

Léčba závislosti na tabáku u pacientů s psychiatrickou komorbiditou

MUDr. Lenka Štěpánková^{1,2}, MUDr. Eva Králíková, CSc.^{1,2}

¹Centrum léčby závislosti na tabáku III. interní kliniky – kliniky endokrinologie a metabolismu 1. LF UK a VFN, Praha

²Ústav hygieny a epidemiologie 1. LF UK a VFN, Praha

Mezi pacienty s psychiatrickým onemocněním je prevalence kouření 2–3× vyšší než v běžné populaci. Navíc kouří v průměru více cigaret denně, inhalují hlouběji a déle, mají v krvi vyšší hladiny metabolitů tabákového kouře a jsou závislejší na nikotinu. Z toho plyne, že mentálně nemocní mají i vysokou prevalenci nemocí způsobených kouřením a vysokou mortalitu z těchto příčin.

Léčba závislosti na tabáku u pacientů s psychiatrickou komorbiditou má svá specifika, proto jsou v mnoha zemích k dispozici specifická doporučení k této léčbě. Také Česká psychiatrická společnost ČLS JEP představila v roce 2009 doporučený postup léčby závislosti na tabáku u psychiatricky nemocných. V článku se pokoušíme shrnout jak nejnovější poznatky z literatury, tak z naší vlastní klinické praxe i ze stáže v Mayo Nicotine Dependence Center na Mayo Clinic v Rochesteru (USA) do základního schématu krátké či intenzivní intervence v odvykání kouření u psychiatricky nemocných.

Klíčová slova: kouření, závislost na tabáku, psychiatrický pacient.

Treatment of tobacco dependence in psychiatric ill patients

Among psychiatric patients smoking rates are 2–3 fold higher compared to the general population. In addition, they smoke more cigarettes/day and inhale more intensively, have higher blood levels of tobacco smoke metabolites and their nicotine dependence is stronger. This is all related to high smoking-related mortality and morbidity among patients with mental health problems.

Since treatment of tobacco dependence in psychiatric ill patients is specific, there are specific guidelines available in many countries. Also the Czech Psychiatric Association of the Czech Medical Association introduced such guidelines in 2009. In this paper we summarize recommendations based on the recent literature, on our own clinical experience, and on visit at Mayo Nicotine Dependence Centre, Mayo Clinic, Rochester (USA) to give a basic scheme of short or intensive smoking cessation intervention in psychiatric patients.

Key words: smoking, tobacco dependence, psychiatric patient.

Psychiat. pro Praxi 2010; 11(2): 66–69

Úvod

Závislost na tabáku splňuje kritéria psychiatrické diagnózy F 19.X, a sice diagnózy s nejvyšší předčasnou mortalitou. Mnoho pacientů v psychiatrické péči má obavu o své zdraví nebo zdraví druhých, které poškozují svým kouřením. Vysoké a podceňované je riziko expozice pasivnímu kouření, a to nejen pro kuřáky samotné, ale i pro nekuřící pacienty a personál. Následující statistická data týkající se kuřáků s psychiatrickou komorbiditou jsou převzata ze studií z USA a některých zemí EU (nikoli z ČR, kde tato tematika není komplexně statisticky zpracována, viz přehled literatury). Na základě našich osobních zkušeností i zkušeností kolegů psychiatrů však není důvod se domnívat, že jsou data z jiných států zásadně odlišná od situace v ČR. Psychiatricky nemocní kuřáci kouří oproti průměrným kuřákům více cigaret denně, inhalují intenzivněji (1) a mají statisticky více psychiatrických symptomů i větší riziko závislosti na alkoholu a jiných drogách než nekuřáci se stejnou psychiatrickou diagnózou. Proč, to je otázkou dalšího výzkumu – z přehledových studií vyplývá, že tato

souvislost je cirkulární: např. pacienti s depresí mají vyšší riziko vzniku závislosti na nikotinu, naopak kuřáci mají vyšší pravděpodobnost vzniku manifestní deprese a dále kouření i deprese mohou mít částečně společný genetický podklad. Mezi depresivními pacienty je cca 60 % kuřáků, mezi pacienty se schizofrenií je to více než 80 %, mezi pacienty se závislostí na alkoholu 70–80 % (2, 3, 4, 5).

