

Когнитивно-поведенческая психотерапия зависимости от никотина у больных шизотипическим расстройством

А.Н. Еричев¹, Б. Г. Бутома¹, А. Г. Софронов², А.П. Коцюбинский¹

¹ Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева,

² Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова

Резюме. Работа с пациентом, страдающим никотиновой зависимостью, является актуальной задачей для широкого круга врачей. В настоящее время на государственном уровне снижение распространенности табакокурения является приоритетной задачей. Особый подход к лечению никотиновой зависимости требуется у больных с психическими расстройствами. Задачей психотерапевтического сопровождения является мотивация пациентов на адекватный по длительности и дозировкам курс лечения (как правило, не менее 3 месяцев), снижение страха перед побочными эффектами лекарств и синдромом отмены никотина, помощь курящему человеку в правильном распределении усилий и поддержании мотивации к изменениям.

Ключевые слова: шизотипическое расстройство, никотиновая зависимость, синдром отмены никотина, когнитивно-поведенческая психотерапия

Cognitive-behavioural psychotherapy for nicotine dependence in patients with schizotypal disorders

A.N. Erichev¹, B.G. Butoma¹, A.G. Sofronov², A.P. Kotsubinsky¹

¹ St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute

² North-West Medical University named after I. I. Mechnikov

Summary. Work with the patient, suffering from nicotinic dependence for a wide range of physicians is actually. The decrease a prevalence of smoking behavior is a priority problem at the state level now. The special approach to treatment of nicotinic dependence is required for patients with mental disorders. A problem of psychotherapeutic support is the motivation of patients on adequate on duration and dosages course of treatment (as a rule not less than 3 months), decrease in fear before by-effects of medicines and a syndrome of smoking cessation, the help to the smoking person in correct distribution of efforts and maintenance of motivation to changes.

Key words: Schizotypal disorders, cognitive-behavioural psychotherapy, nicotine dependence, smoking cessation

Работа с пациентом, страдающим никотиновой зависимостью, является актуальной для широкого круга врачей. Так, по данным Pomerleau J. с соавт. [18], Россия по потреблению табака занимает 3-е место среди лиц мужского пола и 1-е место среди лиц женского пола (из числа 8 стран, являющихся бывшими республиками СССР). Потребление табака, после высокого кровяного давления и высокого уровня холестерина, является третьей основной причиной преждевременной смертности в России [1]. Ежегодно курение убивает от 330 до 400 тысяч россиян. В 2002 году табак стал причиной более чем 17 % всех смертей в России [1, 4, 15].

В настоящее время на государственном уровне снижение распространенности табакокурения и оказание помощи курящим являются приоритетной задачей, отказ от курения внесен в Порядок оказания помощи пульмонологическим больным, планируется внесение отказа от курения в стандарты и протоколы лечения.

Курение пациентов, страдающих нервно-психическими расстройствами, представляет еще

большую проблему. Так, по данным Lasser K. с соавт. [14], полученным на основании опроса 4411 респондентов, и Hickman N.J. 3rd с соавт. [13], исследовавших 3411 пациентов афроамериканского населения США, были сделаны выводы о том, что потребление сигарет среди лиц, страдающих нервно-психическими заболеваниями, значительно выше, чем в общей популяции. Lasser K. с соавт. [14] указывает на то, что почти половина всего количества сигарет в США выкуривается лицами, страдающими психическими заболеваниями или какой-либо психической зависимостью. Доказано, что курение ухудшает биодоступность психотропных препаратов, увеличивает частоту побочных эффектов, способствует росту соматической патологии [3, 6].

