

Derleme / Review**Ağır psikiyatrik bozukluklar, depresyon ve sigara bırakma**L. İlhan YARGIÇ,¹ Hayriye BAYKAN²**ÖZET**

Son yıllarda ülkemizde sigarayı bırakma konusunda çok ciddi kampanyalar düzenlenmekte, sağlık çalışanları bu konuda bilinçlendirilmekte ve devlet eliyle bu alana özel tedavi hizmetleri verilmektedir. Ancak ciddi psikiyatrik bozukluğu olanlar arasında sigara içme çok yaygın olmasına ve ciddi bir mortalite ve morbidite nedeni olmasına rağmen psikiyatri uzmanları, psikiyatri hastalarında sigarayı bıraktırma konusunda çok gayretli davranmamaktadır. Oysa son yıllarda yapılan tedavi çalışmaları göstermiştir ki, ciddi psikiyatrik bozukluğu olan ve klasik bilgilere göre sigarayı bırakmaları çok zor olarak görülen kişilerde de sigarayı bırakma tedavilerinin bazı değişiklikler yapılarak uygulanmasıyla başarılı sonuçlar alınabilmektedir. Son yıllarda sigarayı bırakma amaçlı ilaç tedavilerinde de gelişmeler olmuştur. Ancak bu alanda kullanılan ilaçların ciddi nöropsikiyatrik yan etkileri olabilmektedir. Her hastada yarar ve risk dengesi gözetilerek uygun tedavi seçeneğinin belirlenmesi gereklidir. (*Anadolu Psikiyatri Derg* 2013; 14:77-83)

Anahtar sözcükler: Sigarayı bırakma, tütün, nikotin, şizofreni, bipolar bozukluk, depresyon

Severe mental disorders, depression and smoking cessation**ABSTRACT**

In recent years, large campaigns have been organized for smoking cessation, health professionals have been educated about this topic and special treatment programs have been developed by the government for smokers. Although cigarette smoking is very frequent among patients with severe mental illness and it's a cause of morbidity and mortality, psychiatrists are not very eager for smoking cessation among psychiatric patients. However, in recent years, treatment studies have shown that with some modifications, conventional smoking cessation approaches may be quite beneficial among these severe mentally ill patients who are classically known to be failures in such treatments. In recent years, there have been developments in pharmacological approaches for smoking cessation, but neuropsychiatric side effects of these medications may be serious. Risk and benefit ratio for each patient should be taken into account while making a treatment plan. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2013; 14:77-83)

Key words: smoking cessation, tobacco, nicotine, schizophrenia, bipolar disorder, depression

GİRİŞ

Sigara dünyada yılda 3-5 milyon insanın ölü-

münden sorumludur ve bu sayının 2020-2030 yılları arasında on kat artması beklenmektedir.¹ Ciddi psikiyatrik bozukluğu olan kişilerde sigara

¹ Prof.Dr., İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

² Uzm.Dr., Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye

Yazışma adresi / Address for correspondence:

Uzm.Dr. Hayriye Baykan, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Elmalıkent Mah. Adem Yavuz Cad. No.1, İstanbul, Türkiye

E-mail: hayriyebaykan@gmail.com

Geliş tarihi: 22.02.2011, **Kabul tarihi:** 04.07.2012 **doi:**10.5455/apd.34493

içmeyle doğrudan ilişkili olan kanser, kardiyovasküler hastalıklar ve solunum yolu hastalıklarına çok daha sık rastlanmaktadır. Bu nedenle ciddi psikiyatrik bozukluğu olan kişilerin genel toplum ortalamasına göre 20-30 yıl daha erken öldüğü saptanmıştır.²

Bu gruptaki hastalar sigara bırakma konusunda bazı özellikler taşır. Öncelikle, başta şizofreni olmak üzere ciddi psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda sigara içme sıklığı ve bu hastalar sigara bırakma tedavilerine daha dirençlidir. İkincisi, nikotin bazı psikotrop ilaçların kan düzeylerini etkilediği için bu ilaçların dozlarının sigara içmeye göre ve sigara bırakıldıktan sonra yeniden ayarlanması gereklidir. Üçüncüsü, özellikle erişkinlerde sigaraya başlama veya yeniden başlama depresyonla ilişkili olabilmektedir. Dördüncüsü, sigarayı bırakma depresyona yol açabildiği gibi, sigara bırakma tedavilerinde kullanılan ilaçların da başta intihar riskini artırma olmak üzere psikiyatrik komplikasyonlarının olabileceği öne sürülmektedir. Bu nedenle psikiyatristler hastalarının sigara içmesi ve sigarayı bırakması üstünde dikkatle durmalıdır.

