

Wpływ palenia tytoniu na natężenie głodu alkoholowego w trakcie terapii odwykowej

The influence of tobacco smoking on alcohol craving during alcoholism rehabilitation treatment programme

Michał Wroński, Barbara Rut, Jolanta Kucharska-Mazur,
Jerzy Samochowiec

Katedra i Klinika Psychiatrii PAM w Szczecinie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Samochowiec

Summary

Aim. Scientific data indicates that 80% alcohol dependent patients smoke cigarettes. The aim of the present study was to assess the effect of cigarette smoking on the severity of alcohol craving and therefore – on the efficacy of treatment and continuing sobriety in alcohol dependent individuals.

Method. We examined 82 adults (57 men and 25 women), meeting the ICD-10 alcohol dependence criteria, undergoing alcohol dependence therapy, who were divided into two groups – smoking and non-smoking (male and female). Twice during the study – between the 7th and 14th day and 50th and 90th day of therapy – subjects were examined with the use of a structured questionnaire, including basic demographic data, the Nicotine Dependence Test and the Nicotine Dependence Questionnaire by Fagerstrom and the Obsessive-Compulsive Drinking Scale by Anton.

Results. The study was accomplished by 76 patients. In 80% of the alcohol dependent smokers the number of cigarettes per day remains unchanged. There were no significant differences in alcohol craving between smokers and non-smokers.

Słowa kluczowe: uzależnienie od alkoholu, głód alkoholowy, uzależnienie od nikotyny

Key words: alcohol dependence, alcohol craving, nicotine dependence

Wstęp

Z dotychczasowych badań wynika, że uzależnienie od alkoholu i uzależnienie od nikotyny są ze sobą ściśle powiązane, a w badaniach na zwierzętach stwierdzono krzyżową wrażliwość na te dwie substancje [1]. Badania genetyczne COGA potwierdziły istnienie wspólnego loci na chromosomie 2 sprzężonego z ZZA i uzależnieniem od nikotyny [2].

Wg Rambergera i Granta [3] około 80% osób z zespołem zależności alkoholowej (ZZA) pali papierosy, w badaniu zaś populacji australijskiej przeprowadzonym przez

Degenhardta i Halla [5] – 51% osób uzależnionych od alkoholu regularnie pali tytoń [4]. W teście wyboru większość z osób uzależnionych jednocześnie od alkoholu i nikotyny przedkładała używanie obu tych substancji jednocześnie nad używanie tylko jednej z nich. Picie alkoholu jest traktowane jako czynnik predykcyjny palenia tytoniu [6]. Uzależnienie od nikotyny jest bardziej nasilone u palaczy z uzależnieniem od alkoholu [3, 7]. Skutkiem jednoczesnego nadużywania obu substancji jest zwiększone ryzyko licznych chorób, w tym nowotworów w obrębie głowy i szyi [3]. Nadużywanie alkoholu jest czynnikiem zwiększającym ryzyko uzależnienia od nikotyny [8], a z drugiej strony – długotrwałe palenie tytoniu, duża liczba objawów uzależnienia od nikotyny i silny głód nikotyny, mierzone za pomocą testu Fagerstroma, są związane z nasileniem uzależnienia od alkoholu [9]. Z badań Johna i wsp. [10] wynika, że palenie 30 lub więcej papierosów dziennie, początek palenia przed 17 rokiem życia, uzależnienie od nikotyny lub spełnianie pojedynczych kryteriów tego uzależnienia zwiększa względne ryzyko wystąpienia uzależnienia od alkoholu ponad czterokrotnie. Alkohol potencjalizuje nagradzający efekt nikotyny [11].

Duża częstość współwystępowania uzależnienia od nikotyny i alkoholu oraz duża śmiertelność wśród osób z takim mieszanym uzależnieniem powoduje, że zainteresowanie budzi leczenie obu tych uzależnień – osobno i łącznie. Tym bardziej interesujące wydaje się zagadnienie, czy palenie tytoniu jest czynnikiem sprzyjającym powodzeniu terapii uzależnienia od alkoholu, czy też należy podejmować próbę leczenia obu tych uzależnień jednocześnie.

