

Kompleksowe leczenie uzależnienia od nikotyny u osób z chorobami układu krążenia – doświadczenia własne

Comprehensive treatment of nicotine dependence in patients with cardiovascular diseases – personal experience

Barbara Bętkowska-Korpala, Piotr Janowski,
Kalina Kawecka-Jaszcz

Z I Kliniki Kardiologii Collegium Medicum UJ
Kierownik: prof. dr hab. n. med. K. Kawecka-Jaszcz

Summary

Aim: To evaluate psychological factors influencing the effectiveness of smoking cessation using bupropion and psychological intervention in patients with cardiovascular diseases.

Method: A group of 59 patients (26M, 33F; mean age 44.2±10.2 years) identified among smokers admitted to the 1st Cardiac Department between 2000 and 2001 with hypertension (n=46) and coronary artery disease (n=13). Entry criteria to participate in a 7-week programme included nicotine dependence and no contraindications to bupropion. Pharmacotherapy was used in parallel with psychological interventions based upon cognitive and behavioural methods. The type and degree of nicotine dependence was measured using Fragerstrom tolerance questionnaire whereas motivation was scored according to the Schneider questionnaire. The severity of depression symptoms was measured by the Beck Depression Inventory.

Results: At 2 months and at one year after discontinuation of treatment 74.6% and 40% of the patients respectively maintained abstinence from smoking. Among patients with good therapeutic effects the level of motivation to quit smoking was higher ($p<0.001$ vs. $p<0.007$). The level of motivation was correlated with the severity of depression symptoms ($p<0.005$) but not with nicotine dependence, age and sex. Motivation to stop smoking is related to the depression symptoms ($\beta = -0.32$; $p = .01$).

Conclusion: Patients with initially higher motivation benefit more from treatment of nicotine dependence. The level of motivation is adversely affected by the depressive mode of functioning (negative cognitive patterns, learned helplessness). It appears necessary to take into account the assessment of depressive disorders when planning treatment of nicotine dependence in patients with cardiovascular diseases.

Słowa klucze: uzależnienie od nikotyny, motywacja, schorzenia układu krążenia

Key words: nicotine dependence, motivation, cardiovascular disorders

Wstęp

Palenie tytoniu jest niezależnym, mającym wielkie znaczenie, modyfikowalnym czynnikiem ryzyka schorzeń układu krążenia i jego eliminacja zmniejsza zachorowalność i umieralność.

Palenie papierosów, uwarunkowane psychologicznie i socjologicznie, z czasem prowadzi do uzależnienia od nikotyny. U podłoża nałogowego palenia tytoniu najczęściej obserwuje się dwa procesy: farmakologiczny i psychologiczny. Pierwszy z nich związany jest z uzależnieniem od nikotyny i przejawia się zjawiskiem tolerancji oraz występowaniem objawów odstawiennych [1, 2]. Drugi proces, warunkujący uzależnienie od nikotyny, dotyczy chemicznego regulowania emocji, mającego na celu zmianę nastroju: osiągnięcia przyjemności lub unikania złego samopoczucia [3]. W Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób Światowej Organizacji Zdrowia ICD-10 nikotynizm zaliczany jest do kategorii zaburzeń psychicznych i zachowań spowodowanych paleniem tytoniu (F-17). Uzależnienie od nikotyny związane jest z silnym pragnieniem palenia (np. zaraz po obudzeniu się lub w określonych sytuacjach), trudnością kontroli czynności palenia (np. brak świadomości tej czynności, przedkładanie jej nad inne zajęcia), ze zwiększoną tolerancją wobec działania substancji, z paleniem pomimo wiedzy na temat jego szkodliwości oraz – w związku z ograniczeniem lub przerwaniem palenia – pojawieniem się zespołu odstawienia nikotyny. Zespół uzależnienia rozpoznaje się na podstawie przynajmniej trzech wymienionych wyżej objawów, powtarzających się w ciągu roku.

