

## ΧΑΠ και ψυχική υγεία: Ολιστική και πρακτική καθοδήγηση για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

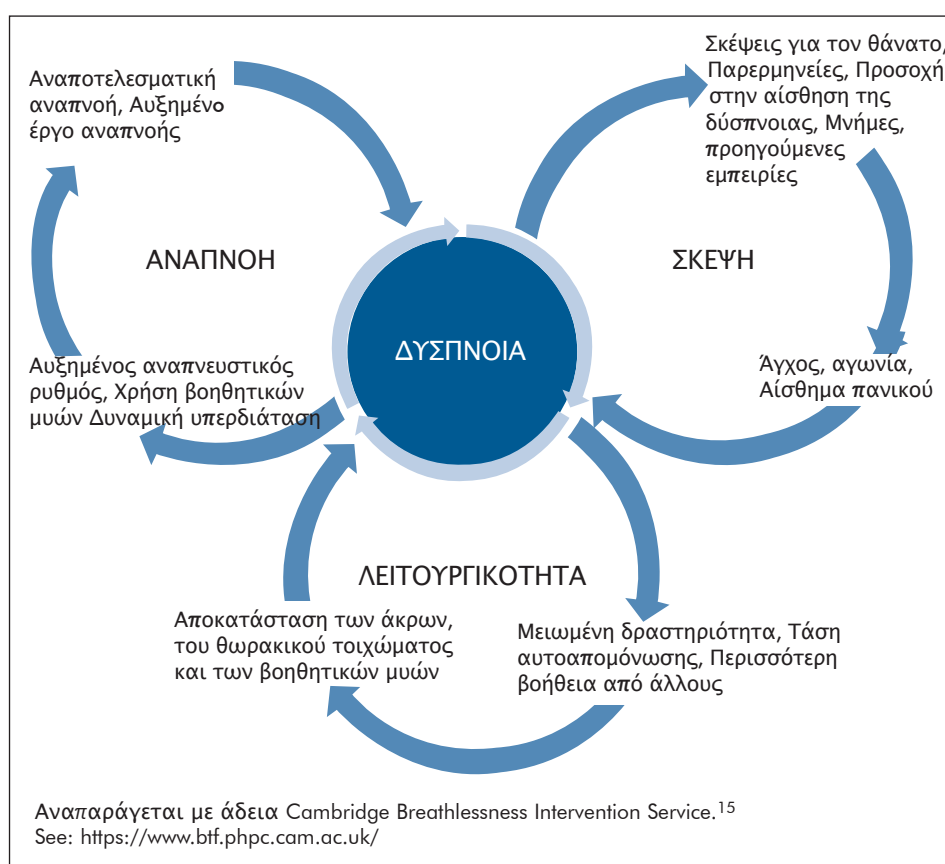
Αυτός ο οδηγός εργασίας στοχεύει στην ευαισθητοποίηση σχετικά με την πρόκληση του εντοπισμού και της διαχείρισης των προβλημάτων ψυχικής υγείας σε άτομα με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) και στην καθοδήγηση των επαγγελματιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) σε εργαλεία αξιολόγησης καθώς και σε μη φαρμακευτικές και φαρμακευτικές παρεμβάσεις.

