

Σοβαρή ψυχική νόσος, εξάρτηση από το κάπνισμα και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (Χ.Α.Π.)

Περίπου ένα στα εκατό άτομα που παρακολουθούνται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μπορεί να πάσχει από σοβαρή ψυχική νόσο (ΣΨΝ).¹ Η συχνότητα καπνίσματος, ο κίνδυνος εμφάνισης ΧΑΠ, όπως και άλλων χρόνιων νοσημάτων πχ καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνος του πνεύμονα, είναι σημαντικά υψηλότερος στους ασθενείς με σοβαρή ψυχική νόσο (στα ιατρεία πρωτοβάθμιας περίθαλψης και στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό), γεγονός που αποτελεί τεράστια επιβάρυνση για την υγεία αλλά και σημαντική ευκαιρία για τη βελτίωση της περιθάλψης της ΧΑΠ.

Αυτός ο οδηγός εργασίας έχει ως στόχο να βοηθήσει τις ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και τις ομάδες σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην αξιολόγηση, διάγνωση και θεραπεία ασθενών με σοβαρή ψυχική νόσο με εξάρτηση από τον καπνό και ΧΑΠ. Αυτός ο οδηγός μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με τους άλλους οδηγούς μας σχετικά με την παροχή βοήθειας για τη διακοπή του καπνίσματος και τη ΧΑΠ και τα συναφή προβλήματα ψυχικής υγείας.

ΣΟΒΑΡΑ ΨΥΧΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ

Η σοβαρή ψυχική νόσος (ΣΨΝ) περιλαμβάνει τη σχιζοφρένεια, τη διπολική διαταραχή και τη συναισθηματική διαταραχή με ψύχωση.²⁻⁵ Η ΣΨΝ προκαλεί σοβαρή λειτουργική έκπτωση που περιορίζει τις δραστηριότητες και σχετίζεται με χειρότερες εκβάσεις στην υγεία σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς ΣΨΝ. Η διάγνωση βασίζεται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, 5η έκδοση (DSM-5), και συχνά τίθεται από ψυχιάτρους δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Μία από τις κύριες αιτίες της ΧΑΠ εξακολουθεί να είναι το κάπνισμα.⁶ Στα άτομα με ΣΨΝ υπάρχει υψηλότερος επιπολασμός του καπνίσματος και χρήσης πχ κάνναβης (κάπνισμα), που μπορούν επίσης να προκαλέσουν ΧΑΠ/εμφύσημα.

Είναι σημαντικό για τους ιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης να αναγνωρίζουν τη ΣΨΝ στους ασθενείς, και να υποψιάζονται τις πιθανές συννοσηρότητες. Περίπου 1 στα 4 άτομα με ΣΨΝ που καπνίζουν έχουν μη διαγνωσμένη ΧΑΠ.² Επίσης, ο επιπολασμός της ΧΑΠ είναι υψηλότερος στους ασθενείς με ΣΨΝ, οι οποίοι μπορεί να πεθάνουν έως και 20 χρόνια νωρίτερα από το γενικό πληθυσμό και έχουν 3-9 φορές περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν από ΧΑΠ.⁷ Δυστυχώς, η ΧΑΠ συχνά διαφεύγει σε αυτή την ομάδα ασθενών λόγω της μεταγενέστερης ηλικίας διάγνωσης σε σύγκριση με την ΣΨΝ (στις αρχές των είκοσι ετών σε σύγκριση με τις αρχές των σαράντα ετών, αντίστοιχα¹) και της υποδήλωσης ή της υποτίμησης των συμπτωμάτων. Συνεπώς, ο τακτικός έλεγχος της πνευμονικής λειτουργίας καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής δικαιολογείται σε άτομα με ΣΨΝ που είναι καπνιστές.

Ως εκ τούτου, υπάρχει μια σημαντική ευκαιρία να βελτιωθούν οι εκβάσεις της υγείας και να διασφαλιστεί η ισότητα στη διάγνωση και τη θεραπεία της ΧΑΠ σε άτομα με ΣΨΝ, εστιάζοντας ειδικά στη διάγνωση και τη θεραπεία της εξάρτησής τους από τον καπνό.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΣΨΝ

Το κάπνισμα είναι ο κύριος παράγοντας κινδύνου για την πρόωρη θνησιμότητα στα άτομα με ΣΨΝ, παραμένει ένα σοβαρό

Συνιστώμενη πρακτική για τη διάγνωση και τη θεραπεία της ΧΑΠ σε άτομα με ΣΨΝ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