Pomimo wiedzy na temat szkodliwości palenia, rozwiązań prawnych, nakładów na programy antynikotynowe, wyniki walki z nałogiem są wciąż niezadowalające. Według krajowych danych aż 90% palących Polaków deklaruje chęć rzucenia palenia, choć w szanse powodzenia wierzy tylko 1/3 z nich. Ponad 70% palących przynajmniej jeden raz podjęło próbę zerwania z nałogiem [4]. Należy zwrócić uwagę na fakt, że z grupy osób palących, którym udało się zaprzestać palenia, 75% wraca do nałogu w ciągu roku [2]. Przyczyn powrotu do palenia prawdopodobnie trzeba upatrywać w pojawianiu się objawów zespołu odstawienia oraz braku umiejętności radzenia sobie z nawrotem nikotynizmu. Ze względu na specyfikę uzależnienia, nikotynizm wymaga kompleksowego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, ukierunkowanego na modyfikację zachowania i nierzadko na objawy fizyczne [5, 6]. W wytycznych leczenia uzależnienia od nikotyny, obok nikotynowej terapii zastępczej, jako lek pierwszego wyboru, zalecany jest bupropion. Jest on preparatem nie zawierającym nikotyny, o wysokiej skuteczności klinicznej [7] i łagodzi wystąpienie objawów zespołu odstawienia nikotyny [8, 9].

Przedmiotem opracowania jest ocena efektów leczenia nikotynizmu u osób z chorobami układu krążenia z zastosowaniem bupropionu i interwencji psychologicznych, oraz analiza zależności pomiędzy predyspozycjami indywidualnymi, takimi jak: motywacja do rzucenia palenia, stopień uzależnienia od nikotyny i nasilenie objawów depresyjnych, a ich wpływem na efekt leczenia.

Material

Grupę badaną stanowiło 59 pacjentów (tj. 26 mężczyzn i 33 kobiety, średnia wieku $44,2 \pm 10,2$ roku), nałogowo palących papierosy. Chorzy ci byli leczeni ambulatoryjnie z powodu nadciśnienia tętniczego ($n=46$) i choroby niedokrwiennej serca ($n=13$) w I Klinice Kardiologii w latach 2000–2001.

Warunkiem kwalifikacji do 7-tygodniowego programu było uzależnienie od nikotyny, brak przeciwwskazań zdrowotnych do zastosowania preparatu bupropionu SR oraz uświadomiona zgoda na leczenie.

Metoda

Przed włączeniem leczenia chorzy samodzielnie wypełniali kwestionariusze: Fagerstroma, Schneider, Inwentarz Depresji Becka.

Kwestionariusz tolerancji nikotyny Fagerstroma [5] skonstruowano do oceny typu i stopnia uzależnienia. Składa się on z 6 pytań, z 2–4 wariantami możliwych odpowiedzi, które są punktowane od 0 do 3. Bardzo niski stopień uzależnienia rozpoznawano przy punktacji 0–2, niski – 3–4, średni – 5, wysoki – 6–7, bardzo wysoki – 8–10. Przekroczenie 7 punktów zdecydowanie świadczy o uzależnieniu farmakologicznym.

Test Schneider jest pomocniczym narzędziem oceniającym stopień motywacji do rzucenia papierosów [5]. Na 11-stopniowej skali udzielenie odpowiedzi twierdzącej na ponad połowę pytań wiąże się z wysoką motywacją do rzucenia palenia. Jeśli przeważają odpowiedzi negatywne, szanse pacjenta na rzucenie palenia maleją.

Inwentarz Depresji Becka (BDI) ocenia nasilenie objawów depresji [10], bez jej różnicowania. Test składa się z 21 zestawów twierdzeń opisujących narastające nasilenie objawów. Suma punktów wskazuje na nasilenie depresji: 0–9 brak depresji, 10–19 lekka depresja, 20–29 depresja średnia, pow. 29–63 ciężka depresja. Powszechnie w badaniach przyjmuje się, że granicznym wynikiem jest uzyskanie 12 punktów.