Celem niniejszej pracy jest ocena wpływu palenia tytoniu na natężenie głodu alkoholowego u osób leczonych odwykowo z powodu uzależnienia od alkoholu.

Osoby badane

Badanie przeprowadzono w okresie od grudnia 2002 r. do kwietnia 2005 r. na Oddziale Dziennym Leczenia Uzależnień w Gorzowie Wielkopolskim, w Wojewódzkim Ośrodku Terapii Uzależnień i Współuzależnienia od Alkoholu w Stanominie oraz w Klinice Psychiatrii PAM w Szczecinie. Protokół badania został zaakceptowany przez Komisję Etyczną przy Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. Pacjenci zostali zapoznani z warunkami uczestniczenia w badaniu i wyrazili pisemną zgodę na udział w nim. Warunkiem włączenia do udziału w badaniu było spełnianie kryteriów uzależnienia od alkoholu wg *Międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych – ICD-10* oraz rozpoczęcie terapii odwykowej. W wymienionych wyżej ośrodkach stosowany jest model Minnesota, obejmujący 84-dniowy program leczenia.

Osoby badane wypełniały dwukrotnie ankietę obejmującą podstawowe dane demograficzne oraz testy oceniające poziom uzależnienia od nikotyny (Test Uzależnienia od Nikotyny, Kwestionariusz Tolerancji Nikotyny, wg Fagerstroma [13]) i nasilenie „głodu alkoholowego” (Skala Natręctw Alkoholowych, wg Antona i wsp. [15]).

Pierwsze badanie przeprowadzono pomiędzy 7 a 14 dniem terapii odwykowej, drugie pomiędzy 50 a 90 dniem. Do udziału w badaniu zakwalifikowano grupę liczą-

ca 82 osoby – znajdowało się w niej 25 kobiet (30,4% badanych) oraz 57 mężczyzn (69,6% badanych).

Spośród osób badanych wyodrębniono grupę pacjentów palących – 62 osoby, i grupę osób niepalących – 20. Następnie podzielono grupę palących wg płci: 18 palących kobiet i 44 palących mężczyzn.

Z 82-osobowej grupy do momentu przeprowadzania drugiego badania ankietowego w programach terapii realizowanych w ośrodkach pozostało 76 osób – 24 kobiety i 52 mężczyzn. Za kryterium nawrotu uzależnienia przyjmowano spożycie alkoholu lub przerwanie terapii przed momentem drugiego badania (pomiędzy 50 a 90 dniem abstynencji). Grupa ta liczyła 6 osób – pięciu mężczyzn i jedną kobietę.

Osoby palące wypalały w ciągu doby średnio 22 ± 7 papierosów (kobiety: $20,5 \pm 5$, mężczyźni: 22 ± 8). Normalność rozkładu analizowano za pomocą testu K-S dla jednej próby. Wartości średnie porównano na podstawie testu Wilcozona dla dwóch prób zależnych. Wskaźnik poprawy obliczano dzieląc różnicę pomiędzy wynikiem początkowym a końcowym ($\times 100\%$), uzyskanym w Skali Natręctw Alkoholowych wg Antona i wsp. [14, 15] przez wynik początkowy (tab. 1). Do porównania średnich użyto testu UManna–Whitneya (tab. 1a).

Wyniki

Wykazano, że w trakcie leczenia odwykowego głód alkoholowy mierzony za pomocą Skali Natręctw Alkoholowych wg Antona i wsp. [14, 15] (porównanie wyników na początku leczenia odwykowego i po 50 dniach – do 90 dni – jego trwania) uległ zmniejszeniu w całej badanej grupie z $16,7 \pm 5,6$ do $9 \pm 4,2$ punktu. Zmniejszenie się wskutek terapii odwykowej nasilenia głodu alkoholowego było istotne statystycznie zarówno w podgrupie osób palących, jak i niepalących, na poziomie $p = 0,001$.

