

ЛЕЧЕНИЕ ТАБАКОЗАВИСИМОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Лазебник Л.Б., Фирсова Л.Д., Сафонова О.В., Котельникова А.В.

ГУ Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии ДЗ г. Москвы

Котельникова Анастасия Владимировна

111123, Москва, шоссе Энтузиастов, д. 86

Тел.: 8 (495) 303 1771

E-mail: pav-kotelnikov@yandex.ru

РЕЗЮМЕ

Целью настоящего исследования явилось повышение эффективности борьбы с табакокурением путем совершенствования методов лечения табачной зависимости.

В статье представлены данные о результатах применения различных методов лечения табачной зависимости у 135 больных с заболеваниями органов пищеварения. В качестве наиболее эффективного обозначен комплексный подход, сочетающий в себе психотерапевтические и физиотерапевтические методики.

Отдельно проанализированы возможные причины отсутствия должного эффекта лечения: резкая степень выраженности синдрома отмены табака, неадекватный уровень первичной мотивации отказа от курения, преморбидные особенности личности, патологический вариант реагирования на болезнь.

Ключевые слова: табакокурение; МДМ-терапия; психотерапия; комплексный подход.

SUMMARY

The purpose of this study was to increase the effectiveness of tobacco control by improving the treatment of tobacco dependence. The article presents the data results of different methods of treatments of tobacco dependence among 135 patients with digestive diseases. As the most effective is a comprehensive approach combining psychotherapy and physiotherapy methods is designated.

The possible reasons of due treatment effect absence are separately analysed: a sharp severity of tobacco withdrawal syndrome, inadequate primary motivation of smoking refusal, premorbid personality characteristics, a pathological variant of response to disease.

Keywords: tobacco; MDM therapy; psychotherapy; a comprehensive approach.

Отказ от табакокурения как ведущая устраняемая причина смертности населения является в настоящий момент одной из наиболее важных задач современного здравоохранения. Данные статистических опросов показывают, что подавляющее большинство постоянно курящих хотели бы отказаться от этой пагубной привычки, однако самостоятельно преодолеть зависимость многим из них не удастся. Неблагоприятные последствия употребления табака, а также резистентность некоторых форм табачной зависимости побуждают к разработке, совершенствованию и внедрению в практику различных методов лечения.

Цель исследования — повышение эффективности борьбы с табакокурением путем совершенствования методов лечения табачной зависимости.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В лаборатории клинической психологии ЦНИИ гастроэнтерологии за период с сентября 2006 года по февраль 2010 года пролечено 387 больных. Из общего числа больных путем уменьшения численности в соответствии со статистическими критериями равнозначности по полу, возрасту и «статусу курильщика» сформированы три группы общей численностью 135 больных: 91 мужчина и 44 женщины, средний возраст $41,4 \pm 13,8$ года. Больные первой группы ($n = 44$) лечились психотерапевтическими методами (краткосрочная личностно-ориентированная и поведенческая психотерапия, аутогенная тренировка), больные второй группы ($n = 33$) назначалась физиотерапия с применением метода

мезодиэнцефальных модуляций (МДМ-терапия), оказывающего воздействие на срединные структуры головного мозга слабым электрическим сигналом с определенными параметрами); больные третьей группы ($n = 58$) получали комплексное лечение, включавшее психотерапию и физиотерапию.

На этапе диагностического обследования были использованы анкеты для определения «статуса курильщика» (эпизодическое, регулярное привычное, регулярное зависимое, пристрастное курение) и для оценки мотивации к отказу от курения; тест Фагерстрема, измеряющий степень табачной зависимости; тест СМОЛ (сокращенная методика обследования личности — В.П. Зайцев, 1980); ЛОБИ (личностный опросник Бехтеревского института, предназначенный для определения типа отношения больного к своему заболеванию — Л.И. Вассерман, 1987).

Эффективность проведенного лечения оценивалась итоговым причислением больных к одной из групп: «отказались от курения», «сократили количество выкуриваемых сигарет», «продолжили курить».

Статистическая обработка полученных данных производилась при помощи программного пакета *Statistica 6.0* и включала анализ значимости различий (критерии Крускала–Уоллиса и Манна–Уитни), корреляционный анализ по Спирмену, статистику Фишера для оценки частоты встречаемости.

