

УДК 618.2/4+613.84-0.55.2

ПСИХОЛОГИЯ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ У КУРИЛЬЩИКОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ¹

© 2006 А.В. Дзюбайло²

Исследована взаимосвязь степени никотиновой зависимости от непрерывного стажа курения. Выявлен уровень мотивации до и после лечения у курильщиков с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) с различной степенью никотиновой зависимости. Оптимизированы принципы психологического подхода к лечению курильщиков с различной степенью никотиновой зависимости.

Введение

Достижения современной медицины значительно повысили роль личности и психосоциальных факторов в развитии и течении патологических расстройств. В терапии все большее значение приобретают личностный подход, организация новых форм помощи пациентам, развитие новых методов психотерапии и реабилитации больных [1, 2].

Возрастающая в связи с этим необходимость более глубокого медико-психологического подхода к решению задач современной лечебной практики делает актуальным исследование в области такого важного раздела медицинской психологии, как психология лечебного процесса [3].

Системный анализ позволяет продуктивно рассматривать психологию больного не только как субъекта болезни, но и как субъекта лечебного процесса, участвующего в нем, переживающего и влияющего на его эффективность. Болезнь как стрессовая ситуация в жизни пациента активизирует систему значимых отношений, высших регуляторных механизмов, проявляющихся в условиях болезни и лечения, с одной стороны, в характерных способах восприятия, переживаний и оценок, а с другой стороны — в особенностях приспособительного поведения. Знание и учет этих механизмов реагирования на болезнь и терапию могут повысить эффективность последней, способствовать выбору наиболее точных направленных способов лечебного воздействия.

¹ Представлена доктором медицинских наук, профессором И.Г. Кретовой.

² Дзюбайло Анна Владимировна, кафедра профессиональных болезней и клинической фармакологии Самарского государственного медицинского университета. 443099, Россия, Самара, ул. Чапаевская, 89.

Существенным элементом лечебного процесса, влияющим на успешность терапии любого заболевания, является отклик пациента на врачебное вмешательство — COMPLAINS [4, 5].

Учет психологического статуса пациентов позволяет более глубоко оценить эффективность терапии и прогноз. Наиболее адекватным является подход, учитывающий три критерия рассмотрения терапевтической динамики: соматическую, психологическую и социальную [6-8].

Процесс лечения любого заболевания отражает в большей или меньшей мере действие ряда психологических факторов, оказывающих положительное или отрицательное влияние на его эффективность [9-11].

Психологические факторы, влияющие на эффективность терапии, могут быть различными в зависимости от применения врачом в комплексном лечении общепсихотерапевтического подхода или специальных методов психотерапии. В процессе лечения любого заболевания могут проявляться неспецифические психологические факторы, определяющие успешность терапии: ожидания и плацебо-эффекты, информация и эмоциональная поддержка, сходство и совместимость позиций врача и пациента относительно болезни, лечения и контакта между ними. Эти факторы отражают особенности психотерапевтического подхода. Пациент в ходе лечения может испытывать целый комплекс ожиданий, связанных с надеждой на возможность излечения и верой в медицину, в лечебные методы врача, а также с представлениями о предполагаемых переменах в его жизни. Врачу важно всячески подкреплять положительные ожидания, веру и надежду больного. Уже на первой встрече полезно выяснить у больного его ожидания, и в случае неадекватного характера следует их учесть с целью переориентации в нужном направлении в процессе лечения. Плацебо-эффект — это фактор популярности любого из лечебных методов независимо от его подлинного действия. Однако положительное действие плацебо-эффекта зависит от характера терапевтической среды и поведения врача [12-15].

Реализация ожиданий пациента, связанных с надеждой на успех лечения, как положительный плацебо-эффект зависит от умения врача усилить эти ожидания. В начальном периоде существенную роль играет информация, касающаяся, прежде всего, причин заболевания, методов лечения. Сообщение больному диагноза, результатов исследования и прогноза терапии требует во всех случаях дифференцированного подхода с учетом характера заболевания и личности пациента. Информация должна даваться лишь в том объеме и той форме, которые могли бы повысить его мотивацию к лечению. Наряду с несением информации пациенту врач должен иметь “обратную связь” с ним для положительного эффекта от лечения. Эмоциональная поддержка может выступать в качестве своеобразного “психологического костыля” для больного. При этом особое значение приобретает невербальное поведение врача. Психологическая совместимость врача и больного как один из феноменов межличностного общения может рассматриваться в качестве характеристики их взаимного приспособления, влияющей на ход лечебного процесса [16-18].