Kouření cigaret a ostatních tabákových výrobků má také řadu farmakologických interakcí,

zejména s psychoaktivními látkami (tabulka 1). Tento vliv je dán především zvýšením a zrychlením metabolismu psychofarmak (nikoli přímo vlivem nikotinu), a proto je u kuřáků často nutná jejich vyšší dávka, někdy až dvojnásobná v porovnání s nekuřáky. Naopak při odvykání kouření je možné (a někdy i nutné) dávku psychofarmak snížit (6).

Vzhledem k vysoké míře fyzické závislosti na nikotinu vydávají psychiatricky nemocní kuřáci vysoké sumy peněz na kouření a prohlubu-

Tabulka 1. Psychofarmaka, jejichž metabolismus ovlivňuje kouření cigaret (podle 7)

Antipsychotika	Antidepresiva	Anxiolytika
klozapin	amitriptylin	triazolam
flufenazin	amoxapin	alprazolam
haloperidol	klomipramin	oxazepam
olanzapin	dosulepin	lorazepam
	doxepin	
	imipramin	
	lofepramin	
	nortriptylin	
	trimipramin	
	protriptylin	

je se tak sekundárně jejich chudoba a sociální izolace. Z hlediska somatického zdraví je kouření příčinou 25 % všech onkologických onemocnění a cca 15 % všech kardiovaskulárních onemocnění (8) a vysoká prevalence kouření u pacientů s psychiatrickou komorbiditou je tak jednou z hlavních příčin, proč tito pacienti umírají v průměru dříve než populace bez psychických problémů (9). Samo kouření má negativní vliv i na psychické zdraví – obecně mají kuřáci až čtyřnásobně vyšší riziko suicidia ve srovnání s nekuřáky (10), ti psychiatricky nemocní mají více psychiatrických symptomů (11) a v průměru častější hospitalizace pro relaps jejich základního onemocnění (12).

V zemích s nízkou prevalencí kouření se problém se závislostí na tabáku ve velké míře přeusouvá mezi znevýhodněné skupiny obyvatel (mentálně nemocné, lidi nezaměstnané s nízkou socioekonomickou úrovní, národnostní menšiny atd.) a specifikům léčby závislosti na tabáku u těchto skupin je věnována velká pozornost. Snahou všech lékařů a zdravotnického personálu v České republice by mělo být tento deficit pozornosti v našich podmínkách překlenout a poskytovat svým pacientům na důkazech založenou léčbu i v případě závislosti na tabáku.

Léčba závislosti na tabáku

Nikotin je vysoce návyková droga, většina uživatelů (přibližně 80 %) se na něm v průběhu času stane závislými a splňuje kritéria pro diagnózu F17.X, tj. „poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku“. Závislost na tabáku však nelze zredukovat pouze na fyzickou, drogovou závislost na nikotinu. Je potřeba vzít v úvahu i individuální zvyklosti, psychické charakteristiky a sociální prostředí kuřáka, které jsou podkladem závislosti psychosociální.

V průběhu léčby závislosti je nezbytné zacílit všechny její aspekty co nejdůsledněji:

- * fyzickou stránku závislosti, způsobenou zmnožováním a senzitivací nikotinových receptorů a dalšími biologickými mechanismy prostřednictvím farmakoterapie
- * psychosociální stránku závislosti prostřednictvím psychobehaviorální intervence

Současně je nutná co nejlepší kompenzace případně přítomných psychických problémů a onemocnění. Duální diagnózy, tj. souběžná onemocnění závislostí na tabáku či jiných drogách a psychických onemocnění, jsou totiž velmi časté.