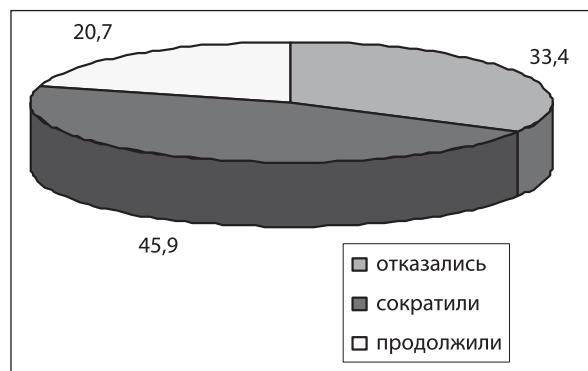


Рис. 1

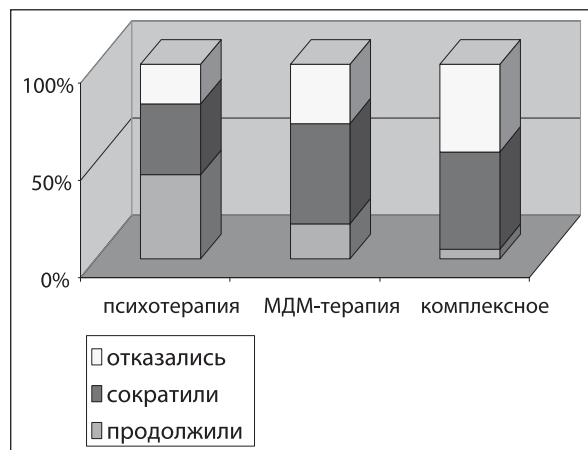


Рис. 2. Эффективность лечения в исследовательских группах

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Из 135 больных, получавших различные виды лечения табачной зависимости, полностью отказались от курения 33,4% (45 больных); сократили количество выкуриваемых сигарет 45,9% (62 больных); продолжили курение в прежнем объеме 20,7% (28 больных). Графическая иллюстрация описанных результатов приведена на *рис. 1*.

Полученный результат в целом соответствует имеющимся в литературе данным о невысокой (от 17 до 45%) эффективности лечения табачной зависимости (N. Nymowitz, 1984; G. Hughes, 1981; R. Benfari, 1984; Л.В. Гринченко, 1984; С.П., Олейников 1981; О.И. Сперанская, 2007).

Применение сравнительного анализа эффективности проведенного лечения в исследовательских группах позволило оценить преимущества различных подходов к лечению табачной зависимости (*рис. 2*).

В первой группе (психотерапевтическое лечение) из 44 больных полностью отказались от курения 9, что составило 20,5%; значительно сократили количество выкуриваемых сигарет 16 (36,4%); вернулись к курению, отказавшись от продолжения лечения, 19 (43,2%).

Во второй группе (физиотерапевтическое лечение) из 33 больных полностью отказались от курения 10 (30,3%); сократили количество выкуриваемых сигарет 17 (51,5%); приняли решение о прекращении лечения 6 (18,2%).

В третьей группе (комплексное лечение) из 58 больных полностью отказались от курения 26 (44,8%); значительно сократили количество выкуриваемых сигарет 29 (50,1%) и только 3 (5,1%) вернулись к курению табака.

Как следует из представленных данных, полностью отказались от курения в первой группе 20,5% больных, во второй группе — 30,3% больных, в третьей группе — 44,8% больных.

Поскольку эффективность лечения в настоящем исследовании оценивалась как метрическая переменная, к полученным данным был применен анализ значимости различий с использованием теста Крускала–Уоллиса, зафиксировавший наличие значимых различий в эффективности лечения табакокурения между исследовательскими подгруппами на высоком уровне статистической значимости ($p = 0,0002$).

Дальнейшее попарное сравнение эффективности проведенного лечения в исследовательских группах с использованием критерия Манна–Уитни выявило следующее: наиболее эффективным методом лечения табачной зависимости является комплексное лечение, включающее и психотерапию, и физиотерапию; при этом эффективность

комплексного лечения превышает эффективность психотерапии на высоком уровне статистической значимости $p = 0,0001$, а эффективность изолированного физиотерапевтического лечения — на уровне $p = 0,098$.