Bütün psikiyatrik bozukluklar nikotin bağımlılığı için ciddi birer risk etkenidir. 23393 kişi üzerinde yapılan toplum temelli bir çalışmada psikiyatrik sorunları olan kişiler arasında sigara içmenin %34.3 (fobileri olanlarda) ile %59.1 (şizofreni hastalarında) arasında değiştiği ve bunun, aynı çalışmada psikiyatrik bozukluğu olmayan kişiler arasında saptanan %18.3 oranından çok yüksek olduğu bulunmuştur.³ Ayrıca bu çalışmada, komorbid psikiyatrik bozukluk sayısı arttıkça sigara içme oranının da arttığı bildirilmiştir. Diğer yandan psikiyatrik bozukluğu olan kişilerin sigara bırakma girişimleri, diğerlerinininkine denk olmasına rağmen, psikiyatrik bozukluğu olanlarda bırakmayı başarma oranları çok daha düşük bulunmuştur.³

Bütün araştırmalar, özellikle psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları gibi ciddi psikiyatrik bozukluğu olanlarda sigara içmenin çok yaygın olduğunu göstermektedir. Şizofrenide mi, yoksa bipolar bozuklukta mı sigara içmenin daha yaygın olduğu konusunda farklı bulgular olsa da, çalışmaların çoğunda şizofreni ilk sırada yer almaktadır. Türkiye’de yapılan bir çalışmada sigara içme oranları şizofreni hastalarında %57.5, bipolar bozukluk hastalarında %55.1, kontrol grubunda %47.3 olarak bildirilmiştir.⁴

ŞİZOFRENİ VE SİGARA

Sigara içme, ciddi sağlık sorunlarının yanında

şizofreninin kötü gidişi ile de ilişkilidir. Sigara içen şizofreni hastalarında psikiyatrik nedenlerle hastane yatışlarının sigara içmeyenlerden daha sık olduğu bildirilmiştir.⁴ Akut psikotik dönemdeki hastalar arasında sigara içenlerin Pozitif Belirti Değerlendirme Ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.⁴

Şizofreni hastalarında hem sigara içme, hem de ağır içicilik oranlarının yüksek oluşu, nikotinin diğer insanlarda olduğu gibi bu kişilerde de orta beyindeki dopaminerjik aktiviteyi artırarak (hem dopamin salımını artırma, hem de yıkımını inhibe etme yoluyla) ödül sistemi üzerinden davranışsal pozitif pekiştirmeye yol açmasının yanı sıra, nikotinin şizofreninin patofizyolojisi üzerine etkileriyle de ilişkilidir.⁵ Sigara içme, prefrontal korteksteki dopaminerjik hipofonksiyona bağlı kusurları azaltabilmektedir. Sigara içme, şizofreni hastalarının bilişsel kusurlarını tamir etmek ve antipsikotik ilaçların ekstrapiramidal yan etkilerini azaltmak için bir kendi kendine tedavi çabası olarak görülebilir. Sigara içen şizofreni hastalarında yapılan bir çalışmada nikotinin, objektif testler üzerinde dikkat ve belleği düzelterek haloperidolün neden olduğu bazı yan etkileri azalttığı gösterilmiştir.⁶ Ayrıca sigara içen şizofreni hastalarında, antipsikotik ilaç dozu artırıldıkça uyarıcı etkisinden dolayı sigara içme isteğinin de arttığı gösterilmiştir.⁷

BİPOLAR BOZUKLUK VE SİGARA

Bipolar bozukluğu olan hastalar arasında şimdiki sigara içme sıklığı farklı çalışmalarda %30-70 arasında bildirilmiştir.⁸ Yaygınlık çalışmaları yöntemsel farklılıklar nedeniyle oldukça farklı sonuçlar verse de, Amerika ve Avrupa’da yapılan kontrollü çalışmalar tutarlı biçimde, bipolar bozukluk hastalarında sigara içmenin genel toplumdaki 2-3 kat fazla olduğunu ortaya koymaktadır.⁸ Sigara içen bipolar bozukluk hastalarında duygudurum belirtilerinin daha şiddetli olduğu gösterilmiştir.⁹ Bu hastalarda hızlı döngülülük, genel hastalık şiddetininin fazla olması, intihar düşüncesi ve girişimleri, depresif belirtilerin şiddetli olması söz konusudur.