Dle platných doporučení léčby by každý lékař, který se s pacientem dostane do kontaktu, měl provést s ohledem na kouření ales-

Tabulka 2. Krátká intervence (dle 13)

1. (ASK) Ptej se na kuřáctví:	<i>*vždy při první návštěvě</i> ■ u kuřáků při každé kontrole ■ u dětí – kouření v domácnosti
2. (ADVICE) Porad:	<i>*nekuřáka pochválit a podpořit v nekouření</i> <i>*kuřák: upozornit na NUTNOST přestat</i>
3. (ASSESS) Posud'rozhodnutí přestat:	<i>*pokud nechce přestat: nenutit, ale informovat o riziku, personifikovat jej ve vztahu k onemocnění, věku, celkovému stavu (motivační rozhovor)</i> <i>*pokud chce přestat: viz dále</i>
4. (ASSIST) Pomoz:	<i>*stanovit míru závislosti na nikotinu (kouří-li víc než 15 cigaret/den a zapaluje-li si do hodiny po probuzení, je pravděpodobně na nikotinu závislý), dle závislosti doporučit NTN</i> <i>*psychická podpora – pomozte najít náhradní činnost místo kouření v situacích, kdy pacient nejčastěji kouřil</i>
5. (ARRANGE FOLLOW UP) Plánuj kontroly	<i>– jsou potřebné především v prvních týdnech</i>

poň minimální intervenci, tzv. 5A, v češtině 5P (tabulka 2).

Motivace

Pro úspěšnou léčbu je nezbytné, aby si kuřák uvědomil, že ačkoli kombinace léků a psychobehaviorální intervence je velkou podporou, musí především sám chtít přestat kouřit a být ochoten tomu přizpůsobit své chování a někdy i životní styl. Dostatečná motivace je vždy nezbytným předpokladem úspěchu. Je možné použít klasickou strukturu motivačního rozhovoru, jak ji známe z oblasti jiných závislostí a behaviorální změny obecně, je však vhodné průběh motivačního rozhovoru zacílit především na těchto 5 oblastí: 5R (upraveno dle 13).

- Risks – zdravotní rizika akutní, chronická, pro okolí, dle přítomných či hrozících diagnóz.
- Reward – vyzdvihnout zisky z nekouření.
- Roadblocks – bariéry pokusu přestat kouřit.
- Relevance – všechny informace zacílit na konkrétního pacienta dle věku, pohlaví...
- Repetition – opakování nabídky pomoci i pacientům po neúspěšném pokusu.

Psychosociální složka závislosti se vyvíjí postupně s tím, jak si kuřák zvyká žít s cigaretou – odtud pochází označení kouření jako návykového chování. Je zvyklý zapalovat si v pro něj typických situacích: v partě či v jiné společnosti, u kávy, s kamarádkou, při relaxaci či naopak ve stresu, při přestávkách v práci, po jídle, ve spojení s alkoholem a v mnoha dalších. Nesmíme zapomínat ani na vnitřní spouštěče, jakými může být stres, nuda, rozčilení aj.

Jedním z předpokladů úspěchu je identifikovat tyto typické situace, ve kterých si kuřák obvykle zapaluje. Ty mohou být v průběhu odvykání nebezpečné a mohou být impulzem

k obnovení nežádoucího chování, tedy k relapsu. Naučit se je předvídat a vyrovnat se s nimi novým způsobem je nedílnou složkou léčby každé závislosti. Některým rizikovým situacím je možné a vhodné se vyhýbat po určitou dobu poté, kdy pacient přestal kouřit – například posezením s větším množstvím alkoholu, pobytu v kuřárně atd.

Pro situace, kterým se pacient/klient vyhnout nemůže, je důležité si **dopředu** připravit náhradní řešení. Pokud taková stresová situace nastane, je na promyšlení náhradních řešení již obvykle pozdě.