Таким образом, описанные выше результаты позволяют сделать вывод о преимуществе комплексного подхода, сочетающего методы психотерапевтической коррекции и МДМ-терапии, при лечении табачной зависимости у больных с хроническими заболеваниями органов пищеварения.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИЧИН НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

В целом по выборке ($n = 135$) отсутствие эффекта лечения констатировано в 20,7% случаев: 28 больных на разных этапах терапии отказались от ее продолжения и вернулись к курению табака.

В зависимости от использованного метода лечения табакокурения этот показатель составил: в первой группе (психотерапевтическое лечение) — 43,2%, во второй группе (физиотерапевтическое лечение) — 18,2%, в третьей группе (комплексное лечение) — 5,2%. Статистика Фишера достоверно отличает исследовательские группы по процентной доле неэффективности проведенного лечения: психотерапевтическое — физиотерапевтическое ($p = 0,02$), психотерапевтическое — комплексное ($p = 0,0000$), физиотерапевтическое — комплексное ($p = 0,05$). Таким образом, недостаточная эффективность лечения в случае комплексного подхода достигается значимо реже, чем при изолированном применении психотерапии или МДМ-терапии.

На основании изучения литературных данных и собственных клинических наблюдений при анализе причин отсутствия эффекта лечения в настоящем исследовании акцент был сделан на некоторых аспектах личности больного, препятствующих излечению. В качестве значимых факторов нами были выделены недостаточная первичная мотивация к отказу от курения, тип реагирования на основное заболевание, особенности актуального психического статуса.

Применение к полученным данным процедуры линейной регрессии позволило выявить значимость влияния на эффективность лечения табачной зависимости взаимодействия уровня первичной мотивации больного к отказу от курения и степени табачной зависимости от табака, измеренной тестом Фагерстрема. Получены следующие показатели соответствия: $R = 0,81$, $R^2 = 0,66$; $F(2,131) = 126,8$, $p < 0,0000$. Уровень статистической значимости и значения beta-коэффициентов представлен в *табл. 1*.

Уравнение регрессии, таким образом, имеет вид:
 «Эффективность» = $0,61 \times$ Уровень первичной мотивации к отказу от курения – $0,55 \times$ Степень физиологической зависимости от табака

Описанные результаты свидетельствуют о том, что эффективность лечения напрямую зависит от уровня первичной мотивации больных к участию

в лечебно-реабилитационных мероприятиях по отказу от курения и степени физиологической зависимости от табака. Полученные в настоящем исследовании результаты в целом соотносятся с упомянутыми выше литературными данными и подтверждают предположение о важности мотивации больного при лечении табачной зависимости.

Корреляционное исследование связи эффективности лечения табачной зависимости с характеристиками актуального психического статуса больных, измеренными методикой СМОЛ, выявило отрицательные связи личностных особенностей и эффективности лечения по двум субшкалам («соблюдение социально приемлемых норм и правил» и «ригидность установок») на уровне статистической достоверности и по двум — на уровне тенденции («демонстративность поведения» и «психастения»).

- 4-я шкала СМОЛ характеризует степень соответствия поведения социально приемлемым нормам и правилам. Связь отрицательная: чем выше показатель по этой шкале, тем ниже эффективность проведенного лечения. В рассматриваемом контексте это означает чрезмерную ориентацию в поведении больных на собственную систему взглядов. Люди такого склада могут отказаться от курения только в том случае, когда сами твердо убеждены в необходимости этого шага. При недостатке мотивации поддержка окружающих и, в частности, психотерапевта не является значимой для больного, что затрудняет формирование удовлетворительного рабочего альянса и поэтому не приводит к ожидаемому результату.
- 6-я шкала СМОЛ свидетельствует о наличии у больных ригидных установок в трактовке происходящего. Высокие показатели по этой шкале соотносятся в настоящем исследовании с низкой результативностью при лечении табакокурения: по всей видимости, несмотря на декларацию принятого решения по отказу от курения, действительная мотивация больных в данном случае остается непроявленной, что подтверждается выявленной корреляционным анализом отрицательной связью ригидности установок и уровня первичной мотивации ($R = -0,18$, $p = 0,04$). Осознаваемые, частично осознаваемые, а

Таблица 1

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕГРЕССИОННОГО АНАЛИЗА		
N = 135	Beta	p
Intercept		0,22
Уровень первичной мотивации к отказу от курения	0,61	0,0000
Степень физиологической зависимости от табака	-0,55	0,0000

также стереотипные установки таких больных создают сопротивление терапии и с трудом поддаются коррекции.