Zastosowano kompleksową terapię nikotynizmu farmakologiczno-psychologiczną. Przez 7 tygodni podawano bupropion SR w dawce 150 mg 2 razy na dobę. Równoległe do postępowania farmakologicznego stosowano wsparcie psychologiczne. Każdy pacjent uczestniczył średnio w 6 sesjach psychologicznych (od 5 do 8 sesji), trwających 30–40 minut. Za pomocą metod poznawczo-behawioralnych, koncentrowano się na samokontroli pacjenta oraz omawianiu trudności i pozytywnych zmian zachodzących w organizmie oraz w funkcjonowaniu psychospołecznym związanym z utrzymywaniem abstynencji. Celem interwencji psychologicznej było wzmacnianie motywacji pacjenta do rzucenia palenia, a także nabycie umiejętności radzenia sobie z nawrotem objawów zespołu odstawienia nikotyny.

Spośród 18 osób, które uzyskały w kwestionariuszu BDI powyżej 12 punktów i zostały skierowane na konsultację psychiatryczną celem oceny depresji, 7 z niej skorzystało, a u 5 włączono leczenie farmakologiczne. Chorzy w przypadku trudności utrzymania abstynencji nikotynowej po zakończeniu programu mieli możliwość ponownej wizyty w klinice lub w poradni uzależnień. Z możliwości tej skorzystały 4 osoby, 2 z nich ponownie leczone były bupropionem.

Analizie statystycznej poddano wyniki surowe. Uzyskane dane przedstawiono posługując się parametrami statystyki opisowej z uwzględnieniem średnich, minimal-

nych i maksymalnych wartości oraz odchyłeń standardowych. Częstość występowania dobrego efektu leczenia obliczano jako stosunek liczby osób niepalących do liczby osób w całej grupie. Porównania uzyskanych wyników pomiędzy badanymi grupami, ze względu na brak normalnych rozkładów, dokonano z użyciem nieparametrycznego testu U Manna-Whitneya. Analizę zależności pomiędzy zmiennymi wykonano za pomocą testu istotności współczynnika korelacji Spearmana. Uwarunkowania motywacji do rzucenia palenia określono na podstawie analizy regresji wielokrotnej. Do analizy włączono stopień uzależnienia, nasilenie objawów depresyjnych, wiek, płeć, podstawowe schorzenie układu sercowo-naczyniowego.

Wyniki

Wyniki poszczególnych parametrów predyspozycji indywidualnych podano w tabeli 1.

Częstość występowania dobrego efektu terapii antynikotynowej analizowano po 2 miesiącach od zakończenia programu (czyli prawie 4 miesiące od zapalenia ostatniego papierosa) i po roku niepalenia.

Charakterystyka parametrów indywidualnych (n=59)

Parametry indywidualne	Średnia	Minimum	Maksimum	Odchył. standard.
Liczba cygaretek	4,37	5	0	1,27
Motywacja	3,20	5	11	1,47
Depresja	10,01	0	30	7,30

Po dwóch miesiącach od zakończenia terapii, u 44 (74,6%) osób odnotowano dobry efekt leczenia, a 15 (25,4%) osób w tym czasie powróciło do palenia tytoniu. Po roku abstynencję utrzymywały 24 (40,7%) osoby, a 35 (59,3%) osób paliło nadal.

Różnice w wartościach parametrów indywidualnych pomiędzy grupami w zależności od efektu leczenia, ocenionych przed włączeniem leczenia, zaprezentowano w tabeli 2.

Grupa osób, która zaprzestała palić, różniła się stopniem motywacji do rzucenia palenia od pozostałej. Motywacja była istotnie wyższa niż u osób, które wznowiły palenie pod wpływem 2 miesięcy ($p < 0,001$) lub roku ($p < 0,007$). Zanotowano tendencję do wyższych wartości w skali BDI u osób, które wróciły do palenia w ciągu 2 miesięcy w porównaniu z osobami, które utrzymały abstynencję ($p < 0,056$). Grupa osób, która utrzymywała abstynencję nikotynową, nie różniła się ani wiekiem, ani stopniem uzależnienia od nikotyny od grupy osób, które wróciły do palenia po dwóch miesiącach lub w ciągu roku po zakończeniu leczenia. Nie obserwowano istotnych różnic w poziomie uzależnienia, motywacji i objawów depresji pomiędzy grupami osób w zależności od płci i choroby.