Проблема табакокурения — это айсберг, верхушкой которого является стандартное общественное восприятие курения как привычки, достаточно безобидной или связанной с возможным и весьма неопределенным риском для здоровья.

В настоящее время курение — самый распространенный вид легализованной наркомании во всем мире. Табачная зависимость — это хроническое заболевание, которое значительно влияет на заболеваемость и преждевременную смертность более чем 20 различных болезней [19-21].

Курение детей и подростков является особым аспектом проблемы табакокурения как в эпидемиологическом, так и медико-социальном отношении. Детский и подростковый возраст — это, как правило, период приобщения к курению.

На курение подростков оказывают влияние такие факторы, как реклама и цена табачных изделий. Так, по данным В.Н. Мальцева с соавторами, основным мотивом первой выкуренной сигареты у школьников является “любопытство”, которое, несомненно, свойственно молодому человеку, познающему мир и самоутверждающемуся в нем. Озабоченность детей и подростков о том, как определить свой образ и стиль жизни, и делает их восприимчивыми к рекламе табака.

Известно, что во всех случаях запрета рекламы табачных изделий отмечается закономерное уменьшение потребления их, прежде всего в молодежной среде.

Наиболее серьезным хроническим последствием потребления никотина является зависимость. Как только человек становится курильщиком, бывает физически и психологически трудно расстаться с этой привычкой. Помимо того, что оно вызывает физиологическую зависимость, курение сигарет может также давать желаемое психологическое удовлетворение потребностей. Все это вместе взятое совместно с часто повторяемыми ритуалами зажигания сигарет и затягивания дымом приводит к тому, что курение становится весьма навязчивым поведением [22-24].

В развитии самой табачной зависимости можно выделить как психологический, так и фармакологический компоненты. В связи с развитием абстинентного синдрома во время отказа от курения многие пациенты нуждаются в специальной медицинской помощи. По данным НИИ пульмонологии МЗ РФ, лечение табачной зависимости должно основываться на принципах межличностного контакта врача и пациента, существенная роль отводится применению никотинсодержащих препаратов.

Цель исследования: оптимизация диагностики и лечения табачной зависимости у курильщиков с ХОБЛ на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Задачи исследования:

1. Определение на амбулаторном этапе у курильщиков методами анкетирования (сбора анамнеза), клинико-лабораторных обследований, компьютерной спирографии степени и стажа никотиновой зависимости.
2. Проведение курса лечения табачной и никотиновой зависимости по программе, предложенной НИИ пульмонологии РФ, а также лечения ХОБЛ согласно стандартам терапии.
3. Оценка оптимально эффективной и выгодной терапии никотиновой зависимости на амбулаторном этапе: доказать повышение уровня мотивации к лечению, а следовательно повышение качества жизни больных.

Материал и методы

В условиях городской клинической поликлиники №15 г. Самары в ходе 6-месячного открытого контролируемого рандомизированного исследования был обследован 151 пациент. Из них 140 страдали ХОБЛ, группу из 11 человек составили курящие беременные женщины, у которых обнаружены изменения лабораторных показателей и снижение параметров функции внешнего дыхания. Больные ХОБЛ были отобраны по клинико-эпидемиологическому критерию: выявлению главных клинических признаков болезни с учетом основного фактора риска — курения, функциональных показателей и лабораторных данных, а также исключению заболеваний, протекающих со сходной симптоматикой. Из них 75 пациентов обоего пола в возрасте от 18 до 79 лет — курильщики с различным стажем. Вторую группу составили 65 больных с ХОБЛ, не курящие, однако имеющие факторы риска ХОБЛ.

Отбор пациентов для исследования проводился методом случайной выборки, отвечающей требованиям репрезентативности по отношению к изучаемой совокупности.

Контрольную группу составили 40 практически здоровых некурящих мужчин и женщин в возрасте от 21 до 63 лет. Всем пациентам были проведены клинико-лабораторное, функциональное обследование и лечение, соответствующие протоколам “единого подхода к диагностике и лечению неспецифических заболеваний легких” [1, 11].