1. Πάρτε ένα ιστορικό καπνίσματος για να κατανοήσετε τον κίνδυνο από τη αθροιστική έκθεση στον καπνό και σε άλλα φάρμακα.
2. Εντοπίστε τα συμπτώματα που υποδηλώνουν ΧΑΠ χρησιμοποιώντας απλές κλίμακες, όπως η κλίμακα mMRC για τη δύσπνοια, σε συνδυασμό με παρατήρηση όπου χρειάζεται.¹⁹
3. Να γνωρίζετε ότι αυτή η ομάδα ασθενών μπορεί να είναι λιγότερο πιθανό να αναφέρει και να αναγνωρίζει συμπτώματα όπως δύσπνοια και μπορεί να είναι υποξική χωρίς να αναφέρει δύσπνοια. Γι' αυτό είναι χρήσιμο να χρησιμοποιούνται κλίμακες μέτρησης της δύσπνοιας.
4. Να έχετε χαμηλές προσδοκίες για τη διενέργεια σπιρομέτρησης ή, εάν δεν υπάρχει διαθέσιμη, χρησιμοποιήστε φορητό μικροσπιρόμετρο, το οποίο μπορεί να είναι ευκολότερο και μπορεί να υποδείξει τη διάγνωση της ΧΑΠ.²⁰
5. Να έχετε και να χρησιμοποιείτε παλμικό οξυμέτρο, επειδή οι ασθενείς με ΣΨΝ μπορεί να αναφέρουν λιγότερα συμπτώματα / να έχουν λιγότερη επίγνωση ότι δεν αισθάνονται καλά- αναλάβετε δράση σε χαμηλές ενδείξεις. Ο φαινότυπος της ΧΑΠ σε ασθενείς με σημαντικό ιστορικό καπνίσματος μπορεί να είναι περισσότερο αυτός του εμφύσηματος, με σχετικά αποδεκτή σπιρομέτρηση και αποδεκτή πτώση του κορεσμού του οξυγόνου στο αίμα κατά την προσπάθεια.²¹
6. Το άτομο μπορεί να έχει άλλους λόγους για τα χαμηλά επίπεδα κορεσμού οξυγόνου στο αίμα, συμπεριλαμβανομένης της παχυσαρκίας. Ως εκ τούτου, μετρήστε τον ΔΜΣ, διότι η παχυσαρκία είναι μια συχνή συννοσηρότητα της ΣΨΝ.²²

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

7. Εξηγήστε τι είναι η ΧΑΠ "πνεύμονας του καπνιστή" και στη συνέχεια χρησιμοποιήστε μια τεκμηριωμένη, μη επικριτική προσέγγιση για να προσφέρετε θεραπεία για την εξάρτηση από το κάπνισμα/καπνό [βλέπε Οδηγός εργασίας βοηθώντας τους καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα και εδώ για πιο λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με τη φαρμακοθεραπεία πρώτης γραμμής για τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό].
8. Εάν είναι δυνατόν, μετρήστε τα επίπεδα CO, καθώς αυτό μπορεί επίσης να βοηθήσει στην παρακίνηση του καπνιστή να διακόψει το κάπνισμα.²³
9. Σε άτομα με ΧΑΠ εξηγήστε και εμβολιάστε σύμφωνα με τους προτεινόμενους εμβολιασμούς για ΧΑΠ. Τα συνιστώμενα εμβόλια είναι κατά της γρίπης, του πνευμονιόκοκκου, του COVID-19, καθώς και του Tdap (κοκκύτης, τέτανος και διφθερίτιδα) / εάν δεν εμβολιάστηκαν στην εφηβεία, και του έρπητα ζωστήρα.⁶
10. Συνεργαστείτε με την ομάδα ψυχικής υγείας που γνωρίζει τον ασθενή με μια κοινή ατζέντα για να διασφαλίσετε την πρόσβαση στη θεραπεία για την εξάρτηση από το κάπνισμα, τον εμβολιασμό και να δώσετε τη δυνατότητα στους ασθενείς που αναφέρουν δύσπνοια να ενταχθούν σε πρόγραμμα πνευμονικής αποκατάστασης (δείτε τον οδηγό εργασίας για την Π.Α., καθώς και το βίντεό μας για το πώς αναπνέουμε και το μοντέλο (Αναπνοή-Σκέψη-Λειτουργία) (Breathing Thinking Functioning) που εξηγείται στον οδηγό εργασίας μας).
11. Το κόστος είναι ένας σημαντικός παράγοντας που εμποδίζει τους ασθενείς να χρησιμοποιήσουν αυτές τις χρήσιμες παρεμβάσεις. Βοηθήστε να βελτιωθεί η πρόσβαση σε αυτές δωρεάν, είτε υποδεικνύοντας μια υπηρεσία που τις παρέχει δωρεάν είτε εξασφαλίζοντας ότι η υπηρεσία υγείας σας, την παρέχει.
12. Όταν συνεργάζεστε με την ομάδα ψυχικής υγείας για τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό, μπορεί να είναι χρήσιμο να αντιμετωπίσετε τυχόν μύθους σχετικά με το κάπνισμα. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και η αντιμετώπιση μύθων όπως "το κάπνισμα είναι η μόνη ευχарιστή που έχουν οι ασθενείς μας", "το κάπνισμα βοηθά στη μείωση της διέγερσης των ασθενών", "δεν θα έπρεπε να λέμε στους ασθενείς τι να κάνουν", "η απαγόρευση του καπνίσματος σε χώρους νοσηλείας είναι ενάντια στα ανθρώπινα δικαιώματα των ασθενών" είναι σημαντική, διότι όλες αυτές οι απόψεις έχουν αποδειχθεί κλινικά και νομικά εσφαλμένες.
13. Μην ξεκινάτε εισπνευστικές συσκευές χωρίς διάγνωση - εάν αναφερθεί νέα δύσπνοια, παραγγείλετε ακτινογραφία θώρακα, καθώς θα μπορούσαν να υπάρχουν άλλες αιτίες, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του πνεύμονα/της καρδιακής ανεπάρκειας.
14. Συμπεριλάβετε τους θανάτους σε άτομα με ΣΨΝ ηλικίας κάτω των 75 ετών στις αναφορές ανεπιθύμητων συμβάντων ώστε να μάθετε περισσότερα ως ολοκληρωμένο σύστημα για τις χαμένες ευκαιρίες βελτίωσης και παράτασης της ζωής.