Bipolar bozukluk hastalarında sigara içmenin yaygın olmasının nedeni, hem sigaraya başlama olasılıklarının yüksek, hem de sigarayı bırakabilme olasılıklarının görece düşük olmasıdır. Wilens ve ark. bipolar bozukluğu olan adolesanların sigaraya başlama olasılıklarının herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayan yaş uyumlu kontrol grubundan yüksek (sırasıyla %22’ye

karşı %4) olduğunu göstermiştir.¹⁰ Birçok çalışma, sigara içen bipolar bozukluk hastalarının genel toplumdaki sigara kullanıcılarından daha ağır içici olduğunu göstermiştir ve bu durum da bırakmalarını zorlaştırmaktadır.¹¹ Yaşam boyu herhangi bir yoğunlukta sigara kullanmış bipolar bozukluk hastaları arasında sigarayı başarılı şekilde bırakanların oranı genel toplumdakin-den düşüktür (bipolar hastalarında %8-16, genel toplumda %33-43).¹¹

Bipolar bozukluk ile sigara içme ilişkisinin altında yatan düzenekler karmaşık ve çok etkenlidir; hem biyolojik, hem de çevresel etmenleri içerir. Bu ilişki hem iki yönlü, hem de ortak risk etkenleri ile ilişkilidir. Bipolar bozukluğun varlığının sigaraya başlama ve sürdürme riskini artırması, sigara dumanının monoamin oksidaz (MAO) enzimini inhibe edici etkiye sahip oluşuna ve nikotinin duygudurumu düzelten (serotonin) ve keyif veren (dopamin) nörotransmitterlerin salınımını artırmaya bağlanabilir.⁸ Bu görüş, 'kendi kendine tedavi varsayımı' olarak bilinir ve maddenin istenmeyen duyguları kaldırmak için kullanıldığını öne sürer. Duygudurumu düzeltme dışında nikotinin bir başka etkisi de, dikkat gibi bilişsel işlevleri artırma özelliğidir.⁸ Nikotinin bu özelliği, başta dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olmak üzere bipolar bozukluk, şizofreni ve depresyon gibi bilişsel yetileri etkileyen bozukluklarda sigara içmenin yaygın olmasını açıklamamıza yardım eder. Bipolar bozuklukta da kullanılan antipsikotik ilaçlar yukarıda açıklanan yollarla sigara içmeyi pekiştirir.

Sigara içmenin kendisi de bipolar bozukluğun gelişmesi riskini artırabilir. Nikotine kronik maruziyet, beyindeki limbik sistemde yer alan nikotinik asetilkolin reseptörlerini desensitize ederek depresyon gelişmesi riskini artırır.¹² Nikotinin hipokampüsteki serotonin yolları üzerindeki etkisi nedeniyle uzun süre sigara kullananlarda sigaranın kesilmesi depresyonu tetikleyebilir.¹³ Çeşitli olgu bildirimlerinde sigaranın ani bırakılması sonrası depresyon veya mani ortaya çıkışı, bupropion veya vareniklin tedavisi sırasında mani, bupropionun kesilmesi sonrası mani tanımlanmıştır.⁸

Bipolar bozukluk ve nikotin bağımlılığı ortak bazı genetik ve çevresel risk etkenlerine sahiptir. Katekol-O-metiltransferaz (COMT), dopamin taşıyıcı ve serotonin taşıyıcı genleri hem bipolar bozukluk, hem de nikotin bağımlılığı için aday genlerdir.¹⁴ Ayrıca dopamin, serotonin ve norepinefrinle ilgili nörokimyasal sistemler iki bozuklukta da rol oynar. Bazı çalışmalarda bipolar bozukluk ve nikotin bağımlılığında yapısal ve

işlevsel bozukluk gösteren beyin bölgeleri arasında örtüşme gösterilmiştir. Özellikle ön limbik ağ üzerinde durulmaktadır ki, bu sistem manideki dürtüsellik ve duygulanımsal düzensizlik, nikotin bağımlılığındaki işlevsel olmayan ödül işlemeyle ilintilidir.⁸ İki bozuklukta da prefrontal bölgenin çeşitli alt alanları arasında hacimsel farklar bildirilmiştir. Ayrıca iki bozuklukta da fMRI çalışmaları kortikolimbik alanlarda etkilendirme farkları göstermiştir.⁸ Çocukluk çağı travmaları da iki bozuklukla ilgili çevresel etkenlerdendir.¹⁵ Alkol ve madde kullanımı da her iki bozukluğun başlangıç ve gidişyle ilişkili bulunmuştur.⁸