Существует распространенное заблуждение, что люди, страдающие нервно-психическими расстройствами, не хотят прекращать курение. Однако, по мнению Cosci E с соавт. [9], 75 — 85 % курящих пациентов высказывают желание бросить курить, 1/3 пациентов делает, по крайней мере, 3 серьезные попытки бросить курить,

а 50 % пациентов бросают курить в возрасте до 50 лет. В ходе проведенного нами исследования на базе отделения внебольничной психиатрии Санкт-Петербургского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева выяснилось, что 42,9 % употребляющих табак больных хотят бросить курить. В данной выборке преимущественно отмечался средний и высокий уровень мотивации на отказ от курения, но одновременно больные оценивали свои шансы как ничтожные, так как имели неудачный опыт борьбы с зависимостью. В 71,4 % случаев имело место самолечение без помощи врачей, а 28,6 % пациентов, прибегнув к врачебной помощи, безуспешно использовали лекарственные препараты (14,3 % пациентов) или психотерапию (14,3 %). Проведенное исследование позволяет сделать вывод, что мотивация пациентов на прекращение курения является вполне достаточной, и необходимым является не «запугивание» пациента соматическими последствиями этой «пагубной привычки», а преодоление страхов неудачи лечения и выстраивание четкого плана его проведения с учетом индивидуальных особенностей.

При этом следует учитывать, что в обществе сложилась тенденция рассматривать курение просто как «вредную» привычку, от которой можно легко отказаться за счет небольших волевых усилий. К сожалению, практический опыт говорит об обратном: для того чтобы перейти к жизни без табака, пациенту требуется приложить значительные усилия для изменения и поддержания нового образа жизни. Не случайно по современным классификациям курение табака относится к рубрике зависимостей, при которой психотерапевтическая и фармакологическая помощь со стороны врача существенно увеличивает шанс формирования ремиссии [3, 5, 6, 8, 16, 19–22].

В процессе формирования зависимости от никотина у человека происходит перестройка организма уже на уровне рецепторов [17, 22, 23]. Никотин, связываясь с никотиновыми рецепторами, способствует выбросу дофамина, который в свою очередь дает чувство удовольствия. Прочная связь никотина с рецепторами ведет к их длительной стимуляции и снижению их чувствительности. При снижении уровня никотина рецепторы высвобождаются, находясь в возбужденном состоянии, что вызывает желание закурить и приводит к развитию синдрома отмены и стресса. В результате у курящего человека развивается потребность в никотине для стимуляции выброса дофамина и получения чувства удовольствия. У курильщика увеличивается число активных никотиновых рецепторов. В результате, когда концентрация никотина в крови падает (например, утром, после сна, если человек ночью не курил), повышенная чувствительность рецепторов приводит к появлению симптомов абстиненции, которая по мере прогрессирования зависимости обычно заметно усиливается. Самостоятельные попытки пациента освободиться от этого недуга приводят лишь к временному эффекту.

Таким образом, зависимость от никотина — хроническое рецидивирующее заболевание, требующее комплексного подхода к лечению и привлечения пациента как активного участника лечебного процесса (лечение когда-то закончится, и пациенту самому придется прикладывать усилия для поддержания здорового образа жизни).

Работая с зависимыми от табака, врач часто сам может испытывать негативные эмоции, связанные с «сопротивлением» пациента, его нежеланием измениться. Знание транстеоретической модели изменений [11, 12, 16, 19] помогает более эффективно использовать психотерапевтические интервенции и формировать реалистичные ожидания результатов их применения, которые могут быть различными на разных этапах готовности пациента к изменениям: отсутствие намерения («не готов»), формирование намерения («думаю об этом»), подготовка («готовлюсь измениться»), действия («на старт, внимание, марш!»), поддержание достигнутого состояния («удержаться там»), рецидив.

Большинство курящих (с помощью своих врачей-консультантов) должны пройти все этапы или как минимум большинство из них на пути к жизни без курения, поэтому каждый из этапов в процессе прекращения курения может рассматриваться в качестве «успеха». Если врач помог в процессе консультации пациенту немного продвинуться вперед по стадиям изменений — это уже хороший результат. Переход к рецидиву возможен, но не обязателен, при поддержании новой модели жизни.

Достаточно часто от специалистов можно слышать объективные жалобы на нехватку времени. Выбрать необходимую интервенцию можно, в том числе и с учетом временных возможностей врача. Так, врач может выбрать вариант ведения беседы от наиболее простого, требующего 3 минуты на реализацию, до «полноформатной консультации», проводимой в течение 45–50 минут. Ниже приведена таблица временных затрат на проведение тех или иных интервенций. Данные по временным затратам были сформулированы и неоднократно проверены на собственном опыте и супервизии специалистов в рамках циклов последиplomной подготовки [2] (табл. 1).

