

УДК 159.9

ББК 88.4

В.В. БЕЛОКОЛОДОВ

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ У НАРКОЗАВИСИМЫХ

Ключевые слова: приверженность лечению, наркозависимость, комплаенс.

В статье сделан обзор литературы по проблеме приверженности лечению наркозависимых. Низкая эффективность лечения наркотической зависимости во многом определяется мотивацией больного на выздоровление, а также такими факторами, как: социально – экономические, связанными с самим пациентом, его окружением в период нахождения в стационаре, непосредственно с его состоянием в период лечения. Формирование доверительных отношений между врачом и пациентом, информированность о трудностях и ресурсах выздоровления, как самого пациента, так и его ближайшего окружения, положительно отражаются и на лечении, и на формировании устойчивой ремиссии.

V.V. BELOKOLODOV

ADHERENCE TO TREATMENT IN DRUG ADDICTS

Key words: adherence to treatment, drug addicts, compliance.

The paper presents a review on problem of medical treatment adherence in drug addicts . A low effectiveness of drug addiction therapy is caused mainly by lack of patient's motivation as well as by various socio – economic reasons such as clinical environment and conditional wellbeing during treatment. Establishing trustful physician – patient relationship, ensuring the patient and his immediate surrounding are well – informed of difficulties and resources of the particular treatment impact positively the recovery process and maintenance of stable remission in patients.

Проблема приверженности пациента к лечению (комплаенса), существует столько же, сколько и практическая медицина. В докладе Всемирной организации здравоохранения «Приверженность длительной терапии, доказательство действенности», опубликованном в 2003 г., предлагается следующее определение приверженности лечению: «степень соответствия поведения человека рекомендациям врача или другого медицинского работника» («Adherence to long – term therapy, evidence of action», 2003), что означает уже не только принципиальное согласие с рекомендацией врача, но и выполнение

его назначений [4]. Приверженность лечению касается как приема лекарственных средств, так и модификации образа жизни.

Термин «compliance» (соответствие, податливость, уступчивость) понимается как осознанное сотрудничество между врачом и пациентом, а также членами его семьи, что признается в качестве обязательного условия любой серьезной терапии, обеспечивает терапевтическую эффективность [22]. Даже самое современное лечение, назначенное высококвалифицированным врачом, не позволит достичь улучшения состояния, если пациент не настроен вести здоровый образ жизни и выполнять рекомендации врача.

По оценкам специалистов, долгосрочная приверженность любому лечению независимо от заболевания не превышает 50%. Особую остроту данная проблема приобретает в наркологии, где общее число пациентов с высокой и устойчивой готовностью к продолжению лечения не превышает 25%. На последующем, амбулаторном этапе, число таких пациентов не достигает 20% [5].

Успешность лечения наркоманий во многом определяется особенностями субъективной стороны заболевания, или отражения болезни в психике пациента, или отношением к болезни [12, 30]. Таким образом, для успешного лечения пациента особую значимость имеют его субъективные представления о заболевании, оценке собственных ресурсов и признании своей ответственности в терапевтическом процессе.

На сегодняшний день эффективность лечения больных наркоманией (годовая полная ремиссия) находится в пределах 5 – 15% от числа больных, обратившихся за медицинской помощью. Среди больных героиновой наркоманией госпитализированных в НИИ наркологии МЗ России лишь около 8% преодолели одногодичный порог ремиссии [19, 21, 23]. При добровольном годичном пребывании в терапевтической коммуне ремиссии более 1 года достигают лишь 15% наркозависимых [24]. Наличие терапевтической ремиссии у 14% пациентов отметили австралийские исследователи при оценке го-

личных катамнезов у 570 героиновых наркоманов [27]. Существует большое количество других публикаций, где годовые результаты лечения не выходят за указанные пределы [7, 26].

После краткосрочного (1 – 2 недели) пребывания в стационаре только у 10% алкоголиков и только у 2 – 3% наркоманов наблюдается ремиссия в течение года. При проведении поддерживающей психотерапии длительностью около трех месяцев после детоксикации, ремиссия около года наблюдается у 10 – 15% наркоманов. При более длительной (6 – 12 месяцев) работе с наркозависимыми трезвость в течение года фиксировалась уже у 30% пациентов [3, 13, 14].

В развитии рецидива у больных опиоидной наркоманией играют роль как положительное подкрепляющее действие опиоидов (стремление к получению удовольствия как основа первичного влечения к ПАВ), так и отрицательное подкрепляющее действие (стремление к избавлению от различных проявлений физического или психического дискомфорта как основа вторичного влечения к ПАВ) [18].

Более половины больных наркологических стационаров прерывают лечение на первой неделе своего пребывания в нем. Тем не менее, многие из них вновь неоднократно поступают на лечение, стремясь попасть на то же отделение [2].