DEPRESYON VE SİGARA

Depresyon ile nikotin bağımlılığı arasındaki ilişki oldukça karmaşık ve çok yönlüdür. Depresyon, nikotin bağımlılığı için bir risk etkenidir. Genel toplumda, depresyon tanısı konan 15 yaş üstündeki kişiler arasında sigara içme sıklığı, depresyonda olmayanlardan iki kat (%45'e karşı %22) fazla bulunmuştur.¹⁶ Diğer yönden bakıldığında, sigara içenlerde de depresyon öyküsü daha sıktır. Örneğin, erişkinlerde nikotin bağımlısı olanların son bir yıl içinde majör depresyon geçirmiş olma sıklığının nikotin bağımlısı olmayanlardan iki kat fazla (%13.8'e karşı %6) olduğu bildirilmiştir.¹⁷

Nikotinin, sigara içmeyenlerde antidepresan etkisinin olduğu saptanmıştır.¹⁸ Sigara bırakıldığında yaşanan nikotin yoksunluğu belirtilerinden depresif duygudurum, iritabilite, anksiyete, konsantrasyon güçlüğü, huzursuzluk ve iştah artışı majör depresif bozuklukta da görülen belirtilerdir.¹⁹ Sigarayı bırakmak, depresyon öyküsü olan kişilerde yeni bir depresyon dönemini tetikleyebilir.²⁰ Depresyondaki sigara içenlerin bırakma çabasından sonra yeniden sigaraya başlama olasılıkları ve başlama hızları daha yüksek, nikotine bağımlılıkları daha fazla, sigarayı bıraktıklarında duygudurumla ilgili belirtileri daha şiddetli ve sigaraya bağlı mortalite ve morbiditeleri genel toplumdaki diğerlerinden daha fazladır.²¹

Bazı çalışmalar depresyonu, sigara bırakma tedavisinde başarıyı olumsuz etkileyen bir risk etkeni olarak gösterse de, bir meta-analiz çalışması bunu aksini göstermiştir.²² Depresyon hastalarının sigarayı bırakmakta daha fazla zorlanıyor olmaları, tedavileri bu hasta grubu ile ilgili karamsarlığa sürükleyip tedavi etmekten uzaklaştırmamalıdır, çünkü depresyon tanısı konan hastaların sigarayı bırakma konusunda hayli istekli olabildikleri bilinmektedir.²³ Prochas-

ka ve arkadaşları depresyonu olan sigara içenlerin %79'unun sigarayı bırakmaya niyetlendiklerini, %24'ünün bir sonraki ay bırakma girişiminde bulunmaya hazır olduklarını bildirmiştir.²⁴ Depresyon ile nikotin bağımlılığı arasındaki karmaşık etkileşime rağmen bu kişilere de sigarayı bırakmaları için tavsiye ve tıbbi destek mutlaka sunulmalıdır.

SİGARA KULLANIMININ PSİKOTROP İLAÇ TEDAVİLERİ ÜSTÜNE ETKİSİ

Sigara dumanındaki polisiklik aromatik hidrokarbonlar sitokrom P450 sistemini, özellikle CYP1A2 enzimini indükleyerek bazı psikotrop ilaçların (olanzapin, klozapin, haloperidol ve fluvoksamin) metabolizmasını artırır.²⁵ Yukarıda söz edilen ciddi psikiyatrik bozukluklarda kullanılan bu ilaçların dozları sigara içen kişilerde %50 artırılmalıdır ve bu durum kullanılan günlük sigara miktarından bağımsızdır. Bu konu dikkate alınmadığında, verilen rutin dozlar yeterli olmayacağı için hastaların tedavilerinde başarısızlık söz konusu olabilir. Sigara bırakıldığında da bu ilaçların kan düzeylerinde ciddi artışa bağlı şiddetli yan etkiler (ekstrapramidal yan etkiler, konvülsiyon, sedasyon gibi) ve toksisite görülebilir.

Sigara dumanının psikotrop ilaçlarla farmakokinetik etkileşiminin yanı sıra farmakodinamik etkileri de vardır. Nikotin sempatik sinir sistemini aktive ederek benzodiyazepinlerin sedatif etkisini ve β -blokerlerin kalp atım hızını azaltma etkisini düşürebilir.²⁵ Sigara içenlerde haloperidol, flufenazin ve tiotiksen gibi antipsikotiklerin klerensinin arttığı da gösterilmiştir. Bu nedenle her şizofreni hastasında sigara içmenin sorgulanması ve antipsikotik dozlarının buna göre ayarlanması önemlidir. Ayrıca bu hastalar sigarayı bıraktıklarında da antipsikotik dozlarının yeniden düzenlenmesinin gerekebileceği akılda tutulmalıdır.⁵