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα προβλήματα ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένου του άγχους και της κατάθλιψης, είναι κοινά μεταξύ των ατόμων με ΧΑΠ και επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής τους (QoL). Σε χώρες όπου το κάπνισμα είναι διαδεδομένο, η εξάρτηση από τον καπνό είναι ένας πρόσθετος παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ατόμων με ΧΑΠ. Ωστόσο, οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας συχνά έχουν χαμηλή αυτοπεποίθηση στην αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων και δεν βοηθούν αποτελεσματικά. Πιθανά λόγω των πολύπλοκων αλληλεπιδράσεων και των συμπτωμάτων όπως η δύσπνοια, που καθιστούν την αξιολόγηση και τη θεραπεία πρόκληση. Οι εκτιμήσεις δείχνουν ότι περίπου το 30% των ατόμων με ΧΑΠ έχουν ως συνοσηρότητα κατάθλιψη (η οποία αυξάνεται έως και 80% με την αύξηση της σοβαρότητας της ΧΑΠ), και 10% έως 50% έχουν ως συνοσηρότητα άγχος.<sup>1-3</sup> Ο επιπολασμός αυξάνεται με την ηλικία και με την επιδείνωση των συμπτωμάτων της ΧΑΠ.<sup>3-6</sup> Σε παγκόσμιο επίπεδο, περίπου το 20% των ανθρώπων καπνίζει<sup>7</sup> αν και αυτό το ποσοστό ποικίλλει ανάλογα με τη χώρα, ενώ περίπου το 20% από αυτούς θα αναπτύξουν ΧΑΠ.<sup>8</sup> Παρά τον αυξημένο αυτό κίνδυνο, τα ποσοστά καπνίσματος παραμένουν υψηλά ακόμη και μετά από τη διάγνωση της ΧΑΠ.<sup>9,10</sup> Οι κατευθυντήριες οδηγίες εστιάζουν σε μία μόνο ασθένεια επομένως είναι ανεπαρκείς αναφορικά με τις συνοσηρότητες, ενώ απουσιάζει η καθοδήγηση για τους επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

### ΧΑΠ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Παρά τις ισχυρές ενδείξεις για τον υψηλό επιπολασμό της κατάθλιψης και του άγχους στα άτομα με ΧΑΠ, αυτές οι



συνοσηρότητες υποδιαγιγνώσκονται και υποθεραπεύονται. Η κατάθλιψη ή/και το άγχος που σχετίζονται με τη ΧΑΠ συνδέεται με χειρότερη ποιότητα ζωής, περισσότερο κάπνισμα, χειρότερη συμμόρφωση στο θεραπευτικό πλάνο, περισσότερες εισαγωγές στο νοσοκομείο, παροξύνσεις, χαμηλότερα ποσοστά αυτοδιαχείρισης, χειρότερη επιβίωση και υψηλότερο κόστος περίθαλψης σε σχέση με τα άτομα χωρίς ψυχικές συνοσηρότητες.<sup>11</sup> Πράγματι στην ΧΑΠ, η δύσπνοια, η κατάθλιψη, το άγχος και η αντοχή στην άσκηση συσχετίζονται περισσότερο με την ποιότητα ζωής από ό,τι οι ευρέως χρησιμοποιούμενες σπιρομετρικές τιμές.<sup>12</sup> Τα άτομα με ΧΑΠ συχνά αναφέρουν

αισθήματα απομόνωσης και η ψυχική ασθένεια μπορεί να αυξήσει αυτή την απομόνωση λόγω του κοινωνικού και αυτοεπιβαλλόμενου στίγματος με αποτέλεσμα έναν φαύλο κύκλο που μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα ζωής και να μειώσει τη συμμόρφωση στη θεραπεία της ΧΑΠ.<sup>13,14</sup>

### ΔΥΣΠΝΟΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΔΥΣΦΟΡΙΑ

Η δύσπνοια είναι ένα συχνό και πολύπλοκο σύμπτωμα που βιώνουν τα άτομα με ΧΑΠ. Δεν είναι μόνο η υποκειμενική αντίληψη της δύσπνοιας, αλλά και οι αντιδράσεις και οι απαντήσεις του ατόμου στην αίσθηση αυτή που έχουν σημασία.<sup>15</sup> Ο αρνητικός

◀ κύκλος «Σκέψης» στο μοντέλο Breathing-Thinking-Functioning (BTF) (Αναπνοή-Σκέψη-Λειτουργία) (βλ. παραπάνω διάγραμμα) προσφέρει έναν τρόπο κατανόησης του πώς οι σκέψεις επηρεάζουν και επηρεάζονται από την αναπνοή, αλλά και τη σωματική δραστηριότητα. προτείνει επίσης πώς μπορούμε να σπάσουμε αυτούς τους κύκλους.<sup>15</sup>

Η προσοχή στην αίσθηση της δύσπνοιας, οι αναμνήσεις από προηγούμενες εμπειρίες, οι λανθασμένες αντιλήψεις και οι σκέψεις σχετικά με τον θάνατο μπορούν να συμβάλουν σε άγχος, συναισθήματα πανικού, απογοήτευση, θυμό και κακή διάθεση, τα οποία με τη σειρά τους ενισχύουν μη χρήσιμες και μη ρεαλιστικές σκέψεις και εικόνες. Αντίθετα, οι παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση αυτών των αρνητικών σκέψεων σε σχέση με τη δύσπνοια και τη διαχείριση των συμπτωμάτων άγχους και της κακής διάθεσης έχουν τη δυνατότητα να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής και να βελτιώσουν τη συμμόρφωση στη θεραπεία της ΧΑΠ.