Некоторые больные наркоманией, обращаясь за врачебной помощью и декларируя намерение полностью прекратить употребление наркотика, ставят перед собой задачу снижения толерантности к нему для уменьшения ежедневно потребной дозы. В основе этой мотивации обычно лежат такие мотивы, как желание преодолеть ежедневно развивающийся мучительный синдром отмены, страх перед передозировкой наркотика, стремление к снижению общей тяжести наркотической зависимости, а также экономические соображения [17].

Интересно, что приверженность пациентов лечению не всегда означает их готовность к прекращению употребления ПАВ, и способность до конца жизни обходиться без наркотиков, а также замена одного наркотика другими ПАВ, или их эпизодическое сопутствующее употребление на протяжении всего периода наркотизации является типичным проявлением динамики в значительном числе случаев [9].

В отличие от больных алкоголизмом, у которых в большинстве случаев наблюдается полная утрата критики к злоупотреблению алкоголем, больные опийной наркоманией не выявляют «истинной анозогнозии», и оценивают себя достаточно адекватно даже по таким параметрам, как тяжесть зависимости и степень личностных изменений. Однако у наркоманов прослеживается более выраженная диссоциация рациональной оценки последствий злоупотребления наркотиками и эмоционального отношения к ним. Вербальная готовность и желание лечиться у больных наркоманией чаще всего появляются в острых периодах – при резком ухудшении физического состояния, угрожающем развитии симптомов лишения и т. п. По мере физического улучшения и снижения тревоги терапевтическая мотивация исчезает, поэтому судить о реальном отношении больных к лечению можно лишь по завершении острых состояний [16].

J. Parsons, проанализировав многочисленные исследования употребления опиоидами, проведенные в течение последних 25 лет, сообщает, что приблизительно 1/3 наркопотребителей преждевременно погибает, около 1/3 продолжает наркотизацию разной степени интенсивности и 1/3 преодолевает зависимость с выходом в стойкие многолетние ремиссии [31]; прекращение наркотизации с возрастом, и без связи с предшествующим лечением, примерно в 1/3 случаев подтверждают и данные российских социологов [10].

Высказываемая пациентами с наркотической зависимостью установка на воздержание от наркотиков не всегда основывается на подлинной потребности в трезвой жизни; чаще всего это не более чем голословное утвержде-

ние, а не выстраданное решение. Тем не менее, сам факт поступления, обращения человека к врачам свидетельствует о том, что прежний образ жизни – наркотизация, по каким – то причинам (пусть даже внешним: требования семьи, работы, и др.), и на какой – то срок (по крайней мере, на время пребывания на лечении), стал для него значимым [22].

Неоднократное пребывание в стационаре носит позитивный характер, улучшая качество жизни пациентов, влияя на их соматическое состояние, продолжительность ремиссии, изменение установок на потребление и принятие специализированной помощи. Стационар рассматривается как средовой копинг – ресурс для наркологических больных, в противовес низкой средовой поддержке, и разрушенным социальным связям, свойственным данной категории [6].

Таким образом, без активного участия и желания пациента лечиться, трудно добиться решения кратко- и среднесрочных, а тем более, долгосрочных задач (реабилитация, профилактика). Это привело к появлению в литературе вместо привычного термина «compliance» (подчинение, податливость), термина «concordance» (согласие), или «adherence» (соблюдение рекомендаций). Если модель отношения врача и пациента по типу compliance предусматривает пассивное подчинение врачу и простое выполнение пациентом врачебных инструкций, то модель concordance рассматривает процесс терапии как сотрудничество и партнерство врача и пациента с активным вовлечением последнего в процесс лечения.

Другими словами, происходит эволюция взаимоотношений пациент — врач и переход их в горизонтальную плоскость. При этом патернализм изменяется на сотрудничество, стратегия «один на один» — на комплексный подход, недостаток знаний — на улучшение информирования, предписания врача — на взаимное принятие решения, вмешательство — на профилактику [28].

Анализ причин неадекватного выполнения рекомендаций пациентами представлен в докладе Всемирной организации здравоохранения, и журнале «Нейро NEWS», таблица 1 [8].

Таблица 1

Взаимодействующие группы факторов, влияющих на приверженность лечению пациентов

Социально – экономические факторы	Факторы, связанные с медицинским персоналом и здравоохранением	Факторы, связанные с проводимой терапией	Факторы, связанные с пациентом	Факторы, связанные с состоянием пациента в данный момент
<ul style="list-style-type: none"> -Социально-экономический статус пациента (материальное положение, уровень образования, социальная поддержка, стоимость лечения, ситуация в семье и пр.); - Раса; - Военные действия на территории страны; - Возраст. 	<ul style="list-style-type: none"> - Степень развития медицинской системы в целом; - Степень развития системы распределения медицинских услуг; - Недостаточное развитие системы возмещения стоимости лекарственных средств или ее отсутствие; - Образование медицинского персонала (в частности, его представление о проблеме приверженности пациентов терапии); - Система образования пациентов и их длительного наблюдения; - Время, отводимое на консультацию пациента; - Наличие медицинской поддержки по коррекции побочных эффектов; 	<ul style="list-style-type: none"> -Сложный режим приема препаратов, их количество и частота приема; - Длительность лечения; - Частота смены терапии; - Скорость достижения эффекта; - Побочные эффекты препарата. 	<ul style="list-style-type: none"> - Знания пациента о заболевании; - Мотивация к лечению; - Ожидания пациента от лечения; - Забывчивость; - Непонимание инструкции врача; - Страх побочных эффектов, привыкания к терапии, изменения образа жизни; - Предыдущий опыт лечения. 	<ul style="list-style-type: none"> - Скорость прогрессирования заболевания; - Физическое, психическое, социальное состояние пациента; - Наличие сопутствующей патологии (депрессия, алкоголизм, наркомания); - Наличие эффективных методов лечения.

Однако, отмечается негативное отношение врачей к повышению активности пациента, так как это приводит к усложнению работы медицинского персонала [32]. Отстраненность пациента от медицинских задач, связанных непосредственно с его лечением, действительно приводит к непониманию и, как следствие, к невыполнению врачебных предписаний. Однако среди пациентов также нет единогласия по данному вопросу. Далеко не все больные действительно хотят проявлять активность и брать на себя ответственность за принятие решения [26, 29].

Повышение приверженности лечению у наркозависимых является важным аспектом в комплексе мероприятий, направленных на лечение наркомании, при этом (что не менее важно), просветительская работа должна быть направлена не только на пациента, членов его семьи, социальное окружение, но и на специалистов здравоохранения.

Подводя итоги работы, необходимо отметить, что только совместными усилиями удастся добиться результата для всех заинтересованных сторон: для пациентов — излечения, достижения ремиссии, улучшения состояния здоровья, повышения работоспособности, социальной востребованности, качества и продолжительности жизни; для специалистов здравоохранения — усовершенствования профессионального статуса, благодарности пациентов и уважения коллег; для системы здравоохранения — снижения затрат, достижение здоровья населения.

Литература

1. *Арсеньева В. В., Бубнова И. В., Громыко Д. И., и др.; под ред. Р. К. Назырова и др.* Клиническая психотерапия в наркологии (Руководство для врачей – психотерапевтов). – СПб.: Изд. НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2012. – 456 с.
2. *Александрова Н. В., Городнова М. Ю., Эйдемиллер Э. Г.* Современные модели психотерапии при ВИЧ / СПИДе: учебное пособие для врачей и психологов. – СПб.: Речь, 2010. – 191 с.

3. *Ваисов С. Б.* Наркотическая и алкогольная зависимость. Практическое руководство по реабилитации детей и подростков. – СПб.: Наука и Техника, 2008. – 272 с. – (Мир психологии и психотерапии).
4. *Вид В. Д.* Психотерапия шизофрении. 3-е изд. – СПб: Питер, 2008. – 512 с. – (Серия «Краткое руководство»).
5. Голощапов И. В. Формирование согласия на лечение у больных с зависимостью от алкоголя: автореф. дис. канд.мед.наук. – М., 2010. – 24 с.
6. *Городнова М. Ю.* Актуальные вопросы психологии приверженности к лечению у наркологических больных и психологии лечебной среды [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – №5 (16). – URL: http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2012_5_16/nomer/nomer04.php (дата обращения: 05.10.2013)
7. *Егоров А. Ю.* Нехимические (поведенческие) аддикции (обзор) // Аддиктология, 2005. № 1. С. 65-77.
8. *Еременко М.* От клинических исследований к совершенствованию клинической практики. *НейроNews* 2008: 2(7). – URL: <http://neuro.health-ua.com/article/82.html> (дата обращения: 05.11.2013)
9. *Зобин М. Л., Егоров А. Ю.* Ремиссии при опиоидных наркоманиях (обзор) // Психическое здоровье. 2006. № 10. С.36-48.
10. *Кесельман Л. Е., Мацкевич М. Г.* Социальное пространство наркотизма. 2-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Издательство «Медицинская пресса», 2001. – 272 с.
11. *Колтаков Я. В., Ялтонский В. М.* Особенности клинико – психологического сопровождения женщин, зависимых от алкоголя, с разной мотивацией к лечению на этапе реабилитации // Аддиктивное поведение: профилактика и реабилитация: материалы Всерос. науч.-практич. конференции с междунар. участием (Москва, 22–23 апр. 2011 г.) / ред.-сост. В. В. Барцалкина, Н. Б. Флорова, В. В. Аришинова. – М.: МГППУ, 2011. – С. 116-120.
12. *Кузнецов А. Г.* Комплексная терапия больных опийной наркоманией с низкой мотивацией на лечение: автореф. дисс. канд. мед. наук: – М., 2010.–18с.
13. *Кулаков С. А., Ваисов С. Б.* Руководство по реабилитации наркозависимых. – СПб.: Речь, 2006. – 240 с., илл.
14. *Кулаков С. А.* Психотерапевтический диагноз в реабилитации пациентов, зависимых от психоактивных веществ // Наркология. №9. 2013.
15. *Лазарева Е. Ю., Николаев Е. Л.* Система многоуровневой адаптации личности при болезни // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2012. No. 8. С. 93-104.

