

СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ В НАРКОЛОГИИ: СТАРАЯ ПРОБЛЕМА И НОВЫЙ ПОДХОД

Т.В. Агibalова, О.Ж. Бузик, И.В. Голощапов, О.В. Рычкова

Национальный научный центр наркологии Росздрава, г. Москва
Московский научно-практический центр наркологии, г. Москва.
Областной наркологический диспансер, г. Белгород

В статье исследуется проблема согласия пациентов с болезнями зависимости на лечение. Приводится обзор данных литературы по согласию на лечение в психиатрии и наркологии, выделены наиболее важные факторы, влияющие на комплаенс (клинические, неклинические, внутренняя картина болезни, психологические, фактор побочных эффектов от терапии). Анализ данных отечественной и зарубежной литературы показывает необходимость дальнейшего изучения факторов, влияющих на формирование согласия на лечение у больных с болезнями зависимости. Обоснована необходимость разработки комплаенс-терапии, вмешательства, направленного на повышение мотивации на лечение, соблюдение лечебных рекомендаций у больных с болезнями зависимости.

На сегодняшний день наркология является одной из наиболее социально важных и активно развиваемых областей медицинского знания, использующей как никакая другая область модели комплексного подхода к лечению больных. Сочетание медикаментозной, психотерапевтической и социальной линии воздействия на больного уже стало общепризнанным, не требует аргументации, и признается обязательным условием терапевтического успеха [1,5,6,7,8]. Однако на наш взгляд, есть проблема, сопутствующая общепринятой практике лечения, остающаяся в стороне от обсуждения и требующая своего осмысления. Речь идет о проблеме, требующей взаимодействия всех специалистов при оказании многопрофильной, комплексной помощи больным, и формирования единой стратегии оказания помощи больному – проблеме достижения согласия на лечение. В повседневной практике наркологического лечения специализированная помощь больному алкогольной зависимостью часто разделена, и для лечащего врача – психиатра-нарколога она ограничивается фармакотерапевтическим вмешательством, для психотерапевта или клинического психолога – психологическим. Несмотря на то, что арсенал средств современной фармакологии является широким, терапевтические программы постоянно совершенствуются, задействуются все новые и новые средства психофармакотерапии и психотерапии, воздействие разных специалистов идет как бы параллельно, мало взаимодействуя. Более того, все усилия исследователей и врачей-наркологов легко могут быть сведены на нет одним известным и судьбоносным для больного фактором – отсутствием согласия на лечение. На наш взгляд, принципиальное значение может иметь такая точка соприкосновения влияний лечащего врача и специалиста-психотерапевта, клинического психолога как достижение комплаенса к медикаментозной терапии.

Проблема «согласия на лечение» или «комплаенса» не является новой для медицины, напротив, эта проблема чрезвычайно активно разрабатывается исследователями применительно к разным контингентам больных [2,3,10]. Свидетельством тому являются множественные публикации, специальные образовательные программы для больных, для их родственников, проводимые конференции. Есть несколько наиболее «горячих» точек на этом направлении: это работа по повышению комплаентности к терапии у больных с гипертензионным синдромом, бронхиальной астмой, тяжелыми психическими расстройствами. Определение понятия комплаенса может несколько варьировать, но большинство исследователей сходятся на понимании его как осознанного выполнения больным рекомендаций врача, из чего сразу видны важные компоненты этого понятия. Это критичное отношение больного к заболеванию, осознание необходимости его лечения, доверие к врачу, стремление выполнять именно им данные рекомендации, отсутствие предубеждения или страха перед действием медикаментозных средств, да и собственно сама готовность и возможность для пациента делать что-либо осознанно и последовательно.

На самом деле ситуация еще более сложна, о чем свидетельствуют данные уже проведенных эмпирических исследований. Более всего их в области лечения психических расстройств, где исследования проблемы согласия и изучение отношения больного к лечению с использованием специализированных методик насчитывают около 25 лет. За эти годы при достаточно большой интенсивности исследований достигнут существенный прогресс не только в понимании механизмов, обеспечивающих согласие на лечение, факторов, влияющих на него, но также в разработке стратегий интервенции, направленных на повышение уровня согласия на лечение [4,9]. Собственно в нашей стране также об этой проблеме заговорили уже почти 10 лет назад, но только совсем недавно в рамках Федеральной программы дополнительного лекарственного обеспечения стали проводиться семинары для специалистов врачебного профиля по методикам оценки комплаенса, разработке стратегии индивидуального подхода к больному с целью создания у него установки и согласия на лечение. Однако проблема комплаенса в отношении наркологических больных кажется нам неоправданно остающейся без внимания.

Рассмотрим более подробно результаты зарубежных исследований комплаенса к медикаментозной терапии и определим таким образом его возможное место в системе комплексного лечебного воздействия на больного с зависимостью от алкоголя.