Таблица 1. Временные затраты на выполнение интервенции врачом

Интервенция врача	Временные затраты (максимальные), мин
Прямой совет (в позитивном случае завершающийся выработкой плана лечения)	3
Короткая интервенция + план лечения	10–15
Мотивационное интервью + план лечения	30–35
Мотивационное интервью + составление подробного плана лечения	50

Прямой совет врача

Исследования показали, что просто прямой совет врача может явиться для пациента значительным стимулом на пути отказа от курения. При этом, как свидетельствуют статистические данные, большинство курильщиков не получали таких советов, даже проходя многократное лечение от заболеваний, вызванных никотиновой зависимостью! Лишь менее трети курильщиков (31,8%), побывавших на приеме у медицинского работника в течение последних 12 месяцев, сообщили о том, что медицинский работник посоветовал им бросить курить [4].

Прямой совет — наиболее простой, но достаточно эффективный психотерапевтический навык, применять его имеет смысл в условиях значительного дефицита времени. Чаще всего прямой совет применяется и наиболее оправдан, если вы являетесь лечащим врачом данного пациента и выявили заболевания, которые могут быть связаны с курением.

Короткая интервенция

Короткая интервенция является следующим шагом после прямого совета. Если прямой совет обычно занимает 3 минуты, то короткая интервенция рассчитана на 10–15 минут. В отличие от прямого совета данная техника подразумевает не только (и не столько) донесение до пациента информации, но и проясняет, корректирует видение ситуации «изнутри». Данная техника не директивна и ориентирована на активное взаимодействие с пациентом.

В нашей культуре сложился стереотип необходимости «запугивания» пациента врачом. В ряде случаев такая директивная тактика, основанная на актуализации страха за соматическое состояние, дает неплохие результаты, но имеет ряд недостатков. При директивном подходе врач очень часто начинает наталкиваться на сопротивление пациента, что приводит к появлению чувства раздражения, восприятие своей работы как ненужной пациенту. За рубежом в результате исследований наиболее эффективными признаны недирективные техники, основанные на партнерской исследовательской позиции, помогающие актуализировать имеющиеся мотивы на лечение пациента и усиливающие противоречия между желанием сохранить привычный образ жизни (курение) и желанием добиваться личных целей (здоровье, хороший внешний вид, позитивный пример для детей и т. д.). Техники, приведенные ниже, относятся к когнитивно-поведенческому направлению психотерапии. Отличительные особенности когнитивно-поведенческого направления: эффективность, структурированность, воспроизводимость (реализовывать базовые навыки может врач другого профиля, психолог, медсестра, прошедшие обучение). Цель: повлиять на мотивацию пациента и прицельно восполнить информационный дефицит.

Мотивационное интервью

Мотивационное интервьюирование — это целенаправленный, динамичный, циклический процесс работы и способ общения с клиентом, в ходе которого изменяется баланс аргументов «за» и «против» употребления никотина, становится очевидным преобладание отрицательных последствий употребления над положительными и необходимость изменения поведения пациента, выявляются предпосылки изменений, усиливается мотивация пациента [16, 19, 21]. Мотивационное интервьюирование создает предпосылки к активному участию пациента в лечебном процессе.

Несмотря на то что техники мотивационного интервьюирования появились в конце XX века, подобный стиль взаимодействия использовался с давних времен (справедливости ради стоит отметить, что раньше это не применялось в работе с людьми, страдающими зависимостями). Так, еще более 400 лет до нашей эры древнегреческий философ Сократ в споре с оппонентами и обучении учеников использовал метод последовательного задавания вопросов, предполагающих критическое отношение к догматическим утверждениям. Этот стиль спора и обучения в последующем получил название «сократовского диалога». Основное преимущество такого подхода заключается в отсутствии прямой конфронтации с оппонентом, что значительно снижает сопротивление пациента. Сократ менял точку зрения собеседника, просто задавая вопросы.

Часто стиль мотивационного интервью описывают как парный танец. Когда пара танцует, то каждый повторяет движения другого. Да, в этом «танце» врач «ведет», но не борется с пациентом!

Более традиционным для медицины, но менее продуктивным стилем общения является директивный стиль врача, который приводит к «перетягиванию каната». Врач оказывает давление на пациента, а пациент сопротивляется.

Борьба с желанием курить

Во время абстиненции на начальных этапах наиболее важным навыком для пациента является борьба с желанием покурить, зачастую носящим навязчивый характер. На данном этапе пациенту может помочь овладение достаточно простыми техниками: переключения внимания и деятельности, отсрочка, выход из опасной ситуации.

Работа по предотвращению рецидива

Задача врача вместе с пациентом составить путеводную карту его выздоровления (план лечения) и на этой карте отметить наиболее опасные места. Заметно проще это сделать, если есть возможность проанализировать предыдущие срывы.

Цель работы с пациентом: избежать рецидива, снабдив больного необходимыми навыками и знаниями.

Задачи

Донести до пациента необходимость профилактики рецидивов.

Поддержать приверженность курсу лечения пациента для улучшения результатов лечения.

Выработать и соблюдать план лечения.

Выявить ситуации высокого риска и разработать план действий на случай их возникновения.

Обучить пациента самонаблюдению для того, чтобы он мог сам оценивать изменение своего состояния (лучше осознавать влечение к курению).

Научить пациента навыкам когнитивно-поведенческой психотерапии для успешной борьбы с зависимостью от никотина.

Психотерапия и фармакотерапия

В цели и задачи когнитивно-поведенческой психотерапии входит (при необходимости) формирование лекарственного комплайенса.

В России среди обычных людей, да зачастую и специалистов, бытует мнение, что главное в отказе от курения — это сила воли, а препараты для лечения зависимости от никотина неэффективны. Почему же возникло такое мнение?

Основные предпосылки

1. Курение до сих пор воспринимается у нас в стране как вредная привычка, стиль жизни, от которого можно отказаться, приняв такое решение и обладая достаточной силой воли.
2. Все меры, которые предпринимались до 2010 года на государственном уровне, касались в основном пропаганды здорового образа жизни, информирования о вреде курения и внедрения запретов, вопросам помощи курящему населению не уделялось достаточное внимание.
3. Врачи широко не занимались лечением табакокурения в силу отсутствия в прошлом эффективных препаратов и в силу нехватки времени.
4. Так как население занимается самолечением, лекарственные препараты для лечения зависимости от никотина редко применяются в адекватных дозах и в течение необходимого времени (чаще всего используются только для купирования симптомов абстиненции).
5. Обыватели, а зачастую и врачи не делают различия между препаратами с доказанной эффективностью и БАДами и т.п.
6. Некоторые препараты имеют сложную схему приема и множество форм и дозировок, но применяются без соответствующего контроля со стороны врача, без подбора адекватной схемы лечения (самопомощь).
7. Пациентами лекарства противопоставляются своей силе воли: «если начал принимать лечение, то «волшебная таблетка» должна все сделать за меня» или «не буду принимать, у меня своя сила воли есть» (даже если за спиной серия неудачных попыток)
8. Неадекватное позиционирование методик лечения никотиновой зависимости на

рынке услуг: «Только наш метод обладает 100 % гарантией». Как следствие, формируется ориентация потребителя на покупку «чуда».

9. В то же время в странах, являющихся лидерами по борьбе с зависимостью от никотина, где эффективность лекарственных препаратов серьезно исследовалась [9, 21–23], не только доказана настоятельная необходимость грамотного использования фармакологических препаратов, но и найдены пути преодоления вышеперечисленных проблем. При этом выделены препараты первой линии (наиболее доказанные по эффективности).

К препаратам первой линии относятся:

1. Никотинзаместительная терапия (жевательная резинка, пластырь, ингалятор, назальный спрей).
2. Варениклин (Чампикс).
3. Бупропион (Зибан) — антидепрессант, не присутствующий на российском рынке.

