

УДК: 616.89.05-007-616.89-53/46-037

И.С. РЫТКИС, к. мед. н.

/Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, Киев/

Емоціонально-стрессова психотерапія табакокуріння і табачної залежності осіб молодого віку в комплексному лікуванні

Резюме

Емоційно-стрессова психотерапія тютюнопаління і тютюнової залежності осіб молодого віку в комплексному лікуванні

I.С. Риткіс

У науковій статті наведено дані про модифікацію автором методу емоційно-стрессової психотерапії тютюнопаління і тютюнової залежності в комплексному лікуванні осіб молодого віку, який показав високу ефективність і був впроваджений в лікувальні заклади наркологічного, психотерапевтичного і психіатричного профілів, а також у педагогічний процес вузів у ряді міст України.

Ключові слова: особи молодого віку, студенти, тютюнопаління, тютюнова залежність, психотерапія, емоційно-стрессова психотерапія, психопрофілактика, медикаментозне лікування

Summary

Emotionally Stressful Psychotherapy in Treatment Smoking and Tobacco Addiction Young People

I. Rytkis

In the scientific article shows the modification of the method the author emotionally stressful psychotherapy smoking and tobacco addiction treatment in young adults who showed high efficiency and has been implemented in hospitals narcological, psychotherapeutic and psychiatric profiles, as well as in university teaching process in several cities Ukraine.

Key words: young adults, students, tobacco, tobacco addiction, psychotherapy, emotional stress psychotherapy, psychoprophylaxis, medication

Табакокуріння і табачну залежність справедливо називають «чумою 21-го століття», так як більша частина населення земного шара підвержена пагубному впливу ядовитих продуктів табачного диму. Особливо серйозну небезпечність представляє табакокуріння для осіб молодого віку. Тому здоровий образ життя, припинення куріння табаку розглядаються як кардинальні завдання державної політики багатьох країн світу.

Враховуючи це на сьогоднішній день відсутні науково обґрунтовані диференційовані підходи до проведення емоційно-стрессової психотерапії і психопрофілактики в комплексному лікуванні табачної залежності і табакокуріння.

Ціль дослідження – розробити адекватні методи емоційно-стрессової психотерапії і психопрофілактики табачної залежності і табакокуріння у осіб молодого віку.

Дане дослідження базувалося на теоретичних концепціях патогенетичної психотерапії і психології відносин В.Н. М'ясищова [1] і емоційно-стрессової психотерапії В.Е. Рожнова [2]. Вплив на основні компоненти порушених систем відносин особистості створює в організмі визначений стрес, який виконує саногенну функцію, змушує радикально змінити відношення до себе, своєму хворобливому

стану і оточенню. Використання ж закономірностей групової динаміки сприяє мобілізації сил курильщика на опір патологічній симптоматиці і веде до перебудови особистості.

Наш досвід проведення емоційно-стрессової психотерапії дозволив виділити 2 групи завдань: 1 – завдання, безпосередньо пов'язані з формуванням антикурильської установки; 2 – завдання, направлені на оновлення порушеної системи відносин шляхом впливу на всі її основні компоненти: пізнавальні, емоційні, поведінкові [3].

В пізнавальній сфері – це усвідомлення стереотипів особистого реагування на табакокуріння, неефективності куріння як способу вирішення проблем, причинно-наслідкової зв'язи між виникненням табачної залежності і особливостями міжособистісного спілкування і внутрішньої проблематики; в емоційно-вольовій сфері – зміна знака емоційного реагування на ситуацію табакокуріння (с позитивного на негативний), виробка відповідальності за прийняття рішень; в поведінковій сфері – усунення існуючих поведінкових стереотипів, виробка нових форм реагування.

Материалы и методы исследования

Для реализации поставленной цели из 2500 обследованных 1449 (57,96%) студентов Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького МЗ Украины и Национального педагогического университета им. М. П. Драгоманова МОН Украины, положительно ответили на вопросы о курении. Табакокурение у них было представлено в двух различных клинических разновидностях: привычное курение (745 студентов, $51,4 \pm 1,3\%$) и инициальный этап формирования табачной зависимости (704 студента, $48,6 \pm 1,3\%$). Дифференциальная диагностика между привычным табакокурением и инициальным этапом формирования табачной зависимости проводилась в соответствии с клиническими критериями, а также клиническими формами табачной зависимости по классификации В.К. Смирнова [4,5].

С целью выявления наличия и степени выраженности табачной зависимости у молодых людей был использован тест Фагерстрома [6], а для уточнения мотивации курения – методика исследования типа курительного поведения Д. Хорна [7].

Результаты и их обсуждение

Результаты проведенного нами клиничко-психопатологического и психодиагностического исследований позволили сформулировать общие требования к организации комплексного лечения и профилактики табачной зависимости, табакокурения у лиц молодого возраста.