◀ πρόβλημα και μπορεί να προληφθεί. Παρά την τάση μείωσης του παγκόσμιου επιπολασμού του καπνίσματος,²⁻⁴ τα άτομα με ΣΥΝ εξακολουθούν να καπνίζουν έως και τρεις φορές περισσότερο από τον γενικό πληθυσμό και συνολικά τείνουν να είναι περισσότερο εξαρτημένα από τη νικοτίνη. Είναι λιγότερο πιθανό να διαγνωστούν με εξάρτηση από το κάπνισμα/καπνό και/ή να τους προσφερθεί θεραπεία και, κατά συνέπεια, έχουν υψηλότερο κίνδυνο νοσηρότητας και θνησιμότητας.^{2-4,8} Αν δεν αντιμετωπιστεί το κάπνισμα, μπορεί να οδηγήσει πρόωρα σε θάνατο και νοσηρότητα.⁸⁻¹¹ Υπάρχει λοιπόν μια σημαντική ευκαιρία για τη βελτίωση των εκβάσεων της υγείας και της ισοτιμίας.

Δεδομένου ότι δύο στα τρία άτομα του γενικού πληθυσμού που καπνίζουν θα πεθάνουν από αιτίες που σχετίζονται με το κάπνισμα, αυτό αποτελεί μια σημαντική ευκαιρία.¹²⁻¹⁴ Σε ασθενείς με ΣΥΝ, είναι λογικό να δοθεί προτεραιότητα στην αξιολόγηση της εξάρτησης από το κάπνισμα και στη θεραπεία της εξάρτησης.¹⁵ Μελέτες δείχνουν ότι τα άτομα με ΣΥΝ που καπνίζουν θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα. Υπάρχουν αποδείξεις ότι η διακοπή είναι εφικτή, αλλά συχνά δεν τους προσφέρεται βοήθεια ή η θεραπεία δεν είναι οικονομικά προσιτή για αυτούς.¹⁶ Ωστόσο, τα άτομα με ΣΥΝ που καπνίζουν και καταφέρνουν να διακόψουν βελτιώνουν την γενικότερη υγεία τους σε σύγκριση με πριν από τη διακοπή.^{17,18}

ΚΥΡΙΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Τα κυριότερα φάρμακα διακοπής καπνίσματος που έχουν εγκριθεί από τον Π.Ο.Υ., δηλαδή η βαρενικλίνη, η βουπροπιόνη και η θεραπεία με υποκατάστατα νικοτίνης, είναι όλα ασφαλή για χρήση σε άτομα με ΣΥΝ. Κάντε κλικ [εδώ](#) για τον οδηγό εργασίας βοηθώντας τους καπνιστές να διακόψουν για μια πιο λεπτομερή σταδιακή προσέγγιση και [εδώ](#) για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη φαρμακοθεραπεία που συζητείται παρακάτω.

Βαρενικλίνη

Η βαρενικλίνη είναι ένα εγκεκριμένο φάρμακο που έχει διπλή δράση, αγωνιστής και ανταγωνιστής των νικοτινικών υποδοχέων στον εγκέφαλο. Μειώνει τα συμπτώματα στέρησης και το αίσθημα ανταμοιβής-ντοπαμίνης που προκαλείται από το κάπνισμα. Σημειώστε ότι σε ορισμένες χώρες δεν είναι διαθέσιμο αυτή την περίοδο. Ελέγξτε λοιπόν τη διαθεσιμότητα κάποιου γενόσημου βαρενικλίνης, καθώς το φάρμακο αυτό μπορεί να αποδειχθεί μεγάλης αξίας για αυτόν τον πληθυσμό ασθενών. Προτείνεται να προσφέρεται μαζί με υποκατάστατα νικοτίνης για την παροχή πρόσθετης νικοτίνης κατά τη φάση κλιμάκωσης της βαρενικλίνης.

Κυτισίνη

Η κυτισίνη είναι ένας μερικός αγωνιστής του υποδοχέα της νικοτίνης, παρόμοιος με τη βαρενικλίνη. Ισχυρές αποδείξεις βασισμένες και σε τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές, μεταanalύσεις, επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητά της έναντι του εικονικού φαρμάκου, την μη κατωτερότητά της (και πιθανώς την ανωτερότητά της) έναντι των

Συμβουλές για την αποτελεσματική επικοινωνία με ασθενείς με ΣΥΝ σχετικά με την εξάρτηση από το κάπνισμα.