Tabela 1. Porównanie wskaźnika poprawy w Skali Natręctw Alkoholowych pomiędzy grupą pacjentów palących i niepalących

	Liczba badanych	Liczba pkt. minimalna	Liczba pkt. maksymalna	Wartość średnia	SD
niepalący	19	7%	73%	47%*	17%
palący	57	-7%	85%	45%*	20%

* $p = 0,696$

Tabela 1a. Porównanie średnich wskaźników poprawy – wartości liczbowe

	Średnia ranga	Suma rang	U	p
Niepalący	40,21	764,0	509,0	0,696
Palący	37,93	2162,0		

Porównanie średnich wartości wskaźnika poprawy w zakresie głodu alkoholu mierzonego za pomocą Skali Natręctw Alkoholowych wykazało brak istotnych różnic pomiędzy grupami wydzielonymi ze względu na palenie tytoniu ($p = 0,696$). W trakcie leczenia odwykowego liczba wypalanych papierosów u większości badanych osób (u 80%) nie uległa zmianie. Podział na grupy wg płci osób uzależnionych od alkoholu, palących i niepalących, i obliczenia ww. parametrów nie wykazały żadnych istotności, dlatego dane te w niniejszym artykule pominięto.

W trakcie trwania terapii odwykowej zarówno wyniki Testu Uzależnienia Fagerstroma, jak i wyniki Kwestionariusza Tolerancji Fagerstroma nie ulegały istotnym statystycznie zmianom.

Omówienie wyników

Problem współwystępowania uzależnienia od alkoholu i nikotyny jest opisywany w piśmiennictwie. Programy leczenia uzależnień wskazują, iż terapia przeciwalkoholowa powinna być prowadzona jednocześnie z terapią przeciwnikotynową [16]. Wprawdzie często traktuje się fakt utrzymania abstynencji od alkoholu jako miernik skuteczności leczenia odwykowego, należy jednak takie podejście uznać za zbyt uproszczone. Rozważanie w przedstawionej pracy natężenia natręctw alkoholowych było podyktowane próbą znalezienia także innych czynników pozwalających na ocenę efektywności leczenia odwykowego. W przedstawionej pracy analizowano, jak palenie tytoniu wpływa na natężenie głodu alkoholowego w trakcie terapii odwykowej. Stwierdzono, że uzyskana w wyniku terapii odwykowej redukcja głodu alkoholowego, mierzona za pomocą Skali Natręctw Alkoholowych, nie była istotnie różna w grupie osób palących i niepalących. Poglądy na rolę kontynuowania palenia w trakcie terapii uzależnienia od alkoholu są niejednoznaczne. Wg Johna i wsp. [10] palenie papierosów ma przyspieszać nawrót uzależnienia od alkoholu poprzez aktywację układu dopaminergicznego. Dlatego autorzy [17] zalecają jednoczesne odstawienie alkoholu i tytoniu. Ostrożniej wypowiadają się na ten temat Hurt i Patten [18] oraz Stotts i wsp. [19], mówiąc, że leczenie uzależnienia od tytoniu nie musi skutkować nawrotem picia, a nawet zaprzestanie palenia może dać efekt w postaci dłuższego utrzymywania abstynencji od alkoholu. Kohn i wsp. [20], badając grupę 749 osób (395 palących i 294 niepalących) poddanych terapii odwykowej z powodu uzależnienia od alkoholu lub narkotyków wykazali, że osoby, które zaprzestały palenia w trakcie obserwacji, a następnie ponownie zaczęły palić, częściej przerywały terapię odwykową. Wnioskowali oni, że powrót do palenia w trakcie terapii odwykowej zwiększa ryzyko przerwania abstynencji alkoholowej. Analizując średnią długość pozostania w terapii wykazano, że najlepsze wyniki osiągnęły osoby, które przerwały palenie podczas terapii, a następnie osoby, które nie paliły w ogóle. Dużo krótszy okres uczestniczenia w terapii stwierdzono u osób, które paliły podczas terapii odwykowej lub rozpoczęły palenie w jej trakcie. Natomiast badania na zwierzętach Kashkina i de Wittego [21] wykazały, że nikotyna w pewnym zakresie dawek może łagodzić objawy głodu alkoholu, co może nasunąć pytanie, czy celowe jest nakłanianie pacjentów do rozpoczęcia jednocześnie abstynencji od alkoholu i nikotyny. Z drugiej strony, z badań