CİDDİ PSİKİYATRİK BOZUKLUĞU OLANLARDA SİGARA BIRAKMA TEDAVİLERİ

Klasik bilgi, sigara bırakma oranlarının ciddi psikiyatrik bozukluğu olanlarda daha düşük olduğu şeklinde olsa da, yeni çalışmalar şizofreni hastalarında dahi bu oranların bazı modifiye girişimlerle en azından kısa dönemde için diğer hastalarinkine benzer oranlara çıkarılabileceğini göstermiştir.²⁶ Genel toplumda işe yarayan tedaviler bu grupta da yararlı olmaktadır.²⁷ Ayaktan tedavi edilen şizofreni hastalarında görüşme sayısının artırılması, grup tera-

pişi ve daha yüksek dozlarda nikotin yerine koyma tedavilerinin başarıyı artırdığı gösterilmiştir.²⁶ Her şeye rağmen uzun vadede sigara bırakma oranları psikiyatrik bozukluğu olmayanlardan düşüktür.²⁸

Ülkemizde 2008 yılında yasalaşan sigara yasasından sonra hekimlerin sigara bırakma tedavileri konusunda bilgilerinin artırılması ve sigara bırakmak isteyenlere devlet eliyle sağlık hizmetlerinin verilmesi sağlandı. Ancak diğer ülkelerde olduğu gibi, ülkemizde de psikiyatristlerin hastalarına sigarayı bıraktırma konusunda çok gayretli olmadıkları görülmektedir.²⁸ Psikiyatri hastalarının bu konuda çok başarılı olamayacağı düşüncesi, sigarayı bırakmanın psikiyatrik belirtileri alevlendirmesine ait endişeler ve bu alanda kullanılan ilaçların nöropsikiyatrik yan etkilere neden olabilmesi bunda etkili olabilir. Oysa kontrollü bir şekilde sigarayı bırakmanın ciddi psikiyatrik bozukluğu olanlarda psikiyatrik belirtileri kötüleştirmediği, hatta bazı olgularda psikiyatrik bozukluğun gidişini olumlu etkilediği bildirilmiştir.²⁹

Sigara içen ve ciddi psikiyatrik bozukluğu olan kişilere sunulabilecek çeşitli ruhsal ve farmakolojik tedavi seçenekleri vardır. Hastaların sigarayı bırakmak için güdülenmesi ve bırakmaya hazır hale gelmeleri bu konuda en kritik basamaktır ve bu nedenle güdüleyici görüşmeler çok önemlidir. Ciddi psikiyatrik bozukluğu olan kişilerin sigarayı bırakmalarına yardım eden programlar etkilidir ve maliyet etkinlikleri vardır.³⁰ İlk başta sigara sayısının azaltılmasının hedeflenmesi, tedavi süresinin uzatılması, sigara bırakma tedavisinin diğer psikiyatrik tedavi hizmetleriyle entegre edilmesi ve psikiyatri servisinde sigaraya ulaşımın zorlaştırılması tedavi etkinliğini artırabilir.²²

Nikotin yerine koyma tedavileri (NYT) 30 yıldan fazla süredir kullanılmaktadır ve psikiyatrik yan etkilere neden olma riski yönünden bupropiyon ve varenikline göre daha güvenlidir.³¹ Bu nedenle sigara içmenin kısıtlandığı psikiyatri servisine yatırılan akut hastalarda koruyucu olarak düşünülebilir.²⁸ Ciddi psikiyatrik bozukluğu olan kişilerin nikotin bağımlılığı genellikle yüksek düzeylerde olduğu için, ruhsal girişimlerle birlikte NYT uygulaması minimum tedavi olarak kabul edilmelidir.

Bupropiyonun ciddi psikiyatrik bozukluğu olan kişilerde yararlı olduğu gösterilmiştir.³² Davranış terapisiyle kombine edildiğinde bu yararlılık daha artmaktadır.³³ Bupropiyon şimdiye kadar ciddi psikiyatrik bozukluğu olanlar üzerinde en