В настоящее время существует достаточно много методов терапии табачной зависимости, которые включают: психотерапию, рефлексотерапию, медикаментозное, физиотерапевтическое лечение. Однако ведущими в этом комплексе являются психотерапевтические методы, с помощью которых достигается необходимый уровень мотивации и готовности пациентов отказаться от курения.

Поэтому при разработке системы психогигиены, психопрофилактики, психотерапии и коррекции табакокурения и табачной зависимости у лиц молодого возраста мы руководствовались рядом принципов и подходов, а именно:

- единство психосоциальных и биологических методов воздействия;
- комплексность, позволяющая интенсифицировать лечение за счет взаимного потенцирования;
- этапность;
- партнерство, заключающееся в привлечении самого пациента к осуществлению лечебного воздействия;
- индивидуальное и групповое психотерапевтическое воздействие.

Общими принципами построения системы психогигиены, психопрофилактики, психотерапии и коррекции было сочетание методов разъяснительной, рациональной, косвенной, когнитивно-поведенческой, суггестивной (внушением наяву), эмоционально-стрессовой психотерапии, пневмокатарсиса (холотропное дыхание) и аутотренинга.

На основании вышеизложенного, лечение табачной зависимости и табакокурения строилось на основе принципов системности, комплексности, этапности и многоуровневости воздействия с учетом личностных особенностей и эмоционального состояния курящих лиц, эмоционально-стрессового (саногенного) воздействия на организм и личность больного, а также его краткосрочности.

Кроме того, включение лиц с табачной зависимостью в терапевтическую группу требовало наличия четырех условий:

- 1) желание пациента излечиться, его внутренняя установка полностью и навсегда покончить с курением;
- 2) важность осознания пациентом непосредственной связи курения и его здоровья;
- 3) необходимость его активного участия в коррекционной программе по отказу от курения, а также психологическая поддержка близких и друзей;
- 4) неукоснительное выполнение врачебных инструкций и указаний как до лечебного сеанса, так и при поддерживающей антикурительной терапии.

Комплексное лечение табакокурения и табачной зависимости у лиц молодого возраста проводилось в три этапа: подготовительный, собственно лечебный и поддерживающий, и определялось меняющимися терапевтическими задачами, а психотерапевтическое воздействие различалось по форме, направленности и содержанию.

На первом (подготовительном) этапе (1–2 недели) осуществляли консультативный прием, психопатологическое и психодиагностическое исследование, а также отбор пациентов, согласившихся на лечение. Терапию начинали с психотерапевтической беседы, налаживания контакта с пациентом, установления доверия и проведения рациональной (рассудочной) психотерапии по разъяснению вреда употребления табака, укрепления волевых усилий пациента, направленных на воздержание.

При этом, как всякое системное психотерапевтическое воздействие, оно состояло из когнитивного (информационного), аффективного (эмоционального), конативного (поведенческого) компонентов и адресовалось к трем подсистемам личности: интраиндивидуальной, интериндивидуальной и метаиндивидуальной.

В задачи когнитивного компонента входило повышение уровня информированности пациентов в вопросах табакокурения и табачной зависимости, а также их последствий.

Целью аффективного (эмоционального) компонента являлась дезактуализация переживаний, связанных с никотинизмом и его отрицательного влияния на организм человека. В задачу конативного компонента входила оптимизация межличностных отношений с ближайшим окружением (друзья, родители, педагоги и т.д.).

Основной задачей первого этапа было установление устойчивого терапевтического контакта с пациентом, преодоление психологического сопротивления, создание мотивации на активное лечение и прекращение табакокурения, дезактуализация абстинентных явлений.

Целесообразность применения психотерапии обосновывалась ее влиянием на биологическую сферу личности и нормализацию функциональной активности нервной системы, а также выработку нейтрального отношения к никотину, его запаху и вкусу.

На втором этапе (1,5–2 месяца) проводили дифференцированную (с учетом формы табачной зависимости и особенностей преморбидного состояния пациента), психотерапевтическую работу по обучению пациентов приемам саморегуляции, аутотренинга и групповую эмоционально-стрессовую психотерапию.

Целью курса аутотренинга являлось обучение исследуемых управлению идеаторным компонентом патологического влечения к курению табака, который особо интенсивно проявлялся при прекращении курения. При этом использовали техники, способствующие переключению и угасанию доминирующих мысленных, а также образных представлений, желания повторно закурить. Для переключения внимания рекомендовали повто-

рять про себя слово, несущее в своем содержании покой, например, «мир», «спокойствие» и др. При появлении образных воспоминаний и представлений себя курящим, сопровождающихся вкусовым и обонятельным ощущением табачного дыма в полости рта или горле, мы рекомендовали использование механизма замещения. В состоянии расслабления и покоя курящий давал самому себе установку на образное представление спокойной картины типа медленно плывущих облаков, теплого песка и шуршания морских волн, то есть тех образов, которые способствовали успокоению, расслаблению и снижению эмоциональной напряженности.