Для характеристики степени тяжести (стадии) заболевания учитывались рекомендации отечественных исследователей [17] и Европейского респираторного общества.

Все курильщики прошли программу тестирования, предложенную академиком А.Г. Чучалиным, Г.М. Сахаровой, К.Ю. Новиковым, разработанную НИИ пульмонологии РФ для программы лечения табачной зависимости. Проводилась оценка степени никотиновой зависимости, рассчитывался индекс курильщика.

В качестве терапии были предложены пациентам селективный М-холин-облокатор ипратропиума бромид (Атровент Н) и препарат НЗТ - “Никоретте” в виде жевательной резинки и ингалятора, содержащие 2 и 4 мг никотина.

Все исследования и оценку общего состояния пациентов проводили в динамике: до и после лечения.

Оценка курения как фактора риска развития заболевания ХОБЛ является ведущей, играет немаловажную роль в мотивации пациента к отказу от курения и в лечении хронической обструктивной болезни легких [11]. Исследование статуса курения включает изучение риска развития заболеваний в результате табакокурения, оценку степени никотиновой зависимости, мотивации отказа от курения, оценку мотивации курения.

В рамках программы GOLD (global obstructive lung disease) получил развитие проект по табакокурению. Современное требование при обследовании больных с ХОБЛ — правильная постановка диагноза курящего человека. Диагноз должен учитывать стаж курения (пачка/лет), индекс курящего человека (число сигарет, выкуриваемых за сутки, умноженное на 12). Если индекс курильщика превышает 140, это свидетельствует о высоком риске развития ХОБЛ.

Статистическая обработка результатов проведена параметрическими и непараметрическими методами. Перед применением всех методов статистического исследования проверялось, подчиняется ли выборка гауссовскому (нормальному) закону распределения. Закон распределения определялся при помощи критериев нормальности Колмогорова-Смирнова и Лиллиефорса, одновыборочного теста нормальности W Шапиро-Уилко. Переменные, подчиняющиеся нормальному закону распределения, подвергались анализу с использованием дисперсионного, факторного и дискриминантного анализов. Нелинейные связи бинарных признаков с количественными и/или качественными признаками оценивались при помощи логистической регрессии.

Результаты и их обсуждение

Результаты проведенного исследования показали, что средний индекс курильщика у исследуемых мужчин составил — 213,3; небеременных женщин — 194,4; беременных — 148,8. На момент наступления беременности отмечалась тенденция к снижению количества выкуриваемых сигарет. Однако даже при этом индекс курения превышал индекс высокого риска развития хронической обструктивной болезни легких. Стаж курения рассчитывался на годы не прекращаемого курения. У курильщиков-мужчин он составил 21,4 года, у курящих женщин — 11,9 года, у беременных курильщиц — 5,8 лет.

В результате проведенных исследований нами установлено, что развитие никотиновой зависимости прямо пропорционально непрерывному стажу курения (табл. 1).

Таблица 1

Вероятность формирования никотиновой зависимости у мужчин и женщин

Объясняемый признак: Да («Никотиновая зависимость»); объем: 73					
Детерминации	Объясняющие признаки	Характеристики правил			
	Пол	ПЗ ¹	ВД ²	Σпр ³	Σпд ⁴
1	М	0,43	0,47	79	34
2	Ж	0,54	0,53	72	39
Суммарные характеристики системы детерминаций		0,48	1,00	151	73
Пороги:		0 ≤ ПЗ ≤ 1 0 ≤ ВД ≤ 1			

Примечание. ¹ПЗ — прогностическая значимость, ²ВД — валидность, ³Σ_{пр} — количество применений, ⁴Σ_{пд} — количество подтверждений.

При этом возрастной интервал формирования никотиновой зависимости у женщин больше, чем у мужчин. Так, с вероятностью 81% никотиновая зависимость у женщин формируется в интервале 18-45 лет, в то время как у мужчин с вероятностью 83% — в интервале 21-27 лет (табл. 2).