## ΧΡΗΣΗ ΚΑΠΝΟΥ ΚΑΙ ΚΑΚΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Αν και τα ποσοστά καπνίσματος δεν είναι υψηλά μεταξύ των ατόμων με ΧΑΠ σε όλες τις χώρες, όπου είναι, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της χρήσης καπνού και της κακής ψυχικής υγείας. Οι καπνιστές με διαταραχές της ψυχικής υγείας τείνουν να είναι περισσότερο εθισμένοι στο κάπνισμα, να καπνίζουν περισσότερα τσιγάρα και είναι πιο πιθανό να υποτροπιάσουν και επομένως χρειάζονται υποστήριξη για επανειλημμένες προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος.<sup>16-19</sup> Το κάπνισμα, η κατάθλιψη και το άγχος συνδέονται με υψηλότερο κίνδυνο θανάτου σε άτομα με ΧΑΠ. Ο κίνδυνος θανάτου, κατάθλιψης και άγχους αυξάνεται με την αύξηση της διάρκειας του καπνίσματος (έτη) και των πακέτο-ετών.<sup>20</sup> Ωστόσο, η διακοπή του καπνίσματος είναι αποτελεσματική και αποτελεί τη σημαντικότερη παρέμβαση για την επιβράδυνση της εξέλιξης της ΧΑΠ, την αύξηση της επιβίωσης και τη μείωση της νοσηρότητας.<sup>5,21,22</sup> Σε αντίθεση με τη δημοφιλή πεποίθηση, η διακοπή του καπνίσματος μειώνει το άγχος και την κατάθλιψη. Πράγματι, το μέγεθος της επίδρασης είναι εξίσου μεγάλο ή μεγαλύτερο από τη χρήση αντικαταθλιπτικών για τις διαταραχές της διάθεσης και του άγχους.<sup>23,24</sup> Μπορεί να είναι δύσκολο όμως να διαφοροποιήσει κανείς τα συμπτώματα του άγχους από τα συμπτώματα της στέρησης, γι' αυτό πρέπει να αξιολογεί τα επίπεδα άγχους σε κάθε ραντεβού.

## Πίνακας 1: Αξιολόγηση των προβλημάτων ψυχικής υγείας σε άτομα με ΧΑΠ

Πολλά εργαλεία έχουν χρησιμοποιηθεί σε έρευνες, αλλά στην κλινική πρακτική οι ιατροί της ΠΦΥ είναι εξοικειωμένοι με τα ακόλουθα εύχρηστα εργαλεία:

- Το συνιστώμενο από τον ΠΟΥ Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενών 4 (PHQ-4) για μια πολύ σύντομη εκτίμηση της κατάθλιψης και του άγχους. Αυτό το εργαλείο μπορεί να συμπληρωθεί και ηλεκτρονικά. Οι ερωτήσεις 1 και 2 είναι η υποκλίμακα άγχους του GAD2 οι ερωτήσεις Q3 και Q4 είναι η υποκλίμακα κατάθλιψης του PHQ2. Μια βαθμολογία άνω του 3 σε ένα από τα δύο υποδεικνύει ότι πρέπει να γίνει περαιτέρω αξιολόγηση, για παράδειγμα, με το Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενών 9 (PHQ9) ή την Κλίμακα Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής (GAD7).