Istotne statystycznie korelacje pomiędzy motywacją do rzucenia palenia a innymi predyspozycjami indywidualnymi przedstawiono w tabeli 3.

Na podstawie testu korelacji Spearmana stwierdzono, że spośród badanych predys-

Tabela 2

Porównanie wartości parametrów indywidualnych w grupach osób niepalących i palących w ciągu 2 miesięcy i roku

Parametry indywidualne	Niepalący n=44 (2 mies.)		Palący n=15 (2 mies.)		p
	średnia	SD	średnia	SD	
Liczba cygaretek	0,27	1,12	0,07	1,5	Nb
Motywacja	2,57	1,30	7,13	2,70	0,001
Ciepota	0,30	0,40	14,27	2,70	0,050
	Niepalący n=24 (1 rok)		Palący n=35 (1 rok)		p
Liczba cygaretek	0,37	1,13	0,37	1,37	Nb
Motywacja	2,23	1,27	7,77	1,40	0,007
Ciepota	2,00	0,27	11,04	7,22	Nb

pozycji indywidualnych stopień motywacji jest tylko związany z nasileniem objawów depresji. W całej grupie motywacja ujemnie koreluje z depresją ($p=0,005$). Oznacza

Tabela 3

Korelacje pomiędzy motywacją do rzucenia palenia a depresją ($n=59$)

Parametry indywidualne	Cała grupa	2 miesiące	Rok
	n=59	Niepalący n=44	Niepalący n=24
Motywacja a depresja	-0,35*** $p=0,005$	-0,35 $p=0,01$	-0,53 $p=0,002$

to, że im mniejsze nasilenie objawów depresji, tym większa motywacja do leczenia nikotynizmu i utrzymania abstynencji. Zależność występuje u osób niepalących po 2 miesiącach ($p=0,01$) i po roku od zakończenia leczenia ($p=0,002$). Natomiast nie potwierdzono tej korelacji u osób, które powróciły do palenia.

W wyniku przeprowadzenia analizy regresji wielokrotnej ustalono, że motywacja do rzucenia palenia jest uwarunkowana nasileniem objawów depresji ($\beta = -0,32$; $p=0,01$), natomiast nie stwierdzono na nią wpływu stopnia uzależnienia, wieku, płci i schorzenia kardiologicznego.

Omówienie wyników

Ze względu na kompleksowy charakter terapii nikotynowej kwalifikowano do niej osoby, u których stwierdzono fizyczne uzależnienie od nikotyny, przynajmniej w średnim stopniu. W ocenie efektywności leczenia dokonanej po około 2 miesiącach od zakończenia terapii, czyli około 3–4 miesięcy od zaprzestania palenia, odsetek niepalących wyniósł 74,6%, a w ocenie przeprowadzonej po roku 40,7%. W badaniach

Tonstad i wsp. [11] skuteczności farmakologicznej terapii bupropionem, wśród osób z chorobami układu krążenia, w 4–7 tygodniu leczenia kryterium abstynencji osiągnęło 43% badanych, a po roku 22% nie paliło papierosów. W badaniach Hurt i wsp. w 4 tygodniu terapii bupropionem nie paliło 60,2% osób, a po roku odsetek osób, które nie wróciły do palenia, wynosił 18,4% [za: 9]. Należy sądzić, że powyższe różnice wynikają ze stosowania interwencji psychologicznych. Przeprowadzone badania potwierdzają, że kompleksowa terapia osób uzależnionych od nikotyny przynosi zdecydowanie lepsze wyniki niż stosowanie tylko farmakologicznej metody. Porównując wyniki przedstawionych badań warto zwrócić uwagę, że wyłączono z leczenia osoby z dodatnim wywiadem depresji [9]. Z innych źródeł wiadomo, iż osoby z depresją mają większe trudności w utrzymaniu abstynencji nikotynowej [2]. W materiale własnym nie stosowano takiego kryterium. Dane te pozwalają przypuszczać, że po wyłączeniu z leczonej grupy osób z zaburzeniami depresyjnymi kompleksowe leczenie nikotynizmu byłoby jeszcze skuteczniejsze.