çok çalışılmış sigara bırakma tedavisi seçeneğidir.²⁸ Randomize klinik çalışmalar bupropiyonun, sigara bırakma tedavisi sırasında depresif belirtileri de azalttığını ve fakat depresyonda olmayan nikotin bağımlılarının sigarayı bırakmaları konusunda aynı derecede etkili olduğunu göstermiştir.³⁴ Bupropiyon çalışmalarında yan etki nedeniyle tedaviyi bırakma oranları NYT'dekinden yüksektir ve intihar eğiliminde artışa neden olabildiği bildirilmiştir.³¹ Ciddi psikiyatrik bozukluğu olan kişilerde uygulanan sigara bırakma tedavisinde bupropiyon ile NYT'nin bir arada kullanılması daha iyi sonuçlar vermiştir.³² Karbamazepin kullanan hastalarda bupropiyonun metabolizması daha hızlı olacağı için kan düzeyinin düşük olacağı hatırlanmalıdır. Dengeli bipolar bozukluk hastalarına sigarayı bırakma amacıyla verilen bupropiyonun maniyi tetiklediğine dair güçlü bir kanıt yoktur.⁸ Yine de FDA'nın bupropiyonun ajitasyon, depresif duygudurum ve intihar eğilimi gibi psikiyatrik yan etkilere yol açabileceği uyarısı dikkate alınarak hastalar yakından izlenmeli ve bipolar hastalarda duygudurum düzenleyicilerle birlikte kullanılmalıdır. Bupropiyon konvülsiyon eşliğini düşürdüğü için klozapin gibi konvülsiyon eşliğini düşüren psikotropolarla birlikte kullanılmamalıdır.

Vareniklin sigara bırakma tedavisinde endikasyon alan en yeni ilaçtır ve bu alanda önceki iki seçenekten daha etkili olduğu gösterilmiştir. Vareniklin alan bazı hastalarda tedavi sırasında ortaya çıkan psikoz, mani, dürtüsellik, ajitasyon ve intihar eğilimi gibi ciddi nöropsikiyatrik belirtiler bildirilmişse de, bu ilaçla nedensellik ilişkisi kurulmamıştır.²³ Geniş veri tabanlarının incelenmesi, vareniklinin diğer tedavi seçeneklerinden daha çok depresyon veya intihar eğilimine neden olduğunu göstermemiştir.³⁵ Vareniklinin şizofreni hastalarında da sigarayı bırakma amacıyla yararlılığı gösterilmiştir.³⁶ Ancak unutulmalıdır ki, bu ilacın ciddi psikiyatrik bozukluğu olan kişilerdeki etkileri konusunda son söz söylenmiş değildir.⁸ Hekimler, bir yanda sigaranın zararları ve bu ilacın sigara bıraktırmadaki etkinliği ile, diğer yanda olası riskleri düşünerek karar vermelidir. Bu ilacın kullanımı sırasında hastaların psikiyatrik açıdan düzenli olarak kontrol edilmesi gerektiği unutulmamalıdır.

İlaç tedavilerinin ruhsal destekle birlikte verilmesi başarılı bir tedavi için çok önemlidir. Ruhsal destek kendine yardım grupları, bilişsel davranışçı terapi, edimsel yöntemler (durumsallık yönetimi, ödül sistemi) veya güdüleyici görüşme

şeklinde olabilir. Güdüleyici görüşme ciddi psikiyatrik bozukluğu olan sigara içenlerde başarılıyla uygulanabilecek standart ruhsal yaklaşımdır.³⁷ Bilişsel davranışçı terapi (BDT) ancak bu konuda eğitim almış klinisyenler tarafından uygulanabilir. BDT psikiyatrik bozukluğu olan sigara içenler için modifiye edilmiştir ve psikiyatri hastanelerine göre düzenlenmiş uygulamaları vardır.¹¹

BDT'nin depresyon öyküsü olan hastaların sigarayı bırakmalarında yararlı olduğu gösterilmiştir.³⁸ Unipolar depresyon tanısıyla izlenen ve halen depresyon tanı ölçütlerini karşılayan, ayaktan tedavi gören hastalarla yapılan bir çalışmada danışmanlık, güdüleyici görüşme, BDT ve NYT kullanılmıştır.³⁹ Bu çalışmaya girmek için sigarayı bırakmaya istekli olmak gerekmiyordu. Çalışmanın sonunda bütün girişimlerin yararlı olduğu gösterildi. İlginc olan ise, başlangıçtaki depresyon şiddetinin sigara bırakma tedavisindeki başarıyı yordamamasıydı. Bu sonuç depresyondaki hastaların da uygun sigara bırakma tedavilerine alınabileceğini göstermektedir. Genel kural olarak ciddi psikiyatrik bozukluklarda sigarayı bırakmadan önce hastanın dengeli duruma geçmesini beklemede yarar vardır.⁸

Ciddi psikiyatrik bozukluğu olan kişilerde başta alkol olmak üzere çeşitli maddelerin kullanım bozuklukları da yaygındır ve bu da sigarayı bırakmayı zorlaştırır ve relapsları artırır.⁹ Çünkü alkol kullanımı hem sigaraya duyulan arzuyu tetikler, hem de psikiyatrik belirtileri alevlendirir.⁴⁰ Böyle bir hastanın değerlendirilmesi sırasında alkol ve madde kullanımı da dikkatle sorgulanmalı ve tedavide ele alınmalıdır.

SONUÇ

Ciddi psikiyatrik bozukluğu olan kişilerde sigara kullanımı yaygındır ve ciddi bir mortalite ve morbidite nedenidir. Psikiyatristlerin hastalarını sigarayı bırakmaları için motive etmeleri ve bu konuda yardımcı olmaları önemlidir. Bu hastaların sigarayı bırakma motivasyonları vardır ve bu hasta grubunda yararlı bulunan farmakolojik ve ruhsal yöntemler bulunmaktadır. Sigara bırakma tedavilerinin standart psikiyatrik tedavinin içine entegre edilmesinde yarar vardır.⁴¹ Sigara bırakma tedavisi gören ciddi psikiyatrik bozukluğu olan kişilerin psikiyatrik komplikasyonlar yönünden yakından izlenmesinde yarar vardır.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. *Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic*. Geneva, WHO, 1988.
2. Colton CW, Manderscheid RW. *Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states*. *Prev Chronic Dis* 2006; 3:1-14.
3. McClave AK, McKnight-Eily LR, Davis SP, Dube SR. *Smoking characteristics of adults with selected lifetime mental illnesses: results from the 2007 National Health Interview Survey*. *Am J Public Health* 2010; 100:2464-2472.
4. Üçok A, Polat A, Bozkurt O, Meteris H. *Cigarette smoking among patients with schizophrenia and bipolar disorders*. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004; 58:434-437.
5. Sagud M, Mihaljević-Peles A, Mück-Seler D, Pivac N, Vuksan-Cusa B, Brataljenović T, et al. *Smoking and schizophrenia*. *Psychiatr Danub* 2009; 21:371-375.
6. Levin ED, Wilson W, Rose JE, McEvoy J. *Nicotine-haloperidol interactions and cognitive performance in schizophrenics*. *Neuropsychopharmacology* 1996; 15:429-436.
7. Barr AM, Prochysyn RM, Hui P, Johnson JL, Honer WG. *Self-reported motivation to smoke in schizophrenia is related to antipsychotic drug treatment*. *Schizophr Res* 2008; 100:252-260.
8. Jaimee L, Heffner JL, Strawn JR, DeBello MP, Strakowski SM, Anthenelli RM. *The co-occurrence of cigarette smoking and bipolar disorder: phenomenology and treatment considerations*. *Bipolar Disorders* 2011; 13:439-453.
9. Ostacher MJ, Nierenberg AA, Perlis RH, Eidelman P, Borrelli DJ, Tran TB, et al. *The relationship between smoking and suicidal behavior, comorbidity, and course of illness in bipolar disorder*. *J Clin Psychiatry* 2006; 67:1907-1911.
10. Wilens TE, Biederman J, Adamson JJ, Henin A, Sgambati S, Gignac M, et al. *Further evidence of an association between adolescent bipolar disorder with smoking and substance use disorders: a controlled study*. *Drug Alc Depend* 2008; 95:188-198.
11. Diaz FJ, James D, Botts S, Maw L, Susce MT, De Leon J. *Tobacco smoking behaviors in bipolar disorder: a comparison of the general population, schizophrenia, and major depression*. *Bipolar Disord* 2009; 11:154-165.
12. Mineur YS, Picciotto MR. *Biological basis for the co-morbidity between smoking and mood disorders*. *J Dual Diagn* 2009; 5:122-130.
13. Balfour DJK, Ridley DL. *The effects of nicotine on neural pathways implicated in depression: a factor in nicotine addiction?* *Pharmacol Biochem Behav* 2000; 66:79-85.
14. McEachin RC, Saccone NL, Saccone SF, Kleyman-Smith YD, Kar T, Kare RK et al. *Modeling complex genetic and environmental influences on comorbid bipolar disorder with tobacco use disorder*. *BMC Med Genet* 2010; 11:14.
15. Saccone KA, George TP, Head CA, Vessichio JC, Easton CJ, Prigerson HG. *Adverse childhood experiences, smoking and mental illness in adulthood: a preliminary study*. *Ann Clin Psychiatry* 2007; 19:89-97.
16. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. *Smoking and mental illness: A population-based prevalence study*. *JAMA* 2000; 284:2606-2610.
17. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Results from the 2006 National Survey on Drug Use and Health: National Findings (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-32, DHHS Publication No. SMA 07-4293)*, Rockville, MD, 2007.
18. Ischaki E, Gratzou C. *Smoking and depression: Is smoking cessation effective?* *Ther Adv Respir Dis* 2009; 3:31-38.
19. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı. Yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR)*, Washington, DC, Amerikan Psikiyatri Birliği, E Köroğlu (Çev.), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2001.
20. Glassman AH, Helzer JE, Covey LS, Cottler LB, Stetner F, Tipp JE, et al. *Smoking, smoking cessation, and major depression*. *JAMA* 1990; 264:1546-1549.
21. Gierisch JM, Bastian LA, Calhoun PS, McDuffie JR, Williams JW. *Comparative Effectiveness of Smoking Cessation Treatments for Patients With Depression: A Systematic Review and Meta-analysis of the Evidence*. Washington (DC), Department of Veterans Affairs, 2010.
22. Hitsman B, Borrelli B, McChargue DE, Spring B, Niaura R. *History of depression and smoking cessation outcome: a meta-analysis*. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71:657-663.
23. Siru R, Hulse GK, Tait RJ. *Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness: a review*. *Addiction* 2009; 104:719-733.
24. Prochaska JJ, Rossi JS, Redding CA, Rosen AB, Tsoh JY, Humfleet GL, Eisendrath SJ, Meisner MR, Hall SM. *Depressed smokers and stage of change: implications for treatment interventions*. *Drug Alcohol Depend* 2004; 76:143-151.