Εξετάστε το ενδεχόμενο να ακολουθήσετε μια παρακινητική προσέγγιση, π.χ. με τις αρχές της κινητοποιούς συνέντευξης-προσέγγιση OARS (open questions/affirmations-reflections-summary) και εξηγήστε το μοντέλο Αναπνοή-Σκέψη-Λειτουργία (Breathing-Thinking-Functioning) για να καθοδηγήσετε τη συζήτησή σας. Διαβάστε περισσότερα σχετικά με αυτό το μοντέλο και τις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις στον [οδηγό εργασίας του IPCRG για τη ΧΑΠ και την ψυχική υγεία](#).

Ρωτήστε για το κάπνισμα/χρήση καπνού

- Καπνίζετε ή χρησιμοποιείτε άλλα προϊόντα καπνού; [όχι, ναι, το έχετε κόψει - πόσο καιρό πριν - πάνω από 3 μήνες = πρώην καπνιστής, κάτω από 3 μήνες = νυν καπνιστής]
- Πόσα τσιγάρα την ημέρα; [σημείωση 1 πακέτο-έτος = 20 τσιγάρα καθημερινά για ένα έτος- πακέτο-έτη = χρόνια καπνίσματος x πακέτα όπου ένα πακέτο=20 τσιγάρα
- Έτσι, τα 30 πακέτο-έτη φτάνει όποιος καπνίζει 1 πακέτο την ημέρα επί 30 χρόνια, 2 πακέτα την ημέρα επί 15 χρόνια ή και 3 πακέτα την ημέρα επί 10 χρόνια.

Συμβουλές σχετικά με τις επιπτώσεις του καπνίσματος και τη διαθέσιμη υποστήριξη

- Ο καπνός είναι πραγματικά εθιστικός - πιο εθιστικός από την ηρωίνη, αλλά μπορούμε να σας βοηθήσουμε να διακόψετε. Αν καπνίζετε, είναι πιθανό να πάθετε ΧΑΠ/εμφύσημα/πνεύμονα καπνιστών, τα οποία είναι πολύ επιβλαβή για την υγεία και τη ζωή σας.
- Αν σταματήσετε το κάπνισμα, θα βελτιωθεί η ψυχική σας υγεία: η διακοπή οδηγεί σε μείωση της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες και σε βελτίωση της διάθεσης και της ποιότητας ζωής.⁴
- Μπορεί να σας βοηθήσει να μειώσετε τη δόση των αντιψυχωσικών φαρμάκων.²⁴ Το κάπνισμα μειώνει την δράση αντιψυχωσικών (και άλλων ψυχιατρικών) φαρμάκων, όπως η κλοζαπίνη, η ολανζαπίνη και η ρισπεριδόνη. Εξαιτίας αυτού, όταν καπνίζετε ο ιατρός σας μπορεί να χρειαστεί να αυξήσει τη δόση της φαρμακευτικής σας αγωγής για να διασφαλίσει ότι λαμβάνετε επαρκή δόση φαρμάκου. Η διακοπή καπνίσματος μπορεί να οδηγήσει στο να σας συνταγογραφηθούν μικρότερες δόσεις, λιγότερα φάρμακα με τα ίδια αποτελέσματα.²⁴
- Θα έχετε περισσότερα χρήματα για να ξοδέψετε και είναι πιο πιθανό να αποκτήσετε μεγαλύτερο εισόδημα.²⁵
- Είναι πιθανό να ζήσετε περισσότερο και έχετε περισσότερες πιθανότητες να αποφύγετε τον καρκίνο του πνεύμονα και άλλους καρκίνους.
- Το κάπνισμα ηρωίνης, κοκαΐνης ή κάνναβης μπορεί επίσης να προκαλέσει εμφύσημα-η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να αυξήσει την αυτοπεποίθησή σας να διακόψετε και αυτές τις ουσίες και να διατηρήσετε την επιτυχία αυτή.²⁶
- Τα άλλα πράγματα που μπορούμε να κάνουμε για να βοηθήσουμε την υγεία σας είναι να σας εμβολιάσουμε κατά της γρίπης και, αν έχετε ΧΑΠ, να σας εμβολιάσουμε και κατά της πνευμονίας.