Необходимость использования аутотренинга зависела от частоты и интенсивности появления мысленных и образных воспоминаний, представлений и желаний закурить. При выраженной симптоматике вегето-сосудистого и невротического компонентов патологического влечения к курению табака, основная задача аутотренинга заключалась в обучении курящих контролю эмоционального состояния отрицательной направленности.

Стандартная психологическая поддержка в отношении «отказа» от табакокурения включала: укрепление мотивации на отказ от курения; обучение методам психологической подготовки к отказу от курения и приемам преодоления желаний закурить после отказа от курения; назначение медикаментозного курса и инструктаж по режиму применения препарата, плана отказа от курения и последующие консультации.

В содержание занятий в группах входило: работа по преодолению влечения к никотину, созданию критического отношения к заболеванию, своему поведению, формированию здорового образа жизни; обучение способам дезактуализации обостряющегося в ремиссии первичного патологического влечения к никотину и адаптации в микросреде.

За счет повышения внушаемости мы добивались максимального усвоения лечебной информации, что позволяло за короткое время редуцировать патологическое влечение и зафиксировать у исследуемых ключевые составляющие антитабачной эмоционально-стрессовой психотерапии.

Одной из важных задач успешного проведения эмоционально-стрессовой психотерапии было формирование в группе эмоционального напряжения, которое усиливало внушаемость.

Студентам на доступных для них примерах разъясняли, что все люди обладают восприимчивостью к внушению. Именно эту группу мы сформировали из их числа. Приводили примеры воздействия на человека, под влиянием которых и независимо от него будут возникать те или иные расстройства здоровья в случае нарушения их установки на здоровый образ жизни.

Объясняли, как с помощью таких же воздействий на высоте стресса можно создать стойкую рефлекторную связь, которую назвали поведенческой программой, осуществляемой на уровне подсознания и его бессознательного, независимо от контроля больного. Целенаправленно описывали специфические ощущения, которые возникнут у них в процессе сеанса эмоционально-стрессовой психотерапии (слезотечение, слюнотечение, тошнотно-рвотная реакция, побледнение кожных покровов лица, пошатывание вплоть до падения). Поэтому при появлении малейших ощущений, названных выше, необходимо сказать об этом, чтобы вовремя оказать курящему помощь. Разъясняли также, что такие ощущения обусловлены сосудисто-двигательными реакциями в соответствующих отделах центральной нервной системы, проявляющихся в виде коллаптоидных состояний в связи с глубинными изменениями в организме.

Для лучшего восприятия эмоционально-стрессового воздействия применяли модифицированный нами метод холодно-тропного дыхания (пневмокатарсис), ориентированный на разрушение или существенное изменение патологических психологических установок личности.

При проведении данного сеанса пациентам предлагали сделать глубокий (затяжной) вдох и резкий выдох в течение 10 минут. Инструкцию они выполняли в положении сидя, руки на коленях, рот полуоткрыт, глаза закрыты. Дыхание должно быть достаточно ритмичным, осознанным и регулируемым. Вдох и выдох должны чередоваться без пауз. Состояние пневмокатарсиса достигалось с помощью длительной гипервентиляции и осуществлением вербального контакта с пациентом. Вербальный контакт носил суггестивный характер, во время которого «закладывали» в подсознание пациента полное неприятие и непереносимость запаха дыма и вкуса табака с формированием новых мотивов поведения, взаимосвязанных с подавлением влечения к никотину.

Групповой сеанс эмоционально-стрессовой психотерапии (ЭСП) осуществляли в специально вентилируемом кабинете, рассчитанном на 10–15 человек.

Эта часть сеанса проводилась на высоком эмоциональном уровне путем использования коротких насыщенных эмоционально фраз, высказанных безапелляционно. Во время сеанса создавали высокий уровень концентрации внимания. Формула внушения была короткой и ритмичной для поддержания структурной схемы и сохранения вызванных в процессе внушения сомато-вегетативных изменений. Группу больных из 10–15 человек выстраивали полукругом в положении стоя. Каждый из них держал в одной руке пепельницу, а в другой сигарету. По нашей команде, все они одновременно начинали интенсивно курить не вынимая сигарету изо рта вплоть до начала фильтра. Появление непереносимости к запаху дыма и вкусу табака проявлялось не только в форме слезотечения, слюнотечения, спазма в желудке, но и тошнотно-рвотной реакции, вплоть до неукротимой рвоты. Во время сеанса осуществляли пальцевое надавливание на точки Валле с продолжением императивной суггестии. Всего на втором этапе проводили 2–3–5 сеансов ЭСП.