Przeprowadzone analizy jednoznacznie wskazują na znaczenie motywacji do leczenia nikotynizmu jako wskaźnika różnicującego osoby, które utrzymały abstynencję, od tych, które wróciły do palenia papierosów, zarówno we wczesnym okresie abstynencji, jak i rok później. Motywacja jest niezbędna do podjęcia procesu leczenia nikotynizmu, zwłaszcza że utrzymywanie abstynencji przez osoby uzależnione ma charakter działań długoterminowych, związanych także z pracą nad wygaszaniem odruchów warunkowych. Doświadczenie choroby własnej lub najbliższych jest często bodźcem, który uruchamia zachowania prozdrowotne, m.in. ukierunkowane na walkę z nałogiem palenia. Czynniki emocjonalny oraz treści poznawcze dotyczące diagnozy nałogu (określenia mechanizmów leżących u podłoża palenia), omawianie trudności w rzuceniu palenia i możliwości uzyskania pomocy, są przez palących bardzo pożądane. Ważne jest podtrzymywanie i wzmacnianie motywacji pacjenta także w późniejszym okresie, kiedy już nie pali, np. poprzez ocenę korzystnych zmian zdrowotnych, ale także podkreślenie wytrwałości pacjenta w utrzymywaniu korzystnych dla zdrowia zachowań.

Stopień motywacji korelował z nasileniem objawów depresyjnych, natomiast nie był związany ze stopniem uzależnienia ani z wiekiem. Fakt wydaje się oczywisty i wynika z funkcjonowania osoby depresyjnej, charakteryzującej się negatywnymi schematami poznawczymi oraz wyuczoną bezradnością [12, 13]. Te dwa mechanizmy rozumiane w kategoriach poznawczych, przejawiające się brakiem wiary w skuteczność własnych działań i terapii, wpływają negatywnie na motywację do zmian zachowań. Ten styl funkcjonowania uaktywnia się szczególnie w trudnych sytuacjach, a taką dla wielu jest leczenie się z uzależnienia od nikotyny. Proces rzucania palenia wymaga dostarczania pozytywnych wzmocnień. Osoby depresyjne ze względu na specyficzne mechanizmy funkcjonowania mają trudności w realizacji określonych celów, nawet jeśli są one związane z własnymi potrzebami. Ponadto, należy zwrócić uwagę na tendencję do wyższych wartości w skali BDI u osób, które wróciły do palenia w ciągu 2 miesięcy po zakończeniu cyklu leczenia. Wyjściowy poziom objawów w skali Becka nie różnicował grup z różnym efektem leczenia w późniejszym okresie. Spośród 5 osób, którym włączono leczenie przeciwdepresyjne, 3 wróciły do palenia, a 2 utrzymywały abstynencję po roku. Obserwacja ta nasuwa dwa wyjaśnienia, które mogą występować komplementarnie. Pierwsze z nich dotyczy farmakologicznego działania bupropionu,

Objectif: estimation des facteurs psychologiques influant sur les effets thérapeutiques de bupropione et des interventions psychologiques dans la thérapie du nicotinisme des personnes souffrant des troubles cardio-vasculaires.

Matériel et Méthode: groupe examiné se compose de 59 patients fumants (26 hommes, 33 femmes, de l'âge de 44,2 jusqu'à 54,4 ans), souffrant de l'hypertension (n = 46) et des troubles des artères coronaires (n = 13), traités à la Clinique I de Cardiologie au cours des années 2000 et 2001. Les patients sont qualifiés à cette thérapie de 7 semaines d'après les critères suivants: nicotinisme et manque des contre-indication à la thérapie de bupropione. A côté de cette pharmacothérapie les malades suivent une thérapie psychologique utilisant des méthodes cognitives et comportementales. Le type et le degré du nicotinisme est mesuré à l'aide du questionnaire de Fragerstrom, niveau de motivation – à l'aide du questionnaire de Schneider, intensité des symptômes de la dépression – à l'aide de questionnaire de Beck (Beck Depression Inventory).