Αυτές οι συμβουλές μπορεί να είναι χρήσιμες εάν το άτομο θέλει βοήθεια

- Η στέρηση μπορεί να σας κάνει να αισθάνεστε άσχημα, γι' αυτό είναι σημαντικό να αντιμετωπίσουμε τη στέρησή σας και να αποτρέψουμε την έντονη επιθυμία για κάπνισμα.
- Να γνωρίζετε ότι μπορεί να έχετε εναλλαγές στη διάθεση, να έχετε μειωμένη συγκέντρωση ή να αισθάνεστε νευρικοί καθώς η νικοτίνη φεύγει από το σώμα σας. Αυτά θα σταματήσουν- ζητήστε από την οικογένεια και τους φίλους σας να σας υποστηρίξουν και μην ανησυχείτε: δεν πρόκειται για νέα προβλήματα ψυχικής υγείας, απλώς για ανεπιθύμητες ενέργειες της διακοπής του καπνίσματος.
- Τα υποκατάστατα νικοτίνης (NRT) σε μορφή δερματικών επιθεμάτων μπορούν να σας βοηθήσουν να αντιμετωπίσετε τα συμπτώματα στέρησης [βλ. [οδηγός εργασίας Βοηθώντας καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα](#)].
- Τα εισπνεόμενα νικοτίνης ή το άτμισμα μπορούν επίσης να σας βοηθήσουν στην παρόρμηση της έντονης επιθυμίας για κάπνισμα [βλ. [πίνακα 2](#)].
- Η βαρενικλίνη είναι μια θεραπεία 12 εβδομάδων με δισκία για να σας βοηθήσει να διακόψετε το κάπνισμα και συνιστάται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Ξεκινήστε την βαρενικλίνη όταν εξακολουθείτε να καπνίζετε και ορίστε ημερομηνία διακοπής του καπνίσματος περίπου 1-2 εβδομάδες μετά την έναρξη της θεραπείας με βαρενικλίνη [βλ. *].
- Η κυτισίνη είναι μια θεραπεία 25 ημερών για την διακοπή καπνίσματος. Λάβετε 6 δισκία την πρώτη εβδομάδα και σταδιακά μειώστε την δόση. Θα παρατηρήσετε ότι το άγχος σας μπορεί να μειωθεί γρήγορα.

Εάν ενδιαφέρονται να κάνουν μια προσπάθεια διακοπής στο μέλλον

- Μπορεί να μην είναι η κατάλληλη στιγμή για να διακόψετε τώρα, αλλά θα σας ξαναρωτήσουμε στην επόμενη συνάντησή μας".

* Υπάρχει εκτεταμένη εμπειρία με τη βαρενικλίνη. Ωστόσο, η χορήγηση βαρενικλίνης από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι χαμηλή. Αυτό οφείλεται εν μέρει στην έλλειψη γνώσης/εμπειρίας των κλινικών ιατρών, αλλά μπορεί επίσης να σχετίζεται με τις πρώιμες ανησυχίες που διατυπώθηκαν σχετικά με το ενδεχόμενο η βαρενικλίνη να αυξάνει τον αυτοκτονικό ιδεασμό, οι οποίες έκτοτε έχουν διαφευστεί.²⁰ Δυστυχώς, το 2023, υπάρχουν ελλείψεις της βαρενικλίνης παγκοσμίως, οπότε ελέγξτε με τον ιατρό σας αν η βαρενικλίνη είναι διαθέσιμη ή αν υπάρχει εναλλακτική θεραπεία.

Πίνακας 1: Θεραπευτικές προσεγγίσεις για τη διακοπή του καπνίσματος

Παρέμβαση	Αριθμός στους 100 που είναι πιθανό διακόψουν	Διαφορά σε σύγκριση με τη μη παρέμβαση	Ισχύς των αποδεικτικών στοιχείων
Χωρίς βοήθεια	6		Υψηλή
Βαρενικλίνη	14 (εύρος 12-16)	8 (εύρος 6-10)	Υψηλή
Κυτισίνη	13 (10-18)	7 (4-12)	Υψηλή
Συνδυασμός επιθέματος NRT και NRT ταχείας δράσης	8 (7-9)	2 (1-3)	-
Δερματικό επίθεμα νικοτίνης	8 (7-9)	2 (1-3)	Υψηλή
NRT ταχείας δράσης	9 (8-9)	3 (2-3)	Υψηλή
Νικοτίνη (ηλεκτρονικό τσιγάρο)	14 (10-19)	8 (4-13)	Υψηλή
Βουπροπριόνη	9 (8-10)	3 (2-4)	Υψηλή
Αποκλιμάκωση της νικοτίνης	7 (6-8)	1 (0-2)	Υψηλή

NRT=υποκατάστατα νικοτίνης

Προσαρμοσμένο από Lindson N, et al. Pharmacological and electronic cigarette interventions for smoking cessation in adults, Cochrane. 2023²⁷

Πίνακας 2: Αντιμετώπιση των συμπτωμάτων στέρησης

Συμπτώματα	Τι συμβαίνει	Πώς να το αντιμετωπίσετε
Έντονη επιθυμία για κάπνισμα	Στον εγκέφαλο λείπει η νικοτίνη	Θυμηθείτε ότι αυτό θα περάσει σε λίγες εβδομάδες
Βήχας	Οι πνεύμονες 'καθαρίζουν' από την πίσσα	Θα βελτιωθεί γρήγορα, τα ζεστά ροφήματα μπορούν να βοηθήσουν
Πείνα	Ο μεταβολισμός αλλάζει, το φαγητό έχει καλύτερη γεύση μετά την διακοπή	Να τρώτε φρούτα και λαχανικά, να μασάτε τσίχλες χωρίς ζάχαρη και να πίνετε πολύ νερό.
Δυσκολιότητα και διάρροια	Το σώμα επιστρέφει στο φυσιολογικό (θα ηρεμήσει)	Πίνετε πολύ νερό, τρώτε φρέσκα φρούτα και λαχανικά, γυμναστείτε. Εάν επιμένει: δοκιμάστε προϊόντα από το φαρμακείο (χωρίς ιατρική συνταγή) ή επισκεφθείτε τον ιατρό σας.
Προβλήματα στον ύπνο	Λόγω του ότι η νικοτίνη 'εγκαταλείπει' το σώμα σας	Διαρκεί περίπου 2-3 εβδομάδες, μειώστε την κατανάλωση τσαγιού/καφέ, πάρτε περισσότερο καθαρό αέρα και ασκηθείτε.
Ζάλη	Περισσότερο οξυγόνο στον εγκέφαλο, λιγότερο μονοξείδιο του άνθρακα	Θα περάσει σε λίγες μέρες
Μεταβολές της διάθεσης, μειωμένη συγκέντρωση, νευρικότητα	Σημάδια στέρησης νικοτίνης (θα περάσει)	Ενημερώστε την οικογένεια και τους φίλους, ζητήστε υποστήριξη