Таблица 2

**Наиболее вероятный возрастной интервал формирования
никотиновой зависимости у мужчин и женщин**

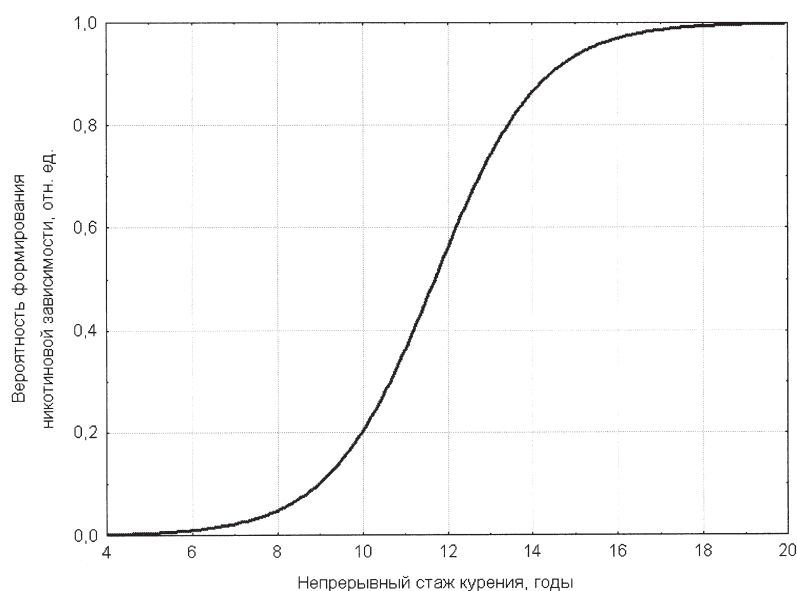
Объясняемый признак: Да («Никотиновая зависимость»); объем: 73, Оптимизируемая переменная: «Возраст»						
Детерминации	Объясняющие признаки		Характеристики правил			
	Пол	Возраст	ПЗ ¹	ВД ²	Σпр ³	Σпд ⁴
1	М	21-27	0,83	0,07	6	5
2	Ж	18-45	0,81	0,36	32	26
Суммарные характеристики системы детерминаций			0,82	0,21	38	31
Пороги:			0 ≤ ПЗ ≤ 1 0 ≤ ВД ≤ 1			

Примечание. ¹ПЗ – прогностическая значимость, ²ВД – валидность, ³Σ_{пр} – количество применений, ⁴Σ_{пд} – количество подтверждений.

При этом валидность признака у мужчин в пять раз меньше, чем у женщин, что может свидетельствовать о меньшей предрасположенности мужчин к формированию никотиновой зависимости.

Вместе с тем следует отметить, что у мужчин чаще формируется никотиновая зависимость высоких степеней (четвертая и выше) по сравнению с женщинами.

На рисунке представлены результаты исследования взаимосвязи непрерывного стажа курения со степенью никотиновой зависимости.



**Рис. Вероятность увеличения степени никотиновой зависимости
от непрерывного стажа курения**

Эта зависимость нелинейна и с высокой степенью статистической значимости ($\chi^2 = 12,2$, $p=0,0005$) описывается следующим логит-регрессионным уравнением (метод оценивания — квази-ньютоновский):

$$\text{ВНЗ}_p = \frac{e^{-9,46+0,81 \text{ СК}}}{1+e^{-9,46+0,81 \text{ СК}}}$$

где ВНЗ_p — вероятность формирования никотиновой независимости (отн. ед), СК — непрерывный стаж курения (годы), e — основание натурального логарифма.

Как следует из полученной модели, в среднем вероятность возникновения никотиновой зависимости с ростом стажа непрерывного курения увеличивается в интервале $0 \leq p \leq 100$. Эта вероятность резко нарастает в интервале 9–14 лет.

Проведен анализ динамики степени никотиновой зависимости в результате лечения у курящих мужчин и женщин до и после лечения (табл. 3).