- 3-я шкала СМОЛ характеризует выраженность демонстративного поведения. Выявленная связь характеризуется уровнем отрицательной статистической тенденции. Поскольку демонстративность является личностной чертой, проявляющейся в стремлении привлечь к себе внимание, можно предположить, что в данном случае больные могут начать психотерапевтическую работу по отказу от курения, не имея достаточно серьезных намерений, а привлекая к себе внимание приветствующих это начинание врача и близких людей.
- 7-я шкала СМОЛ свидетельствует о фиксации тревоги и наличии ограничительного поведения. Высокие показатели по этой шкале характеризуют тревожно-мнительную акцентуацию характера, проявляющуюся в склонности к навязчивому беспокойству, напряженности, нерешительности, низкой стрессоустойчивости. Ведущим механизмом психологической защиты в данном случае является ограничительное поведение и ритуальные действия, к числу которых, по всей видимости, относится и курение табака. Описанные результаты корреляционного анализа приведены в *табл. 2*.

Клинические наблюдения свидетельствуют о том, что практически все больные знают о вреде курения. Логично предположить, что отношение больных к болезни и здоровью в целом включает в себя и компонент отношения к табакокурению как фактору, приносящему вред здоровью.

Отношение больного к заболеванию, послужившему поводом для госпитализации, рассмотрено в настоящем исследовании в рамках концепции нозогений (Исаев, 2001) — психогенных реакций, обусловленных психотравмирующим воздействием

соматического заболевания. Реакция на болезнь рассматривалась как нормозогнозическая — достаточно серьезное отношение к заболеванию, без преувеличения его значимости (14,1% больных); гипозогнозическая — стремление к отрицанию значимости заболевания (34,0% больных) или гипернозогнозическая — преувеличение тяжести заболевания, эмоциональная напряженность, неверие в успех лечения (51,9% больных). Описательная статистика сравнительной эффективности лечения табакокурения в группах больных в сопоставлении с типом реакции на основное заболевание представлена в *табл. 3*.

При сравнительном анализе представленности типов реагирования на болезнь в группах больных, отказавшихся от курения ($n = 45$) и вернувшихся к курению в полном объеме ($n = 28$), статистикой Фишера были выявлены статистически достоверные различия в частоте встречаемости нормозогнозического (адекватного, непатологического) реагирования на болезнь ($p = 0,02$). В группе больных, полностью отказавшихся от курения, нормозогнозическая реакция наблюдалась у 11 (24,4%) из 45 больных, в группе продолживших курение — только у 1 больного (3,6%) из 28. Патологическое реагирование на болезнь в группе отказавшихся от курения присутствовало у 34 (75,6%) из 45 больных, в группе продолживших курение соответствующий показатель составил 96,4% (27 из 28 больных). Различий в структуре патологического (гипозогнозического и гипернозогнозического) реагирования обнаружено не было. Графическая иллюстрация описанного результата приведена на *рис. 3*.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что патологический вариант реагирования на болезнь может служить препятствием в достижении максимальной эффективности лечения табачной зависимости.

Таблица 2

ЗНАЧЕНИЯ КОЭФИЦИЕНТА КОРРЕЛЯЦИИ СПИРМЕНА, ОТРАЖАЮЩИЕ СВЯЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТАБАКОКУРЕНИЯ И ХАРАКТЕРИСТИК АКТУАЛЬНОГО ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ (N = 135)			
№	Субшкалы СМОЛ	R	p
1	Ипохондрия	-0,03	0,71
2	Депрессивные тенденции	-0,14	0,11
3	Демонстративность поведения	-0,15	0,09
4	Соблюдение социально приемлемых норм и правил	-0,17*	0,05
6	Ригидность установок	-0,21**	0,01
7	Фиксация тревоги	-0,15	0,08
8	Интровертированность	-0,09	0,29
9	Активность, энергичность	0,02	0,86

Примечание: статистические показатели, значимые на уровне $p \leq 0,05$, отмечены знаком *, $p \leq 0,01$ — знаками **.