Για περισσότερες πληροφορίες ανατρέξτε στον οδηγό [εργασίας:Βοηθώντας τους καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα](#)

υποκατάστατων νικοτίνης, και την μη κατωτερότητα της έναντι της βαρενικλίνης. Έχει πλέον αδειοδοτηθεί σε πολλές χώρες. Πρόκειται για μια θεραπεία 25 ημερών που ξεκινά με 6 δισκία την ημέρα και μειώνεται σταδιακά σε δύο δισκία. Είναι φυσικό προϊόν, από φυτά, και κατά συνέπεια είναι ελκυστικό για τους ασθενείς που προτιμούν ένα "φυσικό" προϊόν. Δεν περιλαμβάνεται ακόμη στον κατάλογο βασικών φαρμάκων του Π.Ο.Υ., αλλά ελλείψει βαρενικλίνης, αποτελεί σημαντική επιλογή.

Θεραπεία υποκατάστατων νικοτίνης (NRT)

Αποσκοπεί στην αποφυγή της υποτροπής στο κάπνισμα, χορηγεί τόσο μακράς (έμπλαστρο)- όσο και βραχείας (τσίχλα, εισπνεόμενη νικοτίνη,

σπρέι)- δράσης για την αντιμετώπιση της στέρησης και της έντονης επιθυμίας για κάπνισμα. Σε περίπτωση κακής οδοντοφυΐας, η οποία δεν είναι ασυνήθιστη σε άτομα με ΣΨΝ, η τσίχλα μπορεί να είναι ακατάλληλη και θα πρέπει να εξεταστεί το ενδεχόμενο χορήγησης εισπνεόμενης νικοτίνης ή στοματικού σπρέι.

Για λεπτομερείς κατευθυντήριες οδηγίες για τη φαρμακοθεραπεία πρώτης γραμμής για τη θεραπεία της εξάρτησης από το κάπνισμα, ανατρέξτε στον πίνακα [First line pharmacotherapy for smoking cessation \(Φαρμακοθεραπεία πρώτης γραμμής για τη διακοπή του καπνίσματος\)](#).²

Βουπροπριόνη

Ανατρέξτε στις τοπικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη συνταγογράφηση της βουπροπριόνης, καθώς σε ορισμένες

χώρες δεν αποτελεί πλέον πρώτη γραμμή θεραπείας. Σε ορισμένες χώρες, η βουπροπριόνη εξακολουθεί να θεωρείται βασική θεραπεία για τη διακοπή καπνίσματος, όμως οι ιατροί θα πρέπει να γνωρίζουν την ανάγκη για επιπλέον παρακολούθηση.

Ηλεκτρονικά τσιγάρα νικοτίνης (e-cigs)

Τα ηλεκτρονικά τσιγάρα είναι πιθανό να βοηθήσουν τα άτομα με ΣΨΝ να διακόψουν το κάπνισμα και χρησιμοποιούνται συνήθως για περίοδο περίπου έξι μηνών. Μπορεί να λειτουργήσουν καλύτερα από τα υποκατάστατα νικοτίνης, τα μη νικοτινούχα ηλεκτρονικά τσιγάρα, τη μη παροχή υποστήριξης ή μόνο τη συμπεριφορική υποστήριξη. Ωστόσο, δεν είναι απαλλαγμένα από κινδύνους. Χρειάζονται περισσότερες μελέτες για την παροχή σαφών αποδείξεων σχετικά με τα αποτελέσματά τους.^{9,20}

Υποστήριξη συμπεριφοράς

Η υποστήριξη της συμπεριφοράς μέσω της κινητοποίησης συνέντευξης και της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας (CBT) χρησιμοποιούνται συχνά σε άτομα με ΣΨΝ. Η CBT σε συνδυασμό με τη φαρμακοθεραπεία είναι πιο αποτελεσματική από την απλή CBT.^{5,28,30-33}

Αλληλεπιδράσεις φαρμάκων; Κάπνισμα και φάρμακα για την ΣΨΝ

Το κάπνισμα/καπνός επηρεάζει τον μεταβολισμό άλλων αντιψυχωσικών φαρμάκων, όπως η κλοζαπίνη, η ολανζαπίνη και η ρισπεριδόνη, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει τις δόσεις που απαιτούνται για την επίτευξη θεραπευτικών επιπέδων στο αίμα και στη συνέχεια την αποτελεσματικότητά τους. Ωστόσο, ενώ είναι σημαντικό να εξετάζονται και να αντιμετωπίζονται οι πιθανές αλληλεπιδράσεις φαρμάκων, το κύριο μήνυμα είναι πάντα η θεραπεία της εξάρτησης από το κάπνισμα. Τα άτομα που χρησιμοποιούν ορισμένα αντιψυχωσικά φάρμακα και κόβουν το κάπνισμα μπορεί επίσης να είναι σε θέση να μειώσουν τη δόση τους.²⁴ Τροποποιήστε τη δόση της κλοζαπίνης εάν ο ασθενής σταματήσει το κάπνισμα.³⁴

Βιβλιογραφία

1. Severe mental health and physical health inequalities: briefing. Available via: <https://www.gov.uk/government/publications/severe-mental-illness-smi-physical-health-inequalities/severe-mental-illness-and-physical-health-inequalities-briefing>. Accessed November 2023.
2. Jaen-Moreno MJ et al. Chronic obstructive pulmonary disease in severe mental illness: A timely diagnosis to advance the process of quitting smoking. Eur Psychiatry. 2021 Feb 26;64(1):e22.
3. Taylor GM et al. Smoking cessation for improving mental health. Cochrane Database Syst Rev. 2021 Mar 9;3(3):CD013522. doi: 10.1002/14651858.CD013522.pub2. PMID: 33687070; PMCID: PMC8121093.
4. Gilbody S, et al. Smoking cessation for people with severe mental illness (SCIMITAR+): a pragmatic randomised controlled trial. Lancet Psychiatry. 2019 May;6(5):379-390. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30047-1. Epub 2019 Apr 8. PMID: 30975539; PMCID: PMC6546931.
5. Jahagirdar D, Kaunelis D. Smoking Cessation Interventions for Patients with Severe Mental Illnesses: A Review of Clinical Effectiveness and

- Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2017 Aug 24.
- GOLD Report 2023. Available via: <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2>
 - Jaén-Moreno MJ, Rico-Villademoros F, Ruiz-Rull C, Laguna-Muñoz D, Del Pozo GI, Sarramea F. A Systematic Review on the Association between Schizophrenia and Bipolar Disorder with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. COPD. 2023 Dec;20(1):31-43
 - Razzano LA, Cook JA, Yost C, et al. Factors associated with cooccurring medical conditions among adults with serious mental disorders. Schizophr Res 2015;161:458-64.
 - Liu NH, Daumit GL, Dua T, et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. World Psychiatry 2017;16:30-40.
 - Launders N, Dotsikas K, Marston L, Price G, Osborn DPJ, Hayes JF. The impact of comorbid severe mental illness and common chronic physical health conditions on hospitalisation: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2022 Aug 18;17(8):e0272498.
 - Mitchell C, Zuraw N, Delaney B, Twohig H, Dolan N, Walton E, Hulin J, Yousefpour C. Primary care for people with severe mental illness and comorbid obstructive airways disease: a qualitative study of patient perspectives with integrated stakeholder feedback. BMJ Open. 2022 Mar 1;12(3):e057143.
 - Evins AE, Cather C, Laffer A. Treatment of tobacco use disorders in smokers with serious mental illness: toward clinical best practices. Harv Rev Psychiatry. 2015;23(2):90-8.
 - Jaén-Moreno, M., Feu, N., Redondo-Écija, J. et al. Smoking cessation opportunities in severe mental illness (tobacco intensive motivational and estimate risk — TIMER—): study protocol for a randomized controlled trial. Trials 20, 47 (2019).
 - Banks E, et al. BMC Medicine 2015;13(38): doi:10.1186/s12916-015-0281-z
 - Lawrence D, Mitrou F, Zubrick SR. Smoking and mental illness: results from population surveys in Australia and the United States. BMC Public Health. 2009 Aug 7;9:285. doi: 10.1186/1471-2458-9-285
 - Ranita Siru, Gary K. Hulse, and Robert J. Tait, "Assessing Motivation to Quit Smoking in People with Mental Illness; A Review," Addiction 104:5 (2009): 719-733
 - Difeng Wu A, et al. Smoking cessation and changes in anxiety and depression in patients with and without psychiatric disorders. JAMA Network Open 2023;6(5):e2316111. Doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.16111.
 - Firth J, Wootton RE, Sawyer C, Taylor GM. Clearing the air: clarifying the causal role of smoking in mental illness. World Psychiatry. 2023 Feb;22(1):151-152. doi: 10.1002/wps.21023.
 - Dragonieri S, et al. Assessment of Five Questionnaires for Chronic Obstructive Pulmonary Disease in a Southern Italian Population: A Proof-of-Concept Study. Medicina (Kaunas). 2023 Jul 5;59(7):1252.
 - Livingstone-Banks J, et al. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database Systematic Reviews 2023;May 5. Doi:10.1002/14651858.
 - Walker PP, et al. The Association Between Heroin Inhalation and Early Onset Emphysema. Chest 2015; 148(5): 1156-1163.
 - Afzal M, et al. Prevalence of Overweight and Obesity in People With Severe Mental Illness: Systematic Review and Meta-Analysis. Front Endocrinol (Lausanne) 2021 Nov 25;12:769309.
 - Marler JD, Fujii CA, Wong KS, Galanko JA, Balbierz DJ, Utley DS. Assessment of a Personal Interactive Carbon Monoxide Breath Sensor in People Who Smoke Cigarettes: Single-Arm Cohort Study. J Med Internet Res. 2020 Oct 2;22(10):e22811
 - Dervaux A, Laqueille X. Tobacco and schizophrenia: therapeutic aspects. L'encephale. 2007 Sep 1;33(4 Pt 1):629-32. DOI: 10.1016/s0013-7006(07)92064-3
 - RCP. Smoking and mental health. March 2013, available via: <https://committees.parliament.uk/writtenevidence/118078/pdf/>
 - McKelvey K, Thurl J, Ramo D. Impact of quitting smoking and smoking cessation treatment on substance use outcomes: An updated and narrative review. Addictive behaviors. 2017 Feb 1;65:161- 70. DOI: 10.1016/j.addbeh.2016.10.012
 - Lindson N, et al. Pharmacological and electronic cigarette interventions for smoking cessation in adults: component network meta-analyses. Cochrane Database Syst Rev 2023 Sep 12;9 (9):CD015226.
 - Campion J, Shiers D, Britton J, Gilbody S, Bradshaw T. Royal College of General Practitioners and Royal College of Psychiatrists; London: 2014. Primary care guidance on smoking and mental disorders — 2014 update
 - Hartmann-Boyce J, Lindson N, Butler AR, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation. Cochrane Rev 2022. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010216.pub7>
 - Rigotti NA. Pharmacotherapy for smoking cessation in adults. In: Post TW, editor. UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2017 [cited 2017 Aug 10]. Available from: www.uptodate.com Subscription required. [Reference list]
 - RACGP. The Royal Australian New Zealand College of Psychiatrists. Mental Health Clinician Guidance for Managing People's Smoking Cessation; 2022
 - Evins AE, Cather C, Daumit GL. Smoking cessation in people with serious mental illness. Lancet Psychiatry. 2019 Jul;6(7):563-564
 - Küçükaksu, M.H., van Meijel, B., Jansen, L. et al. A smoking cessation intervention for people with severe mental illness treated in ambulatory mental health care (KISMET): study protocol of a randomised controlled trial. BMC Psychiatry 23, 108 (2023).
 - Wagner E, McMahon L, Falkai P, Hasan A, Siskind D. Impact of smoking behavior on clozapine blood levels - a systematic review and meta-analysis. Acta Psychiatr Scand. 2020 Dec;142(6):456-466. doi: 10.1111/acps.13228. Epub 2020 Sep 27.