Hughes'a i wsp. [22] wynika, że powstrzymywanie się od palenia nie było krótsze ani też skuteczność terapii uzależnienia od nikotyny nie była większa u osób z historią uzależnienia od alkoholu w porównaniu z osobami bez takiej historii. Novy i wsp. [23] natomiast stwierdzają, że palacze z historią uzależnienia od alkoholu wymagają bardziej intensywnego i odmiennego leczenia od osób bez takiej historii.

Jak więc widać, przedstawione poglądy na wzajemne interakcje palenia tytoniu i uzależnienia od alkoholu są dość niejednoznaczne. W naszej pracy nie udało nam się potwierdzić hipotezy, że palenie tytoniu jest czynnikiem sprzyjającym bądź utrudniającym terapię uzależnienia od alkoholu w rozumieniu istotnej redukcji objawów głodu alkoholowego różnicującej grupy palaczy i osoby niepalące. Jednak ze względu na małą liczebność grupy i krótki czas obserwacji nie można jednoznacznie stwierdzić braku wpływu palenia tytoniu na nasilenie głodu alkoholu. Zdecydowana większość dostępnego piśmiennictwa rozpatruje długoterminowe efekty leczenia odwykowego. Ze względu na interesujące przesłanki teoretyczne należałoby rozważyć dalsze badania w większej populacji pacjentów i dłuższy okres obserwacji.

Wniosek

Palenie papierosów przez osoby uzależnione od alkoholu nie ma wpływu na redukcję nasilenia głodu alkoholowego w czasie kuracji odwykowej.

Влияние курения табака на напряжение алкогольного голода у лиц во время лечения алкогольной зависимости

Содержание

Литературные данные указывают, что 80% лиц с алкогольной зависимостью курят папиросы.

Задание. Задачей исследования была оценка влияния курения папиросов на увеличение алкогольного голода, и в успехе эффективности лечения и поддержания трезвости у лиц, зависимых от алкоголя.

Метод. 82 взрослых (57 мужчин и 25 женщин), исполняющих критерии синдрома алкогольной зависимости по Классификации ICD-10, принимавших участие в отвыке от зависимости, разделены на группы курящих и некурящих (с учетом пола). Проведено анкетное исследование, два раза между 7 и 14, потом между 50–90 днями лечения. В анкете помещены демографические данные, тест зависимости от никотина и глоссарий толерантности никотина по Фагерстрону, а также шкала алкогольных навязчивостей по Антону.

Результаты. Исследование окончили 76 пациентов. У 80% курящих количество выкуриваемых папирос во время лечения алкогольной зависимости осталась без изменений. Редукция напряжения алкогольного голода не отличалась существенно статистическим результатом между группами курящих и некурящих пациентов.

Einfluss vom Tabakrauchen auf die Intensität der Alkoholdurst bei Personen während einer Entziehungskur

Zusammenfassung

Aus der Literatur geht hervor, dass 80% der Alkoholabhängigen Zigaretten rauchen.

Ziel. Das Ziel der Studie war die Beurteilung des Einflusses vom Zigarettenrauchen auf die Intensität der Alkoholdurst, und als Folge - auf die Wirksamkeit der Behandlung und Erhaltung der Nüchternheit bei den Alkoholsüchtigen.