Pro kuřáky závislé na nikotinu či obecně pro všechny, kdo mají problém přestat, však ve velké většině není psychobehaviorální intervence pro úspěšnou léčbu dostačující, v tomto případě je nutné zahájit i farmakologickou léčbu. Pro zhodnocení míry závislosti na nikotinu je nejčastěji používán Fagerströmův test závislosti na nikotinu:

Fagerströmův test závislosti na nikotinu (FTND – Fagerström Test of Nicotine Dependence, dle 15)

1. Jak brzy po probuzení si obvykle zapálíte svou první cigaretu?

do 5 minut

3 body

za 6–30 minut

2 body

za 31–60 minut

1 bod

po 60 minutách

0 bodů

2. Je pro vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?

ano

1 bod

ne

0 bodů

3. Kterou cigaretu v průběhu dne byste nejvíce postrádal?

první ráno

1 bod

kteroukoli jinou

0 bodů

4. Kolik cigaret denně kouříte?

0–10

0 bodů

11–20

1 bod

21–30	2 body
31 a více	3 body
5. Kouříte častěji během dopoledne?	
ano	1 bod
ne	0 bodů
6. Kouříte, i když jste nemocen a upoután na lůžko?	
ano	1 bod
ne	0 bodů
Orientační hodnocení: 1 a více bodů znamená závislost na nikotinu, od lehké až po maximálních 10 bodů.	

Farmakoterapie

Léky první linie jsou tři – nikotin, bupropion a vareniklin (dle 13).

Náhradní terapie nikotinem (NTN) je u nás dostupná ve formě náplastí (Nicorette, Niquitin) nebo rychleji se vstřebávajících orálních forem – žvýkaček (Nicorette) a inhalátoru (Nicorette) (mikrotablety a pastilky se k nám bohužel přestaly dovážet). NTN je volně prodejná v lékárně a vhodná pro všechny kuřáky závislé na nikotinu, kteří nejsou schopni přestat bez léčby, tedy je možné doporučit náhradní terapii nikotinem v takovém případě i nemocným s kardiovaskulárním onemocněním, těhotným a kojícím ženám i dětem a mladistvým (16). Je třeba si uvědomit, že NTN je vždy mnohem bezpečnější než kouření, kdy se do těla kromě nikotinu dostává více než 4 000 látek. Z náplastí se nikotin vstřebává pomalu, ale kontinuálně a po celý den, zatímco z orálních forem rychleji a krátkodobě (pomohou v krizi). Proto většina silně závislých kuřáků kombinuje náplast s některou z ostatních forem. Dávkování se většinou upravuje během léčby podle toho, zda pacient pociťuje abstinенční příznaky (pokud ano, je třeba dávku zvýšit). Připomínáme, že mezi abstinенční příznaky např. patří i zvýšená chuť k jídlu. Navíc se z nikotinové žvýkačky vstřebá většinou méně než polovina množství nikotinu uvedeného na obalu, z inhalátoru pětina. Z náplastí se množství uvedené na obalu většinou za uvedenou dobu vstřebá. NTN se začíná užívat první den abstinence. Pro kuřáky, kteří však nejsou schopni přestat s kouřením najednou, je možnou alternativou i postupná redukce počtu vykouřených cigaret s dodáním adekvátní dávky nikotinu v NTN. Celkově NTN zdvojnásobuje úspěšnost.

Bupropion SR je v ČR vázaný na recept, bez preskripčního omezení pro indikaci léčby závislosti na tabáku jako Zyban (s omezením v indikaci antidepressiva jako Wellbutrin). První týden

se užívá 1 tableta (150 mg) ráno, pak se u většiny pacientů vytitruje na 2x 150 mg. Pacient většinou přestává kouřit během druhého týdne léčby. Jedná se o látku inhibující zpětné vychytávání noradrenalinu a dopaminu v synapsích, která má antidepressivní účinek a současně snižuje chuť na cigaretu. Kontraindikací jsou především křečové stavy typu epilepsie, souběžná léčba s IMAO, anamnéza anorexie a bulimie a bipolární depresivní porucha. Bupropion je možné kombinovat s NTN, eventuálně i s vareniklinem. Také bupropion zdvojnásobuje úspěšnost při odvykání kouření.