Σημείωση: Χρησιμοποιήσαμε τον όρο 'θεραπεύοντας την εξάρτηση από την νικοτίνη' ώστε να γίνει κατανοητό ότι είναι νόσος, και μπορεί να λάβει θεραπεία. Παρόλα αυτά κατανοούμε ότι μερικοί συνάδελφοι μας μπορεί να προτιμούν τον όρο 'διακοπή καπνίσματος'. Προσπαθήσαμε να είμαστε συνεπής στην ορολογία. Η λέξη 'κάπνισμα' εξακολουθεί να είναι σημαντική, και σε αυτόν τον οδηγό επικεντρωθήκαμε στο κάπνισμα τσιγάρων παρά σε άλλες μορφές καπνού π.χ. μασώμενος καπνός.



Συγγραφείς: Sonia Martins, Louise Restrick, Ioanna Tsiligianni, Ana Viejo, Siân Williams.
Κριτές: Monte Kofos, USA, João Mauricio, Brazil, Sofia Pappa, UK, Julian Summerfield, UK.
Εκδότης: Judith Cohen Μετάφραση: Ιωάννα Τσιλιγιάννη

Δήλωση χρηματοδότησης: Ο παρόν οδηγός εργασίας χρηματοδοτήθηκε από εκπαιδευτική επιχορήγηση της Boehringer Ingelheim, η οποία παρέχει επιχορήγηση για την υποστήριξη της ανάπτυξης, της εκτύπωσης και των σχετικών δαπανών, αλλά δεν συνέβαλε στην ιδέα ή το περιεχόμενο του παρόντος εγγράφου.

Ο παρόν οδηγός εργασίας έχει συμβουλευτικό χαρακτήρα - προορίζεται για γενική χρήση και δεν πρέπει να θεωρείται ότι εφαρμόζεται σε κάθε περίπτωση. Περισσότερες πληροφορίες διατίθενται στη διεύθυνση: <https://www.ipcr.org/DTH16>



Creative Commons Licence Attribution-NonCommercial-ShareAlike

Το IPCRG είναι εγγεγραμμένο φιλανθρωπικό ίδρυμα [SC No 035056] και εταιρεία περιορισμένης ευθύνης (Company No 256268). Διεύθυνση επικοινωνίας: 19 Armour Mews, Ladbroke Grove, London, W2 1AD, UK. Τηλέφωνο: +44 (0)20 7292 3000. Φαξ: +44 (0)20 7292 3001. Email: info@ipcr.org