Таблица 3

ОПИСАТЕЛЬНАЯ СТАТИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТАБАКОКУРЕНИЯ В СОПОСТАВЛЕНИИ С ТИПОМ РЕАКЦИИ НА ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ (N = 135)			
Реакция на болезнь	% эффективности		
	вернулись к курению в полном объеме	сократили количество сигарет	отказались от курения
Нормозогнозическая, n = 19	5,3	36,8	57,9
Гипозогнозическая, n = 46	28,3	43,4	28,3
Гипернозогнозическая, n = 70	20	50	30

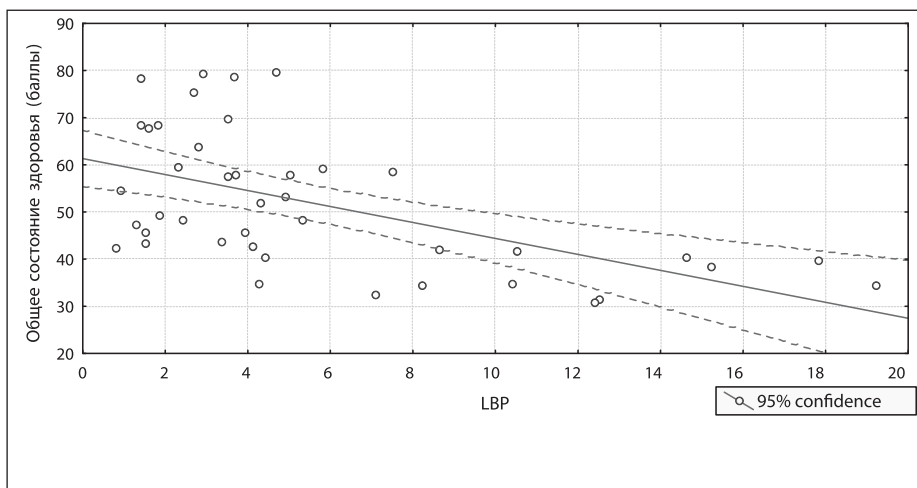


Рис. 3. Эффективность табакокурения в сопоставлении с типом реагирования на основное заболевание

ВЫВОДЫ

1. Непосредственный результат лечения табачной зависимости составил 33,4% больных.
2. Эффективность лечения отличалась при различных подходах к терапии: наиболее эффективным (44,8%) является комплексное лечение, сочетающее психотерапевтические и физиотерапевтические методики; психотерапия и физиотерапия, назначаемые

изолированно, эффективны соответственно в 20,5% и 30,3% случаев.

3. В качестве возможных причин неэффективности лечения следует рассматривать следующие обстоятельства: резкая степень выраженности синдрома отмены табака, неадекватный уровень первичной мотивации для отказа от курения, преморбидные особенности личности, патологический вариант реагирования на болезнь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.В., Вукс А.А. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни. — Л., 1987.
2. Гринченко Л.В., Звягинцев В.И. Лечение и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в санаторно-курортных учреждениях. — М., 1984. — С. 19–22;
3. Зайцев В.П. Вариант психологического теста Mini-Mult // Психолог. журн. — 1981. — № 3. — С. 118–123.
4. Олейников С.П. Борьба с курением при проведении многофакторной профилактики ишемической болезни сердца: дис. ... канд. мед. наук. — М., 1981. — 218 с.
5. Сперанская О.И. Терапевтическая резистентность при табачной зависимости // Профилактика и лечение табачной зависимости — приоритетные направления современной медицины / Мат. 7-й Моск. гор. научно-практ. конф., 2007.
6. Benfari R., Eaker E. // J. Clin. Psychol. — 1984. — Vol. 40, № 4. — P. 1089–1097.
7. Hughes G., Hymowitz N., Ockene J. et al. // Prevent. Med. — 1981. — Vol. 10, № 4. — P. 476–500.
8. Hymowitz N., Laquatra I., Karl S. // J. Med. Soc. N. J. — 1984. — Vol. 81, № 6. — P. 487–490.