Methode. 82 Erwachsene (57 Männer und 25 Frauen) erfüllten die Kriterien des Syndroms der Alkoholabhängigkeit nach ICD-10. Sie nahmen an einer Entziehungskur teil und wurden in Gruppen Raucher - Nichtraucher (mit Berücksichtigung des Geschlechts) geteilt. Die Teilnehmer wurden zweimal mit einer Umfrage untersucht: zwischen dem 7. - 14. und 50. - 90. Therapietag. Der Fragebogen enthielt: demographische Angaben, Test für Tabakabhängigkeit, Fragebogen für Tabaktoleranz nach Fragerstrom und Skala der Alkoholzwänge nach Anton.

Ergebnisse. Die Studie haben 76 Patienten abgeschlossen. Bei 80% der Rauchenden blieb die Zahl der gerauchten Zigaretten während der Entziehungskur unverändert. Die Reduktion der Alkoholdurst unterschied sich zwischen der Gruppe der Rauchenden und der nichtrauchenden Patienten statistisch nicht bedeutend.

L'influence du tabagisme sur l'intensité de la soif d'alcool durant la thérapie de la réhabilitation de l'alcoolisme

Résumé

La littérature en question indique que 80% des alcooliques fument les cigarettes.

Objectif. Estimer l'influence du tabagisme sur l'intensité de la soif d'alcool et en conséquence – sur l'efficacité de la thérapie antialcoolique.

Méthode. On examine 82 adultes (57 hommes et 25 femmes), diagnostiqués alcooliques d'après les critères ICD-10, divisés en deux groupes : fumeurs et non fumeurs, hommes et femmes. Ils sont examinés deux fois : entre 7^e et 14^e jours de la thérapie et entre 50^e et 90^e jours de la thérapie. Le questionnaire contient les données démographiques, the Nicotine Dependence Test et the Nicotine Dependence Questionnaire de Fagerstrom et the Obsessive-Compulsive Drinking Scale d'Anton.

Résultats. 76 patients finissent cette examen. Le nombre des cigarettes fumées reste le même chez 80% des patients suivant la thérapie. L'intensité de la soif d'alcool reste presque la même dans le groupe des fumeurs et de non fumeurs.

Piśmiennictwo

1. Lopez MF, White NM, Randall CL. *Alcohol tolerance and nicotine cross-tolerance in adolescent mice.* *Addict. Biol.* 2001; 6 (2): 119–127.
2. Bierut LJ, Rice JP, Goate A, Hinrichs AL, Saccone NL, Foroud T, Edenberg HJ, Cloninger CR, Begleiter H, Conneally PM, Crowe RR, Hesselbrock V, Li TK, Nurnberger JI Jr, Porjesz B, Schuckit MA, Reich T. *A genomic scan for habitual smoking in families of alcoholics: common and specific genetic factors in substance dependence.* *Am. J. Med. Genet. A.* 2004; 124 (1): 19–27.
3. Romberger DJ, Grant K. *Alcohol consumption and smoking status: the role of smoking cessation.* *Biomed. Pharmacother.* 2004; 58 (2): 77–83.
4. Degenhardt L, Hall W. *Patterns of co-morbidity between alcohol use and other substance use in the Australian population.* *Drug Alcohol Rev.* 2003; 22 (1): 7–13.
5. Schmitz JA, Sayre SL, Hokanson PS, Spiga R. *Assessment of the relative reinforcement value of smoking and drinking using a multiple-choice measurement strategy.* *Nicot. Tob. Res.* 2003; 5 (5): 729–734.
6. Manwell LB, Ignaczak M, Czabala JC. *Prevalence of tobacco and alcohol use disorders in Polish primary care settings.* *Eur. J. Publ. Health* 2002; 12 (2): 139–144.
7. Daepfen JB, Smith TL, Danko GP, Gordon L, Landi NA, Nurnberger JI Jr, Buchholz KK, Raimo E, Schuckit MA. *Clinical correlates of cigarette smoking and nicotine dependence in alcohol-dependent men and women. The Collaborative Study Group on the Genetics of Alcoholism.* *Alcohol Alcohol.* 2000; 35 (2): 171–175.