Τις τελευταίες 2 εβδομάδες πόσο συχνά σας ενόχλησαν τα παρακάτω:					
0 = καθόλου; 1 = μερικές ημέρες; 2 = περισσότερες από τις μισές ημέρες; 3 = σχεδόν κάθε μέρα					
1. Νιώσατε νευρικός (ή), αγχωμένος (ή) ή ευερέθιστος (η)	0	1	2	3	Ένα σκορ 3 ή και περισσότερο θεωρείται + για άγχος
2. Δεν μπορούσατε να σταματήσετε ή να ελέγξετε την ανησυχία σας	0	1	2	3	
3. Είχατε μικρό ενδιαφέρον ή λίγη ευχαρίστηση για να κάνετε πράγματα	0	1	2	3	Ένα σκορ 3 ή και περισσότερο θεωρείται + για κατάθλιψη
4. Νιώθατε πεσμένος (η), με θλίψη ή απελπισία	0	1	2	3	

Κατηγορίες ψυχολογικής δυσφορίας με βάση τη συνολική βαθμολογία:

- Καμία: 0-2
- Ήπια: 3-5
- Μέτρια: 6-8
- Σοβαρή: 9-12

Πηγή: [https://qxmd.com/calculate/calculator\\_476/patient-health-questionnaire-4-phq-4](https://qxmd.com/calculate/calculator_476/patient-health-questionnaire-4-phq-4).

- Το PHQ9 χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της κατάθλιψης, αποτελείται από 9 στοιχεία με κατόφλι το σκορ 5 και είναι διαθέσιμο σε πολλές γλώσσες.
- Το GAD7 χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση του άγχους και είναι μια κλίμακα αυτοαναφοράς 7 στοιχείων, με κατόφλι το σκορ 10. Το GAD7 είναι επίσης διαθέσιμο σε πολλές γλώσσες.

Αυτά τα εργαλεία μπορεί να είναι χρήσιμα στην ανίχνευση κατάθλιψης και άγχους και στην αποσαφήνιση μιας ύποπτης διάγνωσης.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 2: OARS (κινητοποιός συνέντευξη)

O	Ανοικτές ερωτήσεις	Για να μάθετε για τα συναισθήματα και τις πεποιθήσεις τους, π.χ. «Θα θέλατε να μου πείτε περισσότερα για το πώς νιώθετε,» «Πώς βιώνετε τη δύσπνοια,»
A	Επιβεβαίωση	Να είστε θετικοί και ενισχυτικοί, χτίστε μια σχέση και δείξτε ενσυναίσθηση: «Είναι υπέροχο που είστε πρόθυμοι να συζητήσετε τη θλίψη σας, είμαι εδώ για να σας βοηθήσω.»
R	Στοχαστική ανάκλαση	«Ακούγεται σαν να έχετε σκεφτεί πολύ για τα συμπτώματά σας και ξέρετε τι να κάνετε.»
S	Σύνοψη	«Ας συνοψίσουμε λοιπόν αυτά που συζητήσαμε.»

Πηγή: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/394208/Session-5.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/394208/Session-5.pdf)

## ΣΗΜΕΙΑ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΝΤΟΠΙΣΜΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΧΑΠ

Η ασθενο-κεντρική προσέγγιση βοηθάει. Αναγνωρίστε ότι η κατάθλιψη και το άγχος είναι κοινές συνοσηρότητες που μπορούν να επηρεάσουν την έκβαση της ΧΑΠ. Προβλέψτε ότι το άτομο μπορεί να έχει κατάθλιψη ή άγχος ή και τα δύο. Καθώς αξιολογείτε για προβλήματα ψυχικής υγείας, ακούστε τον ασθενή και αποφύγετε να διακόπτετε, δείξτε ενσυναίσθηση και παρατηρήστε προσεκτικά. Η γλώσσα του σώματος και τα μη λεκτικά σήματα μπορεί να προσφέρουν χρήσιμες πληροφορίες, για παράδειγμα, οι μεγάλες παύσεις και η έλλειψη οπτικής επαφής κατά τη διάρκεια της συζήτησης. Κατά την διαδικασία της διάγνωσης, ακολουθήστε μια ασθενοκεντρική προσέγγιση και εξετάστε αν μια

«ετικέτα» κατάθλιψης ή/και άγχους θα είναι χρήσιμη, για παράδειγμα, για την κατανόηση της κατάστασής από τον ασθενή και για την ολιστική διαχείρισή του.

## ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Να έχετε επίγνωση των σωματικών συμπτωμάτων, όπως η έλλειψη συγκέντρωσης, η διαταραχή του ύπνου, η κόπωση ή ο πονοκέφαλος, που μπορεί να σχετίζονται με το άγχος και την κατάθλιψη, και να εξετάσετε το ενδεχόμενο χρήσης ενός σταθμισμένου ερωτηματολογίου, εάν το άτομο παρουσιάζει συμπτώματα (βλ. Πίνακα 1).

