS OF DELIVERING STOP SMOKING SUPPORT FOR THE MENTALLY ILL

**Kristina Grigaliūnaitė,
Viktorija Andrejevaite**

Aim. The aim of this paper is to explain the relationship between smoking and mental health, in addition to reviewing the current evidence-based methods of supported smoking cessation for mentally ill patients.

Review of the literature. A combination of cognitive behavioral therapy and smoking cessation medication are

the methods most commonly used to help patients quit smoking. The most effective smoking cessation medication is combination nicotine replacement therapy, consisting of a nicotine patch and a faster-acting agent. The most effective fast-acting agents for the mentally ill are the nicotine nasal spray and the mouth spray. Non-nicotine medication, such as varenicline and bupropion, can also be used by patients with mental health issues, however, this type of therapy requires close monitoring. The mentally ill might require longer treatment regimes, higher doses of nicotine replacement therapy and higher intensity cognitive behavioral therapy. It is also important to consider the way smoking affects the metabolism of certain psychotropic drugs, calling for dose reduction after smoking cessation.

Cognitive behavioral therapy is an important part of supported smoking cessa-

tion. The most appropriate delivery of cognitive behavioral therapy consists of proper planning and addressing each patients' individual needs, simultaneously paying attention to certain aspects of the therapy for the mentally ill – regular monitoring of the patients' mental health status, the higher intensity of the sessions and motivational support, in addition to taking into account the cognitive deficits and difficulty concentrating that the mentally ill patient might face.

Conclusion. The most effective method of supported smoking cessation consists of a combination of smoking cessation medication and cognitive behavioral therapy.

Keywords: mental health, smoking, supported smoking cessation, nicotine replacement therapy, varenicline, bupropion, cognitive behavioral therapy.

LITERATŪRA

1. Tabako vartojimas ir jo padariniai. Narkotiku, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas, 2017. [Žiūrėta 2017 m. gegužės 27 d.]. Prieiga internete: ntakd.lrv.lt/lt/statistika-ir-tyrimai/tabako-vartojimas-ir-jo-padariniai
2. Royal College of Physicians, Royal College of Psychiatrists. Smoking and mental health. London: RCP, 2013.
3. World Health Organization. Integrating mental health into primary care: a global perspective. 2008. [Žiūrėta 2017 m. gegužės 27 d.]. Prieiga internete: apps.who.int/iris/bitstream/10665/43935/1/9789241563680_eng.pdf
4. Kumari V, Postma P. Nicotine use in schizophrenia: the self-medication hypothesis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2005; 29: 1021–34.
5. Brown S, Barraclough B, Inskip H. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Brit J Psych* 2000; 176: 109.
6. Campion J, Checinski K, Nurse J, McNeill A. Smoking by people with mental illness and benefits of smoke-free mental health services. *Advances in Psychiatric Treatment* 2008; 14: 217–28.
7. John U, Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U. Smoking, nicotine dependence and psychiatric comorbidity – A population-based study including smoking cessation after three years. *Drug and Alcohol Dependence* 2004; 76: 287–95.
8. Lyons MJ, Bar JL, Kremen WS, Toomey R, Eisen SA, Goldberg J, et al. Nicotine and familial vulnerability to schizophrenia: a discordant twin study. *Journal of Abnormal Psychology* 2002; 111: 687–93.
9. Williams JM, Ziedonis DM, Abanyie F. Increased nicotine and cotinine levels in smokers with schizophrenia and schizoaffective disorder is not a metabolic effect. *Schizophrenia Research* 2005; 79: 323–35.
10. Tidey JW, Rohsenow DJ, Kaplan GB, Swift RM, Adolfo AB. Effects of smoking abstinence, smoking cues and nicotine replacement in smokers with schizophrenia and controls. *Nicotine and Tobacco Research* 2008; 10: 1047–56.
11. Campion J, Checinski K, Nurse J. Review of smoking cessation treatments for people with mental illness. *Advances in Psychiatric Treatment* 2008; 14: 208–16.
12. Taylor D, Paton C, Kapur S. The Maudsley prescribing guidelines. 10th ed. London, UK: Informa, 2009.
13. Williams JM, Ziedonis DM, Foulds J. A case series of nicotine nasal spray in the treatment of tobacco dependence among patients with schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry* 2004; 55: 1064–6.
14. Wadgave U, Nagesh L. Nicotine replacement therapy: an overview. *International Journal of Health Sciences* 2016; 10(3): 425–35.
15. Nicotine replacement therapy for quitting tobacco. [Žiūrėta 2017 m. gegužės 26 d.]. Prieiga internete: www.cancer.org/healthy/stay-away-from-tobacco/guide-quitting-smoking/nicotine-replacement-therapy.html
16. Soluble nicotine tablets (Microtabs) – Stop-Tobacco.ch – Help and advice on quitting smoking. Stop-tobacco.ch. 2017. [Žiūrėta 2017 m. gegužės 26 d.]. Prieiga internete: www.stop-tobacco.ch/en/nicotine-replacement-therapy/soluble-nicotine-tablets-microtabs
17. Stead L, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008; 1: CD000146.
18. Fagerstrom K, Schneider N. Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine* 1989; 12(2): 159–82.
19. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007; 1: CD000031.
20. MHRA. Stop Smoking Treatments, 2013. [Žiūrėta 2017 m. gegužės 26 d.]. Prieiga internete: www.mhra.gov.uk/PrintPreview/DefaultSplashPP/CON2031590?ResultCount=10&DynamicListQuery=&DynamicListSortBy=xCreationDate&DynamicListSortOrder=Desc&DynamicListTitle=&PageNumber=1&Title='Stop%20smoking'%20treatments
21. Cahill K, Stead L, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007; 1: CD006103.
22. National Centre for Smoking Cessation and Training. NCSCT Training Standard. *Leaning Outcomes for Training Stop Smoking Practitioners*, 2013. Prieiga internete: www.ncsct.co.uk/user/pub/NCSCCT_training_standard.pdf
23. Pisinger C, Godtfredsen NS. Is there a health benefit of reduced tobacco consumption? A systematic review. *Nicotine and Tobacco Research* 2007; 9: 631–46.
24. Wang D, Connock M, Barton P, Fry-Smith A, Aveyard P, Moore D. 'Cut down to quit' with nicotine replacement therapies in smoking cessation: a systematic review of effectiveness and economic analysis. *Health Technol Assess* 2008; 12: 1–156.
25. Morris C, Waxmonsky J, May M, Tinkelman D, Dickinson M, Giese A. Smoking reduction for persons with mental illnesses: 6-month results from community-based interventions. *Community Mental Health Journal* 2011; 47(6): 694–702.
26. Lancaster T, Stead L. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005.
27. ASH Fact Sheet on Smoking and Mental Health. Prieiga internete: ash.org.uk