Задачей психотерапевтического сопровождения является мотивация пациентов на адекватный по длительности и дозировкам курс лечения (как правило, не менее 3 месяцев), снижение страха перед побочными эффектами лекарств и синдромом отмены никотина, помощь курящему человеку в правильном распределении усилий и поддержании мотивации к изменениям. Врач не только поддерживает пациента, но в ряде случаев еще и настраивает его на необходимость продолжать прилагать усилия для поддержания здорового образа жизни без табака, так как пациент может считать, что его борьба закончилась с момента полного отказа от табака.

Нами в отделении внебольничной психиатрии Санкт-Петербургского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева было проведено исследование 49 больных с шизотипическим расстройством (F 21 по МКБ-10) и другими расстройствами шизофренического спектра. Исследование включало следующие методики: расчет индекса пачка/лет; оценка степени никотиновой зависимости (тест Фагерстрема); уровень мотивации к отказу от курения и полуструктурированное интервью, включающее следующие пункты: 1) возраст пациента; 2) стаж курения; 3) количество выкуриваемых сигарет в день; 4) количество ремиссий (сколько раз бросал курить); 5) принимал ли ранее пациент препараты, способствующие снижению зависимости от табака; 6) использовалась ли психотерапия или рефлексотерапия для отказа от курения; 7) преобладающие мотивы к курению. В исследование были включены лица как мужского, так и женского пола (средний возраст — 27 лет). Были получены следующие результаты (приводятся средние величины): стаж курения — 9 лет; количество выкуриваемых сигарет за день — 16; оценка степени никотиновой зависимости (тест Фагерстрема) — 5,57 балла, при этом степень никотиновой зависимости колебалась от

очень низкой (0 баллов) до очень высокой (максимально — 8 балла); уровень мотивации отказа от курения — 4,29 баллов, что считается средним, причем уровень мотивации к отказу от курения был выше у лиц более старшего возраста и, соответственно, с большим стажем курения. Расчет индекса «пачка/лет» составил 11,53, что может свидетельствовать о повышенном риске развития обструктивных заболеваний легких [3, 6] в данной группе пациентов.

Среди преобладающих мотивов у лиц молодого возраста отмечались такие, которые можно обозначить как манифестация собственной независимости и осознанного выбора риска [7, 10]. Можно сказать, что «...они курят вопреки существующему риску для здоровья и даже ради этого риска» [7], а также как способ борьбы со стрессом [9] и курение за компанию. В среднем

возрасте среди мотивов к курению преобладала «привычка», борьба со стрессом и необходимость улучшения концентрации внимания. Преобладающими мотивами к отказу от курения являлись: состояние здоровья, желание быть независимым, финансовые траты, несоответствие современным тенденциям.

Как показали результаты проведенного исследования, использование комплексного подхода, включающего психотерапевтическую помощь и фармакологическую поддержку, существенно повышает результативность работы. В связи с этим необходима широкая образовательная работа по отношению к врачам (в том числе и психиатрам), направленная на обучение базовым психотерапевтическим навыкам, касающимся специальных комплексных усилий при курации курящих пациентов.