Первоначальный фокус внимания – факторы, определяющие комплаенс (и нонкомплаенс). Такого рода факторов описано уже столь много, что в данной статье мы не претендуем на перечисление всех, но выделим только наиболее важные применительно к интересующей нас клинической категории больных. Первая группа факторов связана с медикацией, **побочными эффектами** от терапии, либо их ожиданиями. Так, на материале группы психически больных установлено, что неврологические, эндокринные и антихолинергические побочные эффекты прямо связаны с нонкомплаенсом и прекращением приема лекарств, особенно чуть позже, не в остром периоде течения [11,12]. По данным исследователей больные на первое место в числе факторов, приводящих к негативному отношению к психофармакотерапии ставят экстрапирамидные расстройства, затем – чрезмерную седацию и увеличение массы тела [12].

Широкую известность среди больных и клиницистов получила «фармакогенная депрессия», связанная с общим приглушенным, несколько подавленным эмоциональным фоном после лечения антипсихотическими нейролептическими препаратами. Отсутствие преморбидной яркости и живости переживаний создает дискомфорт для больных, ощущение собственной нежелательной измененности, и ведет к отказу от терапии. Имеет ли значение данный фактор применительно к больным с болезнями зависимости? На наш взгляд, конечно да. И это связано не только с применением аналогичных препаратов (нейролептических, анксиолитиков, антидепрессантов), но и с тем, что для больных с алкогольной зависимостью весьма характерны механизмы «синдрома стимуляции» (использования алкоголя для достижения состояний крайних, пиковых эмоциональных переживаний, ярких, интенсивных, и ощущение эмоциональной депривации в периоды выравнивания настроения или, тем более, «приглушенного» эмоционального состояния при психофармакотерапии), т.е. наличие депрессивных расстройств в абстинентном синдроме и постабстинентном состоянии.

Еще один ряд - **клинические факторы** комплаенса, они также играют большую роль, что было показано на материале больных шизофренией, ставшей на сегодняшний день основной клинической группой среди психически больных в исследовании согласия на лечение. По поводу выбора именно этой группы очевидно, что речь идет не только о значительных нарушениях приема медикаментов у данных больных, но и о высокой социальной цене их неэффективного лечения (хотя социальная цена алкоголизма или наркомании вполне сопоставима с названной, на наш взгляд) [15]. Если у психически больного нет осознания болезни, если преобладает продуктивная симптоматика, особенно в виде бредовой убежденности, параноидных идей, предположить у такого больного наличие согласия на лечение будет наивно. Данные исследований, безусловно, подтвердили это соображение, как правило, полностью отсутствует комплаенс при недобровольной госпитализации, значительной выраженности продуктивной симптоматики [22]. Наличие негативных изменений у психически больного также влияет на согласие на лечение, достоверно его снижая, особенно при наличии таких проявлений как апатия, абулия [22]. Оказывают влияние на согласие на лечение когнитивные расстройства, поведенческие нарушения. Очевидно, что весь этот набор – от наличия не критичного отношения к своему состоянию, отдельных, пусть не бредовых, но малореалистичных убеждений, в том числе во враждебности окружающих (то есть параноидного спектра), до значительного изменения личности (дефект которой в виде уплощения, стереотипизации переживаний, редукции влечений и ранее значимых установок сопоставим с постпроцессуальным), а также когнитивный дефицит – имеют место и у лиц с болезнями зависимости. Отсюда понятно, что игнорировать эти факторы нонкомплаенса пациентов интересующей нас группы значит обрекать себя на неуспех терапии. Но особенно важным для нас результатом зарубежных клинических исследований стало достоверно установленное снижение показателей согласия на лечение у больных шизофренией с **коморбидным злоупотреблением психоактивными веществами** [18,19]. По-видимому, в данном случае имеет место как более отчетливое звучание клинических факторов, связанных с наличием сочетанной патологии и тяжести когнитивных, поведенческих и личностных расстройств, так и особый фактор, связанный с использованием психоактивного вещества для регуляции своего психического состояния больным, создающий у

него иллюзию контроля себя и своего состояния. О крайней резистентности к терапии таких больных хорошо осведомлены клиницисты, для нас же эти данные – еще и свидетельство особой значимости изучения проблемы комплаенса в наркологии.

Нельзя сбрасывать со счетов и иные, **неклинические факторы**, в числе которых – демографические, обусловленные возрастом и гендерные, связанные с уровнем адаптации пациента, степенью его социальной успешности, глобальной оценкой функционирования [14,20]. Из числа психологических необходимо упомянуть сопротивление осознанию болезни, пессимистический настрой и неверие в возможность излечения, а также социально-психологические, обусловленные групповыми явлениями, в виде влияния распространенных социокультуральных убеждений (о вреде медикаментов, феноменах привыкания и зависимости от них, и т.д.). Особенно большое значение имеет такая составляющая как **внутренняя картина болезни**, определяющая правильное понимание больным тяжести своего заболевания, возможности повлиять на него с помощью терапии, прогноза болезни, оценки риска дальнейшего ухудшения состояния [10]. По мнению исследователей, до половины вариаций комплаенса определяются оценкой остроты и опасности состояