

ZAKAJ KADILCI NE ZMOREJO IN ZMOREJO NEHATI KADITI

Maja Rus Makovec

ALI JE KAJENJE SLABA NAVADA, KI JO JE MOGOČE OPUSTITI Z LAHKOTO

Neredko razumemo kajenje kot nezdravo ali slabo navado; kdor se je hoče znebiti, potrebuje le nekaj volje in discipline. Iz tega izhodišča je težko razumeti, zakaj se potem toliko ljudi ukvarja z mislijo, da bi bilo dobro, ko bi nehali kaditi, hkrati pa tega ne zmorejo uresničiti.

Nikotin je ena od psihotropnih snovi, ki človeka hudo zasvojijo, vendar se od drugih razlikuje po svoji posebni lastnosti, namreč da ne povzroči osebnostnih in vedenjskih sprememb, kot jih izzovejo druge droge. Kadilčevi način razmišljanja, čustvovanja, povezovanja z drugimi ljudmi, občutek za odgovornost in subtilnost razumevanja socialnih situacij ipd. ob obzirnosti do nekadilcev ostajajo intaktni. Za razliko od odvisnih od drugih kadilci torej ne potrebujejo specifičnega psihološkega ali psihiatričnega zdravljenja. Zato zelo pogosto spregledamo resnost njihove nevrobiološke odvisnosti. Pri zasvojenosti z nikotinom poleg biološke komponente sodelujejo tudi utrjenost ritualov in medosebnih odnosov, ki se povezujejo s kajenjem.

Kadilcem lahko ponudimo učinkovito podporo pri opuščanju kajenja z intervencijami v somatski medicini, če smo le informirani o nevrobiološki moči nikotinske zasvojljivosti na eni strani in sodobnih pogledih na motivacijske postopke na drugi strani. Želim vas seznaniti s temi temami. Če ima kadilec uvid v lastno zasvojenost, torej razume, da je zasvojen, to nikakor ne zagotavlja, da zmore svoje nezdravo vedenje tudi spremeniti. Nasprotno, ko se z nikotinom zasvojeni zave škodljivih posledic kajenja, se lahko paradokсно najhitreje, čeprav za krajši čas, potolaži ravno s kajenjem.

KAKO UČINKUJE NIKOTIN V MOŽGANIH?

Kadilci so le redko socialni kadilci in so največkrat, kar v 90 %, zasvojeni. Pri alkoholu je ravno obratno, le približno 10 % uživalcev alkohola postane zasvojenih. En zavojček cigaret priskrbi približno 250 nikotinskih zadetkov dnevno. Nikotin zelo hitro sproži centralni učinek z mnogoterim ojačenjem nagrajevalnega vedenja. V možgane vstopi že 7–10 sekund po inhalaciji; po krvnem obtoku prispe v nadledvično žlezo, kjer spodbudi sproščanje adrenalina in s tem sproži sistemske učinke. V možganih deluje na (acetyl)-holinergične nikotinske receptorje ($\alpha 4$, $\beta 2$). Na ta način neposredno spodbudi aktivnost dopamina, izkazuje pa se tudi posredni učinek prek glutamata

(kar omogoča izkušanje nagrade do ene ure). Aktivirani nikotinski receptorji spodbudijo aktivnost beta-endorfinov (ki lajšajo bolečino). Nižji odmerki nikotina omogočajo kognitivno stimulacijo. Nikotin se dobro pari z alkoholom, saj človeku medsebojno lajšata neprijetne učinke, ki jih povzročata. Tako kajenje ob pitju alkohola manjša vpliv alkohola na male možgane (manj je težav s koordinacijo gibov) in motnje spomina, ki jih proži alkohol. Nikotin je stimulator, daje pa vtis anksiolitičnosti, ki je lažen, saj v resnici blaži odtegnitveno stanje. Nikotin torej povzroči hitro in močno odvisnost.