Литература

1. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака в Российской Федерации. Всемирная организация здравоохранения. 2010. С. 171.
2. Еричев А.Н. Психотерапевтические навыки в лечении пациентов, страдающих зависимостью от никотина: учебное пособие / А.Н. Еричев, А.Г. Софронов. СПб. 2011.
3. Комплексное лечение табачной зависимости и профилактика хронической обструктивной болезни легких, вызванной курением табака: методические рекомендации МЗСР РФ. // Сост.: Чучалин А.Г., Сахарова Г.М., Антонов Н.С. [и др.]. 2003. С. 48.
4. Отчет по итогам проведения Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака (GATS) в Российской Федерации. 2009.
5. Погосова Г.В. Современные принципы медикаментозного лечения табакокурения и никотиновой зависимости / Г.В. Погосова, Н.М. Ахмеджанов, Н.П. Качанова [и др.]. // Профилактическая медицина. 2009. № 5. С. 29–34.
6. Сахарова Г.М. Оказание помощи по отказу от табака в терапевтической практике: учебное пособие / Г.М. Сахарова, Н.С. Антонов. М. 2010. С. 58.
7. Скворцова Е.С. Распространенность и мотивы курения среди городских подростков-школьников РФ / Е.С. Скворцова. // Российский медицинский журнал. 1996. № 6. С. 14–17.
8. Федоров А.П. Базовые техники когнитивной терапии: учебное пособие. / А.П. Федоров. СПб.: Изд. СПбМАПО. 2007. С.33.
9. Cosci E., Pistelli F., Lazzarini N. et al. Nicotine dependence and psychological distress: outcomes and clinical implications in smoking cessation / E. Cosci, F. Pistelli, N. Lazzarini N. [et al.]. // Psychol. Res. Behav. Manag. 2011. Vol. 4. P. 119–128.
10. Denscombe M. Uncertain identities and health-risking behavior: the case of young people and smoking in late modernity / M. Denscombe. // Brit. Journ. Sociol. 2001. V. 52, n 1. P. 157–177.
11. Gabbard G.O. Combined psychotherapy and pharmacotherapy / G.O. Gabbard. // Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed./ Ed. by B.J. Sadock., V.A. Sadock. Baltimore: Williams & Wilkins, 1999. P. 2225–2234.
12. Gabbard, G.O., Kay J. The fate of integrated treatment: whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist? / G.O. Gabbard, J. Kay. // Amer. Journ. Psychiatry. 2001. V. 158, n. 12. P. 1956–1963.
13. Hickman N.J. 3rd. A population-based examination of cigarette smoking and mental illness in Black Americans / N.J. Hickman 3rd, K.L. Delluchi, J.J. Prochaska. // Nicotine Tab. Res. 2010. V. 12, n. 11. P. 1125–1132.
14. Lasser K. Smoking and mental illness: a population-based prevalence study / K. Lasser, J.W. Boyd., S. Woolhandler [et al.]. // JAMA. 2000. V. 284, n. 20. P. 2606–2610.
15. Marques P. Adult health in the Russian Federation: more than just a health problem / P. Marques, Suhhrek M., M. McKee [et al.]. // Health Affairs. 2007. V. 26, n. 4. P. 1040–1051.
16. Miller W.R., Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior / W.R. Miller, S. Rollnick. New York: Guilford Press. 2002.
17. Nicotine and the Brain. NIDA for Teens. — электронный ресурс. URL: [http://teens.drugabuse.gov/mom/index.php].
18. Pomerleau, J. Determinants of smoking in eight countries of the former Soviet Union: results from the living conditions, lifestyles and health study / J. Pomerleau, Gilmore, M. McKee [et al.]. // Addiction. 2004. V. 99, n. 12. P. 1577–1585.
19. Prochaska J.O. The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of change / J.O. Prochaska, C.C. DiClemente. Homewood IL: Dorsey Press, 1984. P. 308.

20. Prochaska J.O. Standardized, individualized, interactive, and personalized self-help programs for smoking cessation / J.O. Prochaska, C.C. DiClemente, W.F. Velicer [et al]. // *Health Psychology*. 1993. V. 12. P. 399–405.
21. Prochaska J.J. Ten critical reasons for treating tobacco dependence in inpatient psychiatry / J.J. Prochaska. // *Journ. Amer. Psychiatr. Nurses Assoc.* 2009. V. 15, n. 6. P. 400–409.
22. Rosen-Chase C. Treatment of nicotine dependence in chronic mentally ill / C. Rosen-Chase, V. Dyson. // *Journ. Subst. Abuse. Treat.* 1999. V. 16, n. 4. P. 315–320.
23. Zevin S. Drug interaction with tobacco smoking. An update / S. Zevin, N.L. Benowitz. // *Clin. Pharmacokinetic.* 1999. V. 36, n. 6. P. 425–438.

Сведения об авторах

Еричев Александр Николаевич — к. м. н., ведущий научный сотрудник отделения внебольничной психиатрии НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: an@erichev.ru

Бутома Борис Георгиевич — д. м. н., ведущий научный сотрудник отделения внебольничной психиатрии НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: butbor08@gmail.com

Софронов Александр Генрихович — д. м. н., профессор, зав. кафедрой психиатрии и наркологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова. E-mail: alex-sofronov@yandex.ru

Коцюбинский Александр Петрович — д. м. н., профессор, главный научный сотрудник отделения внебольничной психиатрии НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: ak369@mail.ru