16. *Лысенко И. П., Ревенок А. Д.* Сравнительная характеристика психической деятельности и личности больных опийной наркоманией и алкоголизмом // VIII Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов. Т. I. — М., 1988.
17. *Менделевич В. Д.* Руководство по аддиктологии. СПб.: Речь, 2007. — 768с.
18. *Менделевич В. Д.* Расстройство зависимого поведения (к постановке проблемы) // Российский психиатрический журнал. №1. 2003.
19. *Миндубаев И. В.* Пути оптимизации стационарной наркологической помощи с позиции участников лечебного процесса: автореф. дисс... канд. мед. наук: — Казань, 2007. — 18 с.
20. *Николаев Е. Л., Чупрова О. В.* Психологические особенности темпоральной перспективы личности в системе <зависимый – созависимый> // Вестник Чувашского университета. 2013. No. 2. С. 102-105.
21. *Пятницкая И. Н.* Наркомании: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1994. — 554 с.
22. *Сафонцева С. В.* Отношение к болезни наркозависимых пациентов как условие эффективного лечения // Независимая личность. ООО «Нью Терра». №1. 2013. С. 2-7.
23. *Чирко В. В.* Закономерности течения и исходов наркомании и токсикоманий, начавшихся в молодом возрасте (в свете отдаленного катамнеза). Дисс. канд. мед. наук. — М., 2001. — 249 с.
24. *Шабанов П. Д.* Руководство по наркологии. Изд. 2-е. — СПб.: Лань, 1999. — 382 с.
25. *Darke S., Ross J., Teesson M., Ali R., Cooke R., Ritter A., Lynskey M.* Factors associated with 12 month continuous heroin abstinence: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). // J. Subst. Abuse Treat. — 2005. —V.28.-N 3.—P.255-263.
26. *Herbeck D. M., Fitek D. J., Svikis D. S., et al.* Treatment compliance in patients with comorbid psychiatric and substance use disorders // American Journal on Addictions. — 2005. — Vol. 14. — P. 195-207.
27. *Hiller M. L.* Problem Severity and Motivation for Treatment in Incarcerated // Substance Abusers Substance Use & Misuse. — 2009. — N 44. — P. 28-41.
28. *Magee M., D'Antonio M.* The Best Medicine: Doctors, Patients, and the Covenant of Caring. St. Martin's Press, New York, N. Y., 1999
29. *Merrill J. O., Rhodes L. A., Deyo R. A., Marlatt G. A., Bradley K. A.* Mutual Mistrust in the Medical Care of Drug Users: The Keys to the 'Narc' Cabinet // Journal of General Internal Medicine. — 2002. — Vol. 17, № 5. — P. 327.
30. *Mills E., Nachega J., Bangsberg D., Singh S., Rachlis B., Wu P., Wilson K., Buchan I., Gill C., and Cooper C.* Adherence to HAART: a systematic review of developed and developing nation patient reported barriers and facilitators // PLoS Med. — 2006. — Vol. 3, № 11. — P. 438.

31. *Parsons J.* Opioid dependence. Are pharmacotherapies effective? // *Austral. Family Physician* 2002 Jan; 31(1): P. 4-5.
32. *Stapleton H., Kirkham M. and Thomas G.* Qualitative study of evidence-based leaflets in maternity care., 2002. *BMJ* 324: 639.

БЕЛОКОЛОДОВ ВЛАДИМИР ВИКТОРОВИЧ – аспирант кафедры клинической психологии и психологической помощи, Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, Россия, Санкт – Петербург, (vladimir.belokolodov@yandex.ru).

BELOKOLODOV VLADIMIR VIKTOROVICH – postgraduate student of clinical psychology and psychological assistance chair, Russian state pedagogical University A.I. Gertsen, Russia, Saint – Petersburg.