OD NAVADE (KI JE ŽE SAMA DOKAJ UTRJENO AVTOMATIZIRANO VEDENJE!) DO ZASVOJENOSTI

Kako kadilec prestopi mejo med med socialnim kajenjem in navado ter odvisnostjo? Vedno je vpleteno mrežje povezav kortikobazalnih ganglijev z glutamatergično projekcijo (ekscitatorna) iz kortikalnih projekcij v bazalne ganglije z inhibicijskimi nevroni GABA. Bazalni gangliji zagotovijo, da kako vedenje postane avtomatično, če ga začnemo ponavljati: avtomatiziranost vedenja pomeni prihranek pri energiji in je zato evolucijsko spodbujano. V kontroli svojega vedenja (koliko svobodno izbiramo svoje vedenje in koliko je vedenje avtomatizirano) s 1. ciljem povezano akcijo (instrumentalno vedenje) in 2. navado. Prva oblika vedenja vsebuje pričakovanje nagrade, znižanje vrednosti nagrade ali averzivne/škodljive posledice zmanjšajo vedenjsko aktivnost. Tako na primer mlada ženska kadi, ker to počne v prijatni družbi ali pričakuje manjšo potrebo po hranjenju; če bo imela obleka vonj po cigaretnem dimu, jo bo to odvrnilo od kajenja. Ob rednem kajenju se najprej razvije navada. Na navade pa ne vpliva sprememba v nagradi (če ta postane manj privlačna) in to vedenje ni povezano z iskanjem izkušnje nagrade (na primer dober okus). Tako vonj po cigaretnem dimu ni več razlog, da mlada ženska ne bi kadila. Instrumentalno vedenje se preoblikuje v navado po daljšem rednem treningu tega vedenja. Pri instrumentalnem kajenju – recimo mu socialno kajenje – kadilec išče nagrado (učinek nikotina in okoliščine, ki so mu prijetne), vnos zmore omejevati in je povezan z določenim ciljem ("na zabavi bom s prijatelji kadila na balkonu in se zabavala"). Pri tvorbi navade pa se vedenje-kajenje ponavlja, tudi ko ni zavestne želje, ker vedenje iz navade spodbujajo pretekli in aktualni dražljaji. Navada postane rigidno vedenje, začne se oblikovati motnja v upravljanju limbičnega kortikostriatnega vezja, ki se stopnjuje do kompulzivnosti – do vedenja, ki vztraja navkljub negativnim posledicam ali prav zaradi njih. Kadilec jih poskuša prav s tem vedenjem pomiriti – "ko me skrbijo zapleti kajenja, kadim", ker so se možgani priučili, da nikotin pomaga uravnnavati razpoloženje.

Navada je torej predstopnja kompulzivnosti, kompulzivnost pa je del zasvojenosti. Kompulzivno vedenje je odporno na izzvenevanje. Zato ni ustrezno razumevanje odvisnosti kot le zelo utrjene navade, saj gre pri odvisnosti za

nevroanatomsko in vedenjsko drugačno kvaliteto. V stanju zasvojenosti je odziv kadirca na s kajenjem povezane dražljaje povezan z močnim dvigom dopamina, ki ima motivacijsko-apetitno vlogo – kadirci doživljajo, kakor da jih zelo močno vleče k kajenju. Zmožnost prefrontalne možganske skorje, da bi pomirila hlepenje oziroma močan dvig dopamina v jedru *accumbens* z gabaergično projekcijo, je v zasvojenosti zmanjšana. Stanje zasvojenosti torej pomeni zelo močno avtomatizirano vedenje z nevrobiološko zmanjšano zmožnostjo za samopomiritev tega hlepenja.

Nikotin je uzurpiral tiste evolucijsko stare možganske povezave, ki so pomembne za doživljanje ugodja. Naravni sprožilci doživljanja ugodja so hrana, pijača, spolnost, prijateljsko in podporno vedenje, varno zatočišče. V stanju zasvojenosti je človek manj odziven na naravne dražljaje in ob odtegnitvi nikotina doživlja tako telesne kot duševno neprijetna stanja. Kadirci so ob rednem kajenju v možganih pridobili večje število nikotinskih acetilholinskih receptorjev; zvečano število teh receptorjev so raziskoalci zaznali še 4 tedne po prenehanju kajenja, do normalizacije pa je prišlo praviloma v 6–12 tednih. Tako je pričakovati, da se kadirci od enega do treh mesecih po prenehanju kajenja subjektivno slabo počutijo, saj doživljajo hlepenje (ang. *craving*), kar pomeni občutek siljenja h kajenju, ki ga morajo premagovati. Posebej neprijetne odtegnitvene simptome praviloma doživljajo v prvem tednu opustitve kajenja – od izrazite anksioznosti, nočnega prebujanja, slabšega razpoloženja, prehodnih blažjih kognitivnih motenj itd. V tem obdobju bi mnogi potrebovali teden dni bolniškega staleža. Okoli 15 % kadircev pa ob prenehanju kajenja ne izkusi odtegnitve; to so tisti kadirci, ki pripovedujejo, da so se naenkrat brez težav odločili za prenehanje.

PRILOŽNOSTI ZA SPODBUDO K OPUŠČANJU KAJENJA: OBISK SOMATSKEGA ZDRAVNIKA

Iz zgoraj naštetega je lažje razumeti, zakaj je za mnoge kadirce tako težko nehati kaditi. Pa vendar jih veliko zmore kajenje opustiti. Ljudje smo namreč zmožni močnih preobratov svojega vedenja. Kadirci potrebujejo predvsem spodbudo in smiselno motivacijo. Za preoblikovanje navade/zasvojenosti je treba na novo ustvariti stabilne nevrnske povezave, torej se je treba v nov tip vedenja siliti in pri tem vztrajati. Za tako spremembo potrebujejo razlog, večino, kako se je lotiti, in dovolj energije, da načrt izpeljejo. Za energijo poskrbijo čustva: potrebna je torej le še ustrezna motivacija.