8. Schumann A, Hapke U, Meyer C, Rumpf HJ, John U. *Prevalence, characteristics, associated mental disorders and predictors of DSM-IV nicotine dependence*. Eur. Addict Res. 2004; 10 (1): 29–34.
9. John U, Meyer C, Rumpf HJ, Schumann A, Thyrian JR, Hapke U. *Strength of the relationship between tobacco smoking, nicotine dependence and the severity of alcohol dependence syndrome criteria in a population-based sample*. Alcohol Alcohol. 2003; 38 (6): 606–612.
10. John U, Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U. *Probabilities of alcohol high-risk drinking, abuse or dependence estimated on grounds of tobacco smoking and nicotine dependence*. Addict. 2003; 98 (6): 805–814.
11. Rose JE, Brauer LH, Behm FM, Cramblett M, Calkins K, Lawhon D. *Psychopharmacological interactions between nicotine and ethanol*. Nicot. Tob. Res. 2004; 6 (1): 133–144.
12. Schmidt LG, Smolka M. *Relapse prevention in alcoholics by cigarette smoking? Involvement of nicotinic-dopaminergic mechanisms*. Alcohol. 2001; 24 (2): 111–115.
13. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. *The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire*. Brit. J. Addict. 1991; 86 (9): 1119–1127.
14. Anton RF, Moak DH, Latham P. *The Obsessive Compulsive Drinking Scale: a self-rated instrument for the quantification of thoughts about alcohol and drinking behavior*. Alcohol Clin. Exp. Res. 1995; 19 (1): 92–99.
15. Anton RF, Moak, DH, Latham PK. *Obsessive Compulsive Drinking Scale: A new method of assessing outcome in alcoholism treatment studies*. Arch. Gen. Psychiatry 1996; 53 (3): 225–231.
16. Gulliver SB, Rohsenow DJ, Colby SM, Dey AN, Abrams DB, Niaura RS, Monti PM. *Interrelationship of smoking and alcohol dependence, use and urges to use*. J. Stud. Alcohol. 1995; 56 (2): 202–206.
17. Brody AL, Mandelkern MA, London ED, Childress AR, Lee GS, Bota RG, Ho ML, Saxena S, Baxter LR Jr, Madsen D, Jarvik ME. *Brain metabolic changes during cigarette craving*. Arch. Gen. Psychiatry 2002; 59 (12): 1162–1172.
18. Hurt RD, Patten CA. *Treatment of tobacco dependence in alcoholics*. Rec. Dev. Alcohol. 2003; 16: 335–359.
19. Stotts AL, Schmitz JM, Grabowski J. *Concurrent treatment for alcohol and tobacco dependence: are patients ready to quit both?* Drug Alcohol Depend. 2003; 69 (1): 1–7.
20. Kohn CS, Tsoh JY, Weisner CM. *Changes in smoking status among alcohol and drugs at 12-month follow-up*. Drug Alcohol Depend. 2003; 69 (1): 61–71.
21. Kashkin VA, De Witte P. *Nicotine increases microdialysate brain amino acid concentrations and induces conditioned place preference*. Eur. Neuropsychopharmacol. 2005; 15 (6): 625–632.
22. Hughes JR, Novy P, Hatsukami DK, Jensen J, Callas PW. *Efficacy of nicotine patch in smokers with a history of alcoholism*. Alcohol Clin. Exp. Res. 2003; 27 (6): 946–954.
23. Novy P, Hughes JR, Callas P. *A comparison of recovering alcoholic and non-alcoholic smokers*. Drug Alcohol Depend. 2001; 65 (1): 17–23.

Adres: Michał Wroński
Katedra i Klinika Psychiatrii PAM
71-460 Szczecin, ul. Broniewskiego 26

Otrzymano: 12.12.2005
Zrecenzowano: 17.07.2006
Przyjęto do druku: 14.09.2006