Таблица 3

**Динамика степени никотиновой зависимости в результате лечения
у курящих мужчин и женщин до и после лечения**

Динамика степени никотиновой зависимости в результате лечения	Пол		
	М	Ж	Вся выборка
Абсолютные значения			
Исчезла	4	9	13
Уменьшилась	31	21	52
Без изменений	2	4	6
Увеличилась	2	0	2
Не было и нет	1	2	3
Вся выборка	40	36	76
Относительные значения, %			
Исчезла	10,0	25,0	17,1
Уменьшилась	77,5	58,3	68,4
Без изменений	5,0	11,1	7,9
Увеличилась	5,0	0,0	2,6
Не было и нет	2,5	5,6	3,9
Вся выборка	100,0	100,0	100,0

Нами проведен корреляционный анализ взаимосвязи степени никотиновой зависимости со стажем курения у курящих мужчин, курящих небеременных и беременных женщин (табл. 4) (ранговые корреляции Спирмена).

Таблица 4

Взаимосвязь степени никотиновой зависимости со стажем курения

Показатели	n	r	C
Мужчины	45	0,67	0,000
Женщины небеременные	30	0,80	0,000
Женщины беременные	11	0,81	0,003

Выводы

В результате работы была подтверждена значимость табакокурения, как экзогенного фактора риска развития ХОБЛ. Существенным элементом лечебного процесса является возросший уровень мотивации отказа от курения и в процессе лечения ХОБЛ снижения уровня потребления никотина. Учет психологического статуса курильщика позволил более глубоко оценить эффективность терапии и прогноз основного заболевания. Пациенты, для которых характерны значительные социальные интересы, активно взаимодействовали с врачом в процессе лечения. Важнейшей предпосылкой успешного преодоления болезни явилась выработка сознательной мотивации на активное лечение. Изменился стереотип ведения больных ХОБЛ врачами общей практики. Оптимизированы принципы лечения табачной зависимости.

Прекращение курения — одна из главных задач контроля над табаком и укрепления здоровья, включающая в себя разрушение, возникновение физической зависимости, привычки и модификацию усвоенного поведения. Курение является привычкой, которую очень трудно бросить, и лишь немногие курильщики успешно бросили курить, не сделав нескольких серьезных попыток.

Шансы на успех единичной попытки без помощи извне составляют не более чем 1 из 100.

Примером группы населения с высоким риском возобновления курения являются женщины после родов, которые бросили курить во время беременности. Как только внешний мотивационный фактор (младенец) отошел на второй план, не остается внутренних мотивационных факторов, чтобы справиться с повышенным уровнем стресса у матерей новорожденных. Очень важно понять, что курильщикам для успешного прекращения курения может потребоваться три-четыре попытки.

Болезнь меняет динамику и структуру мотивационной сферы личности, систему ее отношений и ценностей. Важным является вскрытие потребностей, лежащих в их основе.

Задачей терапии с точки зрения влияния врача на самосознание больного является улучшение его способности к самообладанию, активному противодействию курения. Активная жизненная позиция и, соответственно, интенсивное противодействие, как правило, основаны на интересе общества.

Пациенты, для которых характерны значительные социальные интересы, активно взаимодействуют с врачом в процессе лечения. При их отсутствии перед врачом встают и медико-педагогические проблемы. Важнейшей предпосылкой успешного лечения является выработка сознательной мотивации на активное преодоление болезни.

Литература

- [1] Айсанов, З.Р. Стратегия ранней диагностики ХОБЛ / З.Р. Айсанов // Consilium medicum. — 2003. — №3. — С. 8-9.
- [2] Ноников, В.Е. Хроническая обструктивная болезнь легких: современные подходы к терапии / В.Е. Ноников // Consilium medicum. — 2001. — №12. — С. 584-587.