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΑΠ

Η περίθαλψη των ατόμων με ΧΑΠ και προβλήματα ψυχικής υγείας χρειάζεται

Πίνακας 3: Παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της δύσπνοιας

Παρέμβαση	Σκοπός/στόχος	Επιπλέον βιβλιογραφία
Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία	Προσέγγιση επίλυσης προβλημάτων (problem-solving approach) που προκαλεί τις μη βοηθητικές σκέψεις/συμπεριφορές, μειώνει το άγχος στη ΧΑΠ βραχυπρόθεσμα, αυξάνει την συμμετοχή σε προγράμματα πνευμονικής αποκατάστασης.	Yohannes AM, et al. J Am Med Dir Assoc 2017;18: 1096.e1-1096.e17. Heslop-Marshall K, et al. ERJ Open Res 2018;4: 0094-2018. Pumar MI, et al. J Thorac Dis 2019;11 (Suppl 17): S2238-S2253.
Ενσυνειδητότητα/διαλογισμός	Η 20λεπτη ενσυνείδητη αναπνοή μειώνει τη δύσπνοια των αναπνευστικών νοσημάτων και το άγχος/κατάθλιψη σε προχωρημένη νόσο. Μπορεί να αυξήσει την αυτό-αποτελεσματικότητα	Seetee S, et al. J Med Assoc Thai 2016;99:828-8. Malpass A, et al. BMJ Open Respir Res 2018;5:e000309. Tan SB, et al. J Pain Symptom Manage 2019;57:802-8. Look ML, et al. BMJ Supportive & Palliative Care 2021; 11:433-9.
Τεχνικές χαλάρωσης	Ορισμένοι προτείνουν ότι οι τεχνικές χαλάρωσης μπορούν να βελτιώσουν το άγχος, τη δύσπνοια και την κόπωση στη ΧΑΠ. Οι καθοδηγούμενες εικόνες («σκέφτομαι ένα ωραίο μέρος»), η προοδευτική μυϊκή χαλάρωση και το μέτρημα είναι τα πιο αποδεκτά.	Hyland ME, et al. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2016; 11:2315-9. Yilmaz CK, Kapucu S. Holist Nurs Pract 2017;31:369-77. Volpato E, et al. Evid Based Complement Alternat Med 2015;2015:628365.
Βελονισμός/πίεση	Βελτιώνει τη δύσπνοια σε προχωρημένη νόσο και μπορεί να μειώσει το άγχος.	von Trott P, et al. J Pain Symptom Manage 2020;59: 327-338.e3.
Θεραπεία με τραγούδι	Τα περισσότερα στοιχεία δείχνουν ότι η θεραπεία με τραγούδι μπορεί να βελτιώσει τη λειτουργία των πνευμόνων. Ορισμένα στοιχεία δείχνουν ότι μπορεί να βελτιώσει το άγχος και την ποιότητα ζωής.	Gimenes Bonilha A, et al. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2009;4:1-8. Lord VM, et al. BMC Pulm Med 2010;10:41. McNamara RJ, et al. Cochrane Database Syst Rev 2017; 12: CD012296.
Θετική ψυχολογία που δίνει αίσθηση ελέγχου/σιγουριάς	Δεν βασίζεται σε τεκμηρίωση. Ωστόσο, οι ολιστικές υπηρεσίες αντιμετώπισης της δύσπνοιας μειώνουν το άγχος/κατάθλιψη και χρησιμοποιούν θετική ψυχολογία, βελτιώνοντας την αυτό-αποτελεσματικότητα.	Brighton LJ, et al. Thorax 2019;74:270-81. Lovell N, et al. J Pain Symptom Manage 2019;57:140-155.e2.
Κοινωνική παρουσία	Πειραματικά στοιχεία σε υγιείς εθελοντές δείχνουν ότι η συμμετοχή σε κοινωνικές δράσεις (κοινωνικοποίηση) μειώνει την αίσθηση της δύσπνοιας. Οι ασθενείς νοιώθουν καλύτερα με την παρουσία άλλων.	Herzog M, et al. Biol Psychol 2019;140:48-54

μια πολύ ευρεία προσέγγιση, αναγνωρίζοντας ότι ο νους, το σώμα, ο τρόπος με τον οποίο αλληλεπιδρούμε με τους ανθρώπους και το περιβάλλον είναι όλα αλληλένδετα. Σημαντική είναι η ασθενοκεντρική προσέγγιση που εστιάζει στις επιθυμίες, τους στόχους και τις προτιμήσεις του ασθενούς. Αξιοποιήστε τις δεξιότητες OARS για να δημιουργήσετε και να διατηρήσετε τη σχέση σας χρησιμοποιώντας λεκτικές και μη λεκτικές απαντήσεις και συμπεριφορές (Πίνακας 2).

Τα άτομα με ΧΑΠ συχνά δεν συμπονούν τον εαυτό τους<sup>25</sup> και μια ολιστική προσέγγιση της ευημερίας είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση των αρνητικών αντιλήψεων για τον εαυτό τους και την αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας. Εδώ αναλύουμε ορισμένες τεκμηριωμένες μη φαρμακευτικές και φαρμακευτικές παρεμβάσεις που είναι εφικτές στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

### ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Οι ανασκοπήσεις της βάσης «Cochrane» κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι μια δομημένη προσέγγιση γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας [cognitive behavioural therapy (CBT)] μπορεί να είναι αποτελεσματική στη μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους.<sup>1,26</sup> Η προσέγγιση αυτή είναι εφικτή και οικονομικά αποδοτική στην κοινότητα και παρέχεται από εκπαιδευμένους επαγγελματίες.<sup>27</sup> Η ενσωμάτωση μιας προσέγγισης CBT για την αντιμετώπιση της δύσπνοιας στη ΧΑΠ και η υποστήριξη της αυτοδιαχείρισης έχει τη δυνατότητα να αυξήσει την συμμόρφωση του ασθενή στη θεραπεία, συμπεριλαμβανομένης της συμπεριφορικής ενεργοποίησης και της σωματικής δραστηριότητας, βελτιώνοντας το άγχος και την κατάθλιψη.<sup>28-31</sup>

Ο Πίνακας 3 περιγράφει λεπτομερώς μια σειρά παρεμβάσεων που μπορεί να είναι χρήσιμες για την αντιμετώπιση της

δύσπνοιας. Εκτιμούμε ότι δεν είναι όλες από αυτές προσβάσιμες, μεταφρασμένες, σταθμισμένες, οικονομικά προσιτές ή πολιτισμικά αποδεκτές σε κάθε χώρα, αλλά ο κατάλογος είναι μεγάλος, οπότε μπορείτε να χρησιμοποιήσετε εκείνες που νομίζετε είναι κατάλληλες για την χώρα σας. Για παράδειγμα, η υπηρεσία Cambridge Breathlessness Intervention Service προσφέρει μια σειρά παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση της δύσπνοιας που σχετίζεται με τον φαύλο κύκλο της «σκέψης».<sup>15</sup>

Η ολιστική φροντίδα του ατόμου με ΧΑΠ και συννοσηρότητες όπως το άγχος και την κατάθλιψη μπορεί να παρέχεται μέσω μιας διεπιστημονικής ομάδας, όπου υπάρχει, η οποία μπορεί να παρέχει ορισμένες ή όλες τις παρεμβάσεις που περιγράφονται παραπάνω, καθώς και πνευμονική αποκατάσταση (ΠΑ). Ωστόσο, οι ιατροί δεν κάνουν επαρκείς παραπομπές για ΠΑ και τα άτομα με ΧΑΠ συνήθως δεν παρακολουθούν ή δεν ολοκληρώνουν ένα πρόγραμμα ΠΑ.

◀ Αναμένουμε τα αποτελέσματα της μελέτης TANDEM, η οποία ενσωματώνει τη CBT για να βελτιώσει τη συμμετοχή στην ΠΑ.<sup>2</sup> Η άσκηση στο φυσικό περιβάλλον έχει πολλά θεραπευτικά οφέλη, τόσο για την ψυχική όσο και για τη σωματική υγεία.<sup>33</sup> Η συμμετοχή σε δραστηριότητες στη φύση βοηθά τα άτομα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και μπορεί να συμβάλει στη μείωση των επιπέδων άγχους, στρες και κατάθλιψης.<sup>34</sup> Δεν υπάρχουν ειδικές μελέτες σε άτομα με ΧΑΠ.

## Φαρμακευτικές παρεμβάσεις

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση της δύσπνοιας με βροχοδιασταλτικά<sup>5</sup> θα βελτιώσει την ψυχολογική δυσφορία. Αντιμετωπίστε την εξάρτηση από τον καπνό με τη διαθέσιμη φαρμακοθεραπεία καθώς και με συμβουλευτική. Δεν υπάρχουν συστάσεις σχετικά με τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα για άτομα με ΧΑΠ.<sup>11</sup> Ωστόσο, προτείνουμε σε λογικά πλαίσια η διαχείριση να περιλαμβάνει τη χρήση εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs-προτιμάται) ή, εάν δεν είναι διαθέσιμα ή δεν ενδείκνυνται για άλλους κλινικούς λόγους, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs) μπορεί να αποτελούν επιλογή δεύτερης γραμμής για τη θεραπεία της κατάθλιψης.<sup>11</sup> Αποφύγετε τη χρήση TCAs σε άτομα με σοβαρή ΧΑΠ, λόγω αυξημένου κινδύνου καταστολής του αναπνευστικού κέντρου και αναπνευστικής ανεπάρκειας. Το άγχος μπορεί να αντιμετωπιστεί με τη χρήση SSRIs, αλλά δεν έχουμε αρκετές μελέτες για αυτό.<sup>35</sup> Παρά την ευρεία χρήση των βενζοδιαζεπινών, αναφορικά με την ΧΑΠ φαίνεται ότι δεν βοηθούν στη δύσπνοια και δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται για αυτή.<sup>36</sup> Μπορούν να είναι μια επιλογή για άτομα με πολύ άγχος για βραχυπρόθεσμη χρήση (όχι περισσότερο από 4 εβδομάδες) και στη χαμηλότερη δυνατή δόση.<sup>37</sup> Ο μεταβολισμός των αντικαταθλιπτικών και των αγχολυτικών φαρμάκων είναι αυξημένος στους καπνιστές, οι οποίοι επομένως είναι πιθανό να χρειάζονται υψηλότερες δόσεις από τους μη καπνιστές. Η επιτυχία της διακοπής του καπνίσματος σημαίνει ότι μπορεί να χρειαστεί να μειώσετε τη δόση για να το αντισταθμίσετε.<sup>38</sup>

## ΠΟΤΕ ΝΑ ΠΑΡΑΠΕΜΨΕΤΕ

Παραπέμψτε τα άτομα με ΧΑΠ στις κατάλληλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, όπου υπάρχουν, συμπεριλαμβανομένου ψυχολόγου, εάν ο ασθενής εκφράζει προτίμηση για μη φαρμακευτική φροντίδα ή εάν η διαχείριση του άγχους ή της κατάθλιψης δεν επιτυγχάνεται με τις διαθέσιμες σε εσάς παρεμβάσεις. Τα άτομα με ΧΑΠ και ψύχωση ή αυτοκτονικό ιδεασμό απαιτούν άμεση παραπομπή σε εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η βελτίωση της ψυχικής υγείας βελτιώνει την έκβαση της ΧΑΠ. Οι ιατροί της ΠΦΥ που φροντίζουν άτομα με ΧΑΠ χρειάζονται επικοινωνιακή ευελιξία και δεξιότητες για να εντοπίσουν την κατάθλιψη και το άγχος, ιδίως στους καπνιστές και σε όσους προσπαθούν να διακόψουν το κάπνισμα, οι οποίοι και διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο δυσμενών εκβάσεων. Προσφέρετε υποστήριξη για τη διακοπή του καπνίσματος (βλέπε IPCRG Desktop Helper helping patients quit tobacco<sup>39</sup>) και εξετάστε το ενδεχόμενο CBT. Αξιοποιήστε τις διαθέσιμες τοπικές υπηρεσίες για την υποστήριξη της ψυχικής ευεξίας. Περισσότερες μελέτες χρειάζονται για την διερεύνηση της αξίας της φαρμακευτικής θεραπείας.

### Βιβλιογραφία

1. Pollok J, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;3:CD012347.
2. Sohanpal R, et al. *Trials* 2020;21:18(2020).
3. Yohannes AM, Alexopoulos GS. Depression and anxiety in patients with COPD. *Eur Respir Rev* 2014;23:345-9.
4. Barnett K, et al. *Lancet* 2012;380:37-43.
5. GOLD 2022 Report. Available at: <https://goldcopd.org/2022-gold-reports-2/>. Accessed March 2022.
6. Wagena EJ, et al. *Eur Respir J* 2005;26:242-8.
7. Ritchie H, Roser M. Smoking. 2021. Available at: <https://ourworldindata.org/smoking>. Accessed March 2022.
8. Terzikhan N, et al. *Eur J Epidemiol* 2016;31:785-92.
9. Stegberg M, et al. *Eur Clin Respir J* 2018;5:1421389.
10. Vogelmeier C, et al. *New England J Med* 2011;364:1093-103.
11. Pollok J, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;12:CD012346.
12. Tsiligianni I, et al. *Prim Care Respir J* 2011;20:257-68.
13. Stuart H. *World Psych* 2008;7:185-8.
14. Kassis IT, et al. *Br J Med Med Res* 2014;4:785-96.
15. Spathis A, et al. *npj Prim Care Respir Med* 2017;27:27.
16. Berlin I, Covey LS. *Addiction* 2006;101:1814-21.
17. Coulthard M, et al. Office for National Statistics (ONS) 2002.
18. Royal College of Physicians, Royal College of

19. Psychiatrists. Smoking and mental health. 2013.
20. Ho SY, et al. *Gen Hosp Psychiatry* 2015;37:399-407.
21. Lou P, et al. *Respir Care* 2014;59:54-61.
22. Williams S, et al. IPCRG Position paper No. 1 – Primary care and chronic lung disease. Available at: <https://www.ipcr.org/primaryrespiratorycare>. Accessed March 2022.
23. Tonnesen P. *Eur Respir Rev* 2013;22:37-43.
24. Rigotti NA. *Lancet Respir Med* 2013;1:241-50.
25. Taylor G, et al. *BMJ* 2014;348:g1151.
26. Harrison SL, et al. *Chron Respir Dis* 2017;14:22-32.
27. Usmani ZA, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;3:CD010673.
28. NICE guideline CG124. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123>. Accessed March 2022.
29. Aylett E, et al. *BMC Health Serv Res* 2018;18:559.
30. Hu MX, et al. *BMC Public Health* 2020;20:1255.
31. Newham JJ, et al. *Int J Chron Obstruct Pulm Dis* 2017;12: 1705-20.
32. NICE guideline. NG115. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng115/chapter/Recommendations>. Accessed March 2022.
33. Gordon CS, et al. *Chest* 2019;156:80-91.
34. Natural England. Links between natural environments and mental health: evidence briefing (EIN018). 2016. Available at: <http://publications.naturalengland.org.uk/publication/5748047200387072>. Accessed March 2022.
35. Krzanowski J, et al. Green Walking in mental health recovery: A Guide. 2020. Available at: <https://sustainablehealthcare.org.uk/green-walking>. Accessed March 2022.
36. Usmani ZA, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;11: CD008483.
37. Simon S, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;1:CD007354.
38. NICE. BNF. Hypnotics and anxiolytics. Available at: <https://bnf.nice.org.uk/treatment-summary/hypnotics-and-anxiolytics.html>. Accessed March 2022.
39. NCSC. Smoking cessation and smokefree policies: Good practice for mental health services. Available at: <https://www.ncsc.co.uk/user/pdf/Smoking%20cessation%20and%20smokefree%20policies%20-%20Good%20practice%20for%20mental%20health%20services.pdf>. Accessed March 2022.
40. IPCRG. Desktop Helper No. 4 - Helping patients quit tobacco - 3rd edition. Available at: <https://www.ipcr.org/desktophelpers/desktop-helper-no-4-helping-patients-quit-tobacco-3rd-edition>. Accessed March 2022.

Επιπλέον πηγές και πλήρης βιβλιογραφία διαθέσιμη εδώ: [www.ipcr.org/dth12](http://www.ipcr.org/dth12)