Vareniklin (Champix) je lék vyvinutý speciálně pro odvykání kouření, neobsahuje nikotin. Je parciálním agonistou α4β2 acetylcholin-nikotinových receptorů v mozku. Lék má duální účinek – působí jednak agonisticky, čímž zabrání abstinенčním příznakům, a jednak antagonisticky – pacientovi jeho cigareta neposkytuje pocit uspokojení, protože nikotinové receptory jsou již obsazeny a nedojde k tak intenzivnímu vyplavení dopaminu. Vareniklin je kontraindikován u těžkého selhání ledvin. Nejsou dostatečné zkušenosti s podáváním osobám mladším 18 let a těhotným, v případě psychiatricky léčených pacientů je třeba při léčbě vareniklinem podrobné sledování. Zatím se neprojevovaly žádné závažné nežádoucí účinky, nejčastější byla mírná nauzea (cca u 30 % pacientů), která jednak během několika týdnů odezněla, jednak jí bylo většinou možné předejít zapitím tablety sklenicí vody. Vareniklin je určen pro perorální podání, po týdenní titraci se užívá 1 mg 2x denně, doporučená délka léčby je nejméně 3, u silně závislých 6 měsíců. Trojnásobuje úspěšnost, po šestiměsíční léčbě byla abstinence dokonce 44 % (17, 18, 19).

Obecně je třeba pacienta upozornit, že mu farmakoterapie sama o sobě nezabrání kouření, ale pomůže mu významně především potlačením abstinенčních příznaků. Rozhodnutí pacienta přestat kouřit je nezastupitelné. V případě potřeby je vhodné léčbu prodloužit. NTN i bupropion je možné kombinovat, vareniklin s bupropionem rovněž, s vareniklinem by kombinace nikotinu neměla smysl. Léky nejsou běžně hrazeny, pouze některé pojišťovny na ně částečně přispívají.

Specifika farmakoterapie u psychiatrických pacientů

Obecně je vhodné u pacientů s psychiatrickou komorbiditou delší sledování pacienta, dlouhodobější a intenzivnější farmakoterapie i psychosociální podpora.

Náhradní terapii nikotinem je možno použít v odpovídajícím dávkování bez obav. Kuřáci dostávají do organismu nikotin z cigaret spolu s cca 4 000 dalších škodlivých látek, není důvod se nikotinu z NTN obávat.

Bupropion: Výhodou u psychiatrických pacientů přestávajících kouřit je jeho antidepressivní působení, nevýhodou jeho četné lékové interakce s psychofarmaky a dalšími léky a některé kontraindikace. Bupropion je kontraindikován u pacientů s anamnézou maniodepresivity, anorexie či bulimie a epilepsie (snižuje záchvatový práh). Existuje mnoho studií dokládajících jeho možné použití k léčbě závislosti na tabáku nejen u pacientů s depresí, ale i se schizofrenií.

Vareniklin: Data pro užívání u pacientů s psychiatrickou komorbiditou jsou recentní, pocházejí max. z posledních dvou let, protože tento lék je ještě poměrně krátkou dobu na trhu (v ČR od března 2007, v USA od 2006). Původní studie před uvedením na trh se realizovaly pouze u psychicky zdravých pacientů. Zpočátku po uvedení na trh se objevily informace (především prostřednictvím neověřených zpráv z internetu) o rizikosti užívání vareniklinu u pacientů s anamnézou psychiatrického onemocnění. Studie sledující výskyt depresivních symptomů, relapsů či sebevražd však tyto obavy nepotvrdily (20), a vareniklin je proto zařazen mezi farmakoterapii první linie (stejně jako NTN a bupropion) i u pacientů s psychiatrickou komorbiditou.

Nortriptylin: Dle doporučení amerického panelu (13) je nortriptylin uveden mezi látkami, které mohou být prospěšné v léčbě závislosti na tabáku a zvyšují úspěšnost odvykání kouření oproti placebo, vzhledem k nežádoucím účinkům jsou však zařazeny mezi léky druhé linie (mezi léky první linie byla zařazena pouze náhradní nikotinová terapie, bupropion a vareniklin).

SSRI a anxiolytika: Opakovaně byla prokázána jejich NEúčinnost v léčbě závislosti na tabáku. Jinou otázkou je jejich použití v případě depresivních či úzkostných příznaků v průběhu odvykání kouření, kdy je možné tyto léky využít v rámci běžně doporučených indikací i kontraindikací (13).