В процессе внушения блокировали патологическое влечение к табаку с целью формирования стойкой поведенческой программы воздержания от курения.

В комплекс психотерапевтических мероприятий входила и аверсионная терапия, направленная на выработку отрицательного условного рефлекса на курение с использованием специального приема «быстрого курения». В основе метода лежит принцип, согласно которому подкрепляющий аспект любого стимула редуцируется и, в конце концов, становится аверсионным в том случае, если этот стимул предъявляется с необычно высокой частотой и интенсивностью. Таким образом, в данном случае в качестве отрицательного безусловного раздражителя (аверсионного стимула) использовали само курение.

Сеансы «быстрого курения» проводили, как правило, с группой курящих студентов (2–5) человек, что способствовало взаимной индукции и созданию атмосферы сотрудничества. На сеанс в качестве «зрителей» приглашали будущих участников терапии. Всего проводили 2–3 сеанса ЭСП.

У всех курящих студентов, согласившихся на лечение, формировали установку на последующие этапы жизни без никотина, используя при этом весь арсенал психотерапевтического воздействия. Составной частью терапевтических мероприятий было

использование также психофармакологических и антитабачных средств (II-III этапы).

Третий (заключительный) этап был направлен на закрепление установки здорового образа жизни, проведение поддерживающих сеансов психотерапии пациентам (1–2 сеанса в месяц) в течение года.

Эффективность предложенной системы психогигиены и психопрофилактики оценивалась по завершении курса, а также через 3, 6 и 12 месяцев. Так, в основной группе сразу после окончания курса психопрофилактических мероприятий 71,9±2,4% студентов отказались от курения, 25,3±2,3% – уменьшили число выкуриваемых сигарет и только 2,8±0,9% продолжали курить с прежней интенсивностью. В группе сравнения самостоятельно прекратили курение 15,9±1,9% студентов, 53,7±2,7% – уменьшили число выкуриваемых сигарет и только 30,4±2,5% молодых продолжили курить с прежней интенсивностью.

При повторном исследовании через 3 месяца после завершения психопрофилактических мероприятий в основной группе не курили 64,5±2,6% студентов, 28,9±2,4% – возобновили (или продолжили) курение с меньшим числом выкуриваемых сигарет и 6,5±1,3% студентов вернулись (или продолжили) курение с прежней интенсивностью (в группе сравнения: 6,5±1,3; 57,7±2,6 и 35,8±2,6% соответственно).

Через 6 месяцев в основной группе продолжали воздерживаться от курения 58,8±2,6% студентов, 36,9±2,6% возобновили (или продолжили) курение с меньшим числом выкуриваемых сигарет и 7,1±1,3% студентов вернулись или продолжили курение с прежней интенсивностью (в группе сравнения: 4,5±1,1; 59,4±2,6 и 36,0±2,6% соответственно).

При исследовании статуса курения через 12 месяцев выявлено, что в основной группе полностью отказались от курения 51,9±2,7% студента, 38,9±2,6% возобновили или продолжили курение с меньшим числом выкуриваемых сигарет и 9,1±1,5% вернулись или продолжили курение с прежней интенсивностью (в группе сравнения: 1,1±0,6; 60,2±2,6 и 38,6±2,6% соответственно).

Выводы

Таким образом, разработанная и внедренная нами система психогигиены, психопрофилактики, психотерапии и коррекции табакокурения и табачной зависимости в комплексном лечении лиц молодого возраста позволила повысить общеобразовательную культуру исследуемых студентов, мотивировать их на отказ от курения, приверженность здоровому образу жизни, а также добиться определенной эффективности лечения.

Список использованной литературы

1. Мясичев В. Н. Личность и неврозы. – Л., 1960.
2. Рожнов В.Е. Эмоционально-стрессовая психотерапия // Журнал неврологии и психиатрии – М.: Медицина, 1989 – Л 6 XXXIX, вып. 1 – С. 58–63.
3. Групповая психотерапия / Под ред. Б.Д. Карвасарского, С. Ледера. – Медицина, 1991. – 384 с.
4. Смирнов В.К. Клиника и терапия табачной зависимости. – М., 2000. – С. 25–31.
5. Смирнов В.К. Клиника и терапия больных с табачной зависимостью, основы ее комплексной профилактики среди населения. Автореф. дис. д-ра мед.наук. – М., 1987. – 36 с.
6. Fagerstrom K. Measuring the degree of physical dependence totobacco smoking with reference to individualization of treatment / K. Fagerstrom // Addict Behav. – 1978. – P. 235–241.
7. Horn D. Some dimensions of a model for smoking behavior change / D.Horn, S. Waingrow // American Journal of Public Health. – 1966. – № 56. – P. 21–26.