Ko zdravnik sprejme obisk pacienta, ima odlično priložnost, da ga povpraša po kajenju. Vsako leto obiše zdravnika 7 od 10 kadircev. Zdravniki jim sicer pogosto svetujejo, naj nehajo kaditi, večina pa ne razloži, kako naj to storijo. Somatski zdravniki tudi pogosto ne vedo, kako naj se tega lotijo naj kadirce

odločno soočijo z zdravstveno škodo ali naj raje o tem sploh ne govorijo, da ne bi bili ocenjeni kot vsiljivi.

Dilema pa sploh ni huda! Pacienta naj povpraša: "Ali kadite?" Če odgovori pritrdilno, naj zdravnik sledi eni od dveh poti, ki sta obe zelo preprosti, a učinkoviti (izbere naj tisto, ki je bliže njegovemu načinu komunikacije). Po prvi naj vpraša: "Ali načrtujete, da bi nehali?" McCullough je s sodelavci ugotovil, da samo ta preprosta komunikacija (ki uvede razmišljanje o dejanski spremembi vedenja) zveča delež kadilcev, ki načrtujejo opustitev kajenja s 25,5 % na 51 % [1]. Po drugi pa naj vpraša: "Kako pomembno je, da bi opustili kajenje? Koliko ste prepričani, da vam bo uspelo? Koliko ste pripravljeni takoj opustiti kajenje?" – Zdravnik po eni ali drugi poti podpre pacientove vedenjske namere k prenehanju kajenja, ne da bi ga k temu silil, hkrati pa mu nakaže, da mu povsem prepušča odločitev. Zadnji del ene in druge intervencije je, da pri ponovnih pregledih pacienta vpraša, kako mu gre. Nič hudega, če pove, da zapada v recidive. Večkrat ko kadilec poskusi opustiti kajenje, bolj gotovo mu bo to nekoč res uspelo.

NISMO TIHO IN NE SILIMO: MOTIVACIJSKI INTERVJU

V pomoč pri ohranjanju tega načina komunikacije, usmerjene v spremembo vedenja oziroma opustitev kajenja, je dobro poznati osnovna načela motivacijskega intervjuja (MI). Opisala sta ga Miller in Rollnick (2002): gre za v klienta usmerjeno direktivno metodo za olajšanje intrinzične motivacije za spremembo z raziskovanjem in razreševanjem ambivalence. Direktivnost pomeni v tem primeru usmerjanje aktivnosti v neki fokus, ne pa siljenje ali ukazovanje. MI upošteva štiri osnovna načela, ki niso unikatna za MI, čeprav so kombinirana in poudarjena na nov način:

1. Izražanje empatije – zdravnik naj poskusi razumeti in sprejeti pacientov pogled brez moraliziranja.
2. Razvijanje ambivalence – zdravnik naj usmerja pacienta, da bo videl razliko med aktualnim in zaželenim vedenjem, pozitivne in negativne plati kajenja.
3. Z odpori pacienta do prenehanja kajenja naj se zdravnik ne spopada, ampak naj jih poskusi prepoznati in razumeti.
4. Spodbujanje samoučinkovitosti: zdravnik naj pacientu ne očita, da je bil neuspešen pri opuščanju kajenja, ampak naj poudari izjeme – obdobja, ko mu je uspelo, čeprav za kratko. Pogovarja naj se tudi o tem, kaj je bilo v obdobju, ko ni kadil ali pa je kadil manj, drugače kot sicer. Kadilec se je večinoma prej pripravljeni spremeniti in opustiti nezdravo vedenje, če ga k temu zdravnik ne sili, ampak mu pomaga razumeti njegove razloge za vzdrževanje kajenja in razloge za opuščanje vedenja, hkrati pa vzbuja zanimanje in upanje, da je sprememba možna.

LITERATURA

- Benowitz NL. Neurobiology of nicotine addiction: implications for smoking cessation treatment. *Am J Med* 2008; 121 (4 Suppl 1): S3–10.
- Ferketich AK, Khan Y, Wewers ME. Are physicians asking about tobacco use and assisting with cessation? Results from the 2001–2004 national ambulatory medical care survey (NAMCS). *Prev Med* 2006; 43 (6): 472–6.
- Koob GF, Volkow N. Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology* 2010; 35 (11): 217–38.
- McCullough A, Fisher M, Goldstein AO, Kramer KD, Ripley-Moffitt C. Smoking as a vital sign: prompts to ask and assess increase cessation counseling. *J Am Board Fam Med* 2009; 22 (6): 625–32.
- Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people for change*. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2002.
- Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane DB Syst Rev* 2008; 2: CD000165.
- Tapper AR, McKinney SL, Nashmi R, Schwarz J, Deshpande P, Labarca C, et al. Nicotine activation of alpha4* receptors: sufficient for reward, tolerance, and sensitization. *Science* 2004; 306 (5698): 1029–32.
- Yin HH. From actions to habits. Neuroadaptations leading to dependence. *Alcohol Health Res World* 2008; 31 (4): 340–4.