- [3] Ad Hoc Inter-Agency Task Force on Tobacco Control (Report of the Secretary – General on substantive session of 2000, New York, 5 July -1 August, 2000), E/2000/21. Economic and Social Council, United Nations, 2000. – 23 p.
- [4] Mortality from smoking in developed countries, 1950-2000 / R. Peto [et al.] – Oxford Medical Publications, 1994.
- [5] Shiffman, S. Tobacco dependence treatments: review and prospectus / S. Shiffman, K.M. Masson, J.E. Henningfield // Ann. Rev. Publ. Health. – 1998. – Vol. 19. – № 2. – P. 335-358.
- [6] Cancel control Objectives for the Nation: 1985-200. NCI Monographs. – 1986. – №2. – P. 3-5.
- [7] Hughes, J.R. Four beliefs that may impede progress in the treatment of smoking / J.R. Hughes // Tob. Control. – 1999. – №8. – P. 323-326.
- [8] Our healthier nation: are general practitioners willing and able to deliver? A survey of attitudes to and involvement in health promotion and lifestyle counseling / B.H. NcAvoy [et al.] // Brit. J. Gen. Pract. – 1999. – Vol. 49. – P. 187-190.
- [9] Вихирева, О.В. Современные медикаментозные методы лечения табачной зависимости (обзор литературы) / О.В. Вихирева // Профилактика заболеваний и укрепл. здоровья. – 2002. – № 3. – С. 35-42.
- [10] Кокосов, А.Н. Хронический бронхит и обструктивная болезнь легких: аналитический очерк / А.Н. Кокосов // Терапевтический архив. – 2000. – №3. – С.75-77.
- [11] Чучалин, А.Г. Клинические рекомендации по хронической обструктивной болезни легких / А.Г. Чучалин. – М., 2001. – 48 с.
- [12] Камардина, Т.В. Причины, препятствующие успешному отказу от курения / Т.В. Камардина, И.С. Глазунов // Профилактика заболеваний и укрепл. здоровья. – 2002. – № 3. – С. 28-31.
- [13] Экономика контроля над табаком в Украине с точки зрения общественного здравоохранения / К. Красовский [и др.]. – К.: Полиграфцентр ТАТ, 2002. – 145 с.
- [14] Холмогорова, Г.Т. Третья Европейская конференция “Табак или здоровье”. Устранить разногласия – солидарность для здоровья / Г.Т. Холмогорова // Профилактика заболеваний и укрепл. здоровья. – 2002. – № 5. – С. 46-47.
- [15] Хронические обструктивные болезни легких. Федеральная программа. – М., 1999. – 40 с.
- [16] Динамика эпидемиологических условий формирования сердечно-сосудистых заболеваний в Украине (20-летнее наблюдение) / И.П. Смирнова [и др.] // Укр. кардіол. журн. – 2002. – № 4. – С. 97-102.
- [17] Шмелев, Е.И. Лечение обострений хронической обструктивной болезни легких / Е.И. Шмелев // Consilium medicum. – 2002. – С.23-26 (Приложение).
- [18] Doll, R. Review: Fifty years of research on tobacco / R. Doll // J. Epidemiol. Biostat. – 2000. – Vol. 5. – № 5. – P. 321-329.
- [19] Федосеев, Г.Б. Хронический бронхит / Г.Б. Федосеев // Новости фармакотерапии. – 2000. – №7. – С. 11-19.

- [20] A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation / R.D. Hurt [et al.] // New Engl. J. Med. — 1997. — Vol. 37. — № 17. — P. 1195-1202.
- [21] Tobacco Control Can Prevent Millions of Death in Eastern Europe and Central Asia. News Release N 99/2209/ECA. The World Bank Group, 2000. — 17 p.
- [22] Lancaster, T. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library / T. Lancaster [et al.] // Brit. Med. J. — 2000. — Vol. 321. — №7257. — P. 355-358.
- [23] Management of hypertensive patient who smoke / H. Pardell [et al.] // Drugs. — 1998. — Vol. 56. — № 2. — P. 177-187.
- [24] 18 United Nations Statistics Division. [http:// www.who.un.org](http://www.who.un.org) (Depts/unsd/social/html).

Поступила в редакцию 14.08.2006;
в окончательном варианте — 7.09.2006.

PSYCHOLOGY OF A TREATMENT PROCESS OF THE NICOTINE DEPENDENCE OF SMOKING MEN WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONALE DISEASE³

© 2006 A.V. Dzyubailo⁴

The correlation of the nicotine dependence from unremitting length of smoking is studied. The level of the motivation before and after illness at the patients having nicotine dependence with of COID (Chronic obstructive lung diseases) is analyzed. The most important principles of the psychological approach to a treatment of the smoking men with the different level of the nicotine dependence are discussed.

Paper received 14.08.2006.
Paper accepted 7.09.2006.

³ Communicated by Dr. Sci. (Med.) Prof. I.G. Kretova.

⁴ Dzyubailo Anna Vladimirovna, Dept. of Professional Diseases and Clinical Pharmacology, Samara State Medical University, Samara, 443081, Russia.