Résultats: 2 mois après la fin de cette thérapie 74,6% de patients s'abstiennent de fumer, un an après – seulement 40,7%. Chez les patients avec les bons effets thérapeutiques on note le niveau plus élevé de motivation de l'abstinence de fumer ($p < 0,001$ vs $p < 0,007$). Le niveau de motivation est en corrélation négative avec l'intensité des symptômes de la dépression ($p < 0,005$) et il ne se lie ni avec nicotinisme, ni sexe, ni âge. La motivation de l'abstinence est conditionnée par les symptômes dépressifs (Beta = 0,32; $p = 0,01$).

Conclusions: patients avec le niveau plus élevé de motivation obtiennent les meilleurs effets thérapeutiques. Ce niveau est conditionné d'une manière défavorable par le fonctionnement dépressif (schèmes cognitifs négatifs, perplexité apprise). Dans les plans thérapeutiques du nicotinisme des malades souffrant des troubles cardio-vasculaires il est indispensable d'estimer les troubles dépressifs.

Piśmiennictwo

1. Grzywa A, Karakuła H. *Nikotynizm a zdrowie psychiczne*. W: Milanowski J, red. *Palenie tytoniu. Wpływ na zdrowie i program walki z nalogiem*. Lublin: Wyd. BIFOLIUM 2001; 4: 45–64.
2. Jańczak G, Kiejna A. *Nalóg nikotynowy a problematyka zdrowotna ze szczególnym uwzględnieniem zdrowia psychicznego*. *Psychiatr. Pol.* 1998, 32, 1: 89–102.
3. Wojciechowski M. *Psychologia palenia*. *Remedium* 1997; 7–8: 22–26.
4. Kwaśniewska M, Kaczmarczyk-Chałas K, Drygas W. *Zachowania zdrowotne związane z paleniem tytoniu i odżywianiem w reprezentacyjnej próbie mieszkańców Łodzi*. Projekt "Bridging the East-West Health Gap". *Czynn. Ryz.* 2001; 1–2: 68–73.
5. Górecka D, Goljan-Geremek A. *Postępy w leczeniu uzależnienia od nikotyny*. *Nowa Klin.* 2001; 8: 1349–1355.
6. West R, McNeill A, Raw M. *Smoking cessation guidelines for health professionals: an update*. *Thorax.* 2000; 55: 987–999.
7. Jorenby D. *Clinical efficacy of bupropion in the management of smoking cessation*. *Drugs* 2002; 62, suppl 2: 25–35.
8. Benowitz NL, Peng MW. *Non-nicotine pharmacotherapy for smoking cessation. Mechanisms and prospects*. *CNS Drugs* 2000; 13: 265–285.
9. Kieszko R. *Nowe metody leczenia – chlorowodorek bupropionu (Zyban)*. W: Milanowski J, red. *Palenie tytoniu. Wpływ na zdrowie i program walki z nalogiem*, wyd.1. Lublin: BIFOLIUM 2001; 15: 190–198.
10. Parnowski T, Jernajczyk W. *Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne*. *Psychiatr. Pol.* 1977; 4: 417–421.
11. Tonstad S, Farsang C, Klaene G, Lewis K, Manolis A, Perruchoud AP, Silagy C, Van Spiegel

- PI, Astbury C, Hider A, Sweet R. *Bupropion SR for smoking cessation in smokers with cardiovascular disease: a multicentre, randomised study*. Eur. Heart J. 2003; 24: 946–955.
12. Malhi GS, Bridges PK. *Postępowanie w depresji*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2001.
13. Sariusz-Skąpska M, Rduch S. *Psychologiczne podłoże depresji*. W: Dudek D, Zięba A, red. *Depresja*, wyd.1. Kraków: Wydawnictwo Medyczne; 2002, s. 115–120.
14. *Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline US*. Department of Health and Human Service. Public Health Service, 2000.

Otrzymano: 5.06.2003

Zrecenzowano: 30.06.2003

Przyjęto do druku: 23.09.2003

Adres: Barbara Bętkowska-Korpała
I Klinika Kardiologii Collegium Medicum
UJ