25. Kroon LA. Drug interactions with smoking. *Am J Health Syst Pharm* 2007; 64:1917-1921.
26. Selby P, Voci SC, Zawertailo LA, George TP, Brands B. Individualized smoking cessation treatment in an outpatient setting: Predictors of outcome in a sample with psychiatric and addictions co-morbidity. *Addict Behav* 2010; 35:811-817.
27. Banham L, Gilbody S. Smoking cessation in severe mental illness: what works? *Addiction* 2010; 105:1176-1189.
28. Moss TG, Weinberger AH, Vessicchio JC, Mancuso V, Cushing SJ, Pett M, et al. A Tobacco Reconceptualization in Psychiatry (TRIP): towards the development of tobacco-free psychiatric facilities. *Am J Addict* 2010; 19:293-311.
29. Hitsman B, Moss TG, Montoya ID, George TP. Treatment of tobacco dependence in mental health and addictive disorders. *Can J Psychiatry* 2009; 54:368-378.
30. Olivier D, Lubman DI, Fraser R. Tobacco smoking within psychiatric inpatient settings: biopsychosocial perspective. *Aust N Z J Psychiatry* 2007; 41:572-580.
31. Hays JT, Ebbert JO. Adverse effects and tolerability of medications for the treatment of tobacco use and dependence. *Drugs* 2010; 70:2357-2372.
32. George TP, Vessicchio JC, Sacco KA, Weinberger AH, Dudas MM, Allen TM et al. A placebo-controlled trial of bupropion combined with nicotine patch for smoking cessation in schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2008; 63:1092-1096.
33. Weiner E, Ball MP, Summerfelt A, Gold J, Buchanan RW. Effects of sustained-release bupropion and supportive group therapy on cigarette consumption in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2001; 158:635-637.
34. Torrens M, Fonseca F, Mateu G, Farre M. Efficacy of antidepressants in substance use disorders with and without comorbid depression: a systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend* 2005; 78:1-22.
35. Williams JM, Steinberg MB, Steinberg ML, Gandhi KK, Ulpe R, Foulds J. Varenicline for tobacco dependence: panacea or plight? *Expert Opin Pharmacother* 2011; 12:1799-812.
36. Dutra SJ, Stoeckel LE, Carlini SV, Pizzagalli DA, Evins AE. Varenicline as a smoking cessation aid in schizophrenia: effects on smoking behavior and reward sensitivity. *Psychopharmacology (Berl)* 2012; 219:25-34.
37. Steinberg ML, Ziedonis DM, Krejci J, Brandon TH. Motivational interviewing with personalized feedback: a brief intervention for motivating smokers with schizophrenia to seek treatment for tobacco dependence. *J Consult Clin Psychol* 2004; 77:723-728.
38. Haas AL, Muñoz RF, Humfleet GL, Reus VI, Hall SM. Influences of mood, depression history, and treatment modality on outcomes in smoking cessation. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72:563-570.
39. Hall SM, Tsoh JY, Prochaska JJ, Eisendrath S, Rossi JS, Redding CA, et al. Treatment for cigarette smoking among depressed mental health outpatients: a randomized clinical trial. *Am J Public Health* 2006; 96:1808-1814.
40. Burton SM, Tiffany ST. The effect of alcohol consumption on craving to smoke. *Addiction* 1997; 92:15-26.
41. Hall SM, Prochaska JJ. Treatment of smokers with co-occurring disorders: Emphasis on integration in mental health and addiction treatment settings. *Annu Rev Clin Psychol* 2009; 5:409-431.