O kouření ve vztahu k psychiatrickým onemocněním panují 4 základní mýty (21).

1. Psychiatřiční pacienti si nepřejí přestat kouřit

Léčba závislosti na tabáku se psychiatrickým pacientům rutinně nenabízí a tento mýtus

je jedním z důvodů, proč pouze jednomu kuřákovi z deseti je léčba nabízena v USA (u nás je to pravděpodobně ještě méně). Přitom 8 z 10 kuřáků s depresí tam plánovalo přestat kouřit. Studie s pacienty se schizofrenií, depresí či jinými závažnými psychiatrickými diagnózami shrnují, že většina těchto pacientů, kteří kouří, by si přála přestat a tato čísla se pohybují kolem 80 %, tedy podobně jako v běžné populaci, kde by také kolem 80 % kuřáků preferovalo nekuřáctví.

2. Základní psychiatrické onemocnění by se zhoršilo, kdyby přestali kouřit

Deprese: Některé studie ukázaly, že ti, kdo měli v anamnéze depresi, mají vyšší pravděpodobnost depresivních symptomů při odvykání kouření než ti s negativní anamnézou. Mnoho jiných studií ale takovou souvislost nepopisuje. Zdá se, že ke zhoršení dochází jen u velmi malého počtu pacientů, nejvyšší riziko má bipolární porucha. Ale i tak mají ti, kdo přestanou kouřit, lepší prognózu a menší spotřebu léků v budoucnosti.

Schizofrenie: Výsledky studií jsou kontroverzní, většinou s malým počtem pacientů (desítky). V naprosté většině ale ke změně mentálního stavu nedošlo. Zdá se, že právě tito kuřáci by mohli profitovat ze starších (NTN, bupropion) i nových léků (vareniklin), které preventují vznik abstinčních příznaků a tím i zhoršení základního onemocnění.

Závislost na alkoholu: V poslední době se doporučuje nabízet pacientům léčbu obou závislostí najednou, pokud si to přejí. Při kombinované závislosti se navíc často po abstinenci od jedné drogy zintenzivňuje užívání drogy druhé (například abstinující od alkoholu nebo heroínu začnou intenzivněji kouřit, což má zásadní efekt na následnou mortalitu).

3. Psychiatřiční pacienti nejsou schopni přestat kouřit

Obtížnější odvykání souvisí s vyšší mírou závislosti na nikotinu, neurologickou vulnerabilitou, self-medikací nikotinem, nedostatkem podpory okolí či používáním neúčinných metod odvykání. I když některé studie ukázaly opravdu nižší úspěšnost než u kuřáků bez psychiatrických diagnóz, i tak přinejmenším třetina byla úspěšná. Tito pacienti jsou kandidáti intenzivní a dlouhodobé léčby, pak jsou výsledky srovnatelné.

4. Zákaz kouření je obtížné/nemožné zavést na psychiatrických odděleních

Zákon 379/2005 zakazuje kouření ve zdravotnických zařízeních, bohužel však s výjimkou uzavřených psychiatrických oddělení a oddělení pro léčbu závislostí – ke škodě pacientů i personálu. Ve studiích z jiných zemí se ukazuje, že i když před uvažovaným zákazem kouření mělo toto opatření jen malou podporu mezi personálem i pacienty, brzy po jeho zavedení byla podpora naprosto většinová, i když se občas mohla vyskytnout (nejčastěji verbální) agrese pacienta. Abstinční příznaky by však samozřejmě měly být pokryty vhodnou medicací hrazenou ze zdravotního pojištění (jako je to např. ve Velké Británii a USA). Zákaz kouření na těchto odděleních je pro pacienty i personál jednoznačně benefitem a zkušenosti z USA (konkrétně i z naší stáže na Mayo clinic v Rochesteru ve státě Minnesota, kde zákaz kouření na psychiatrické klinice platí poslední 2 roky) ukazují, že je možné jej zavést a dodržovat bez negativních důsledků. Navíc zkušenost s abstinencí během hospitalizace vede mnohé pacienty k tomu, že se rozhodnou i nadále nekouřit (často s podporou vyškoleného zdravotníka TTS – tobacco treatment specialist) po propuštění z nemocniční péče.

Závěr

Každý lékař by při kontaktu s pacientem měl provést alespoň výše zmíněnou minimální intervenci a dále se rozhodnout, zda v intenzivnější léčbě závislosti na tabáku u svých pacientů bude pokračovat sám, či odešle pacienta do některého ke specializovaných center pro závislé na tabáku. Seznam těchto specializovaných center je k dispozici např. na internetové adrese www.SLZT.cz.

Literatura

1. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, et al. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA*, 2000; 22–29; 284(20): 2606–2610.
2. Farrell M, Howes S, Taylor C, et al. Substance misuse and psychiatric comorbidity: an overview of the OPCS National Psychiatric Morbidity Survey. *Int Rev Psychiatry* 2003; 15(1–2): 43–49.
3. Breslau N. Psychiatric comorbidity of smoking and nicotine dependence. *Behavior Genetics* 1995; 25(2): 95–101.
4. Malone KM, Waternaux Ch, Haas GL, et al. Cigarette Smoking, Suicidal Behavior, and Serotonin Function in Major Psychiatric Disorders. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 773–779.
5. Hughes J, Hatsukami DK, Mitchell JE, et al. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 993–997.

6. Ereshefsky L, Jann MW, Saklad SR, et al. Effects of smoking on fluphenazine clearance in psychiatric inpatients. *Biological Psychiatry* 1985; 20(3): 329–332.
7. McNeill A. Smoking and patient with mental health problems. Health Development Agency, UK, NHS 2004.
8. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M. Mortality from Smoking in Developed Countries 1950–2000, 2nd edition, Oxford University Press, <http://www.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco/>.
9. Kalman D, Kim S, Digirolamo G, et al. 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*. 2009 Sep 1. doi: 10.1016/j.cpr.2009.08.009.
10. Miller M, Hemenway D, Rimm E. Cigarettes and suicide: a prospective study of 50,000 men. *Am J Public Health*. 2000; 90(5): 768–773.
11. Williams JM, Ziedonis D. Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addict Behav*. 2004; 29(6): 1067–1083.
12. Compton MT, Daumit GL, Druss BG. Cigarette smoking and overweight/obesity among individuals with serious mental illnesses: a preventive perspective. *Harv Rev Psychiatry* 2006; 14(4): 212–222.
13. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008 www.surgeongeneral.gov/tobacco.
14. Shenassa ED, Graham AL, Burdovic JA, Buka SL. Psychometric properties of the Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM-68): a replication and extension. *Nicotine Tob Res*. 2009; 11(8): 1002–1010. Epub 2009 Jun 19.
15. Heatheron TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the FTQ. *Brit. J Addiction* 1991; 86: 1119–1127.
16. World Health Organization Europe: Regulation of Nicotine Replacement Therapies: An Expert Consensus, Copenhagen, WHO, 2001.
17. Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, et al. Varenicline Phase 3 Study Group. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296: 56–63.
18. Tonstad S, Tonnesen P, Hajek P, et al. Varenicline Phase 3 Study Group. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296: 64–71.
19. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, et al. Varenicline Phase 3 Study Group. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296: 47–55.
20. Gunnell D, Irvine D, Wise L, et al. Varenicline and suicidal behaviour: a cohort study based on data from the General Practice Research Database. *BMJ*, 2009; 339: b3805, Published 1 2009, doi: 10.1136/bmj.b3805.
21. Pisinger Ch. Smoking cessation in psychiatry: Is there sufficient evidence to recommend smoking cessation activities? A review of the literature. Network of Health Promoting Hospitals in Denmark, Copenhagen, March 2007: 24.

MUDr. Lenka Štěpánková

Centrum pro závislé na tabáku
Karlovo náměstí 32, 128 00 Praha 2
lenka.stepankova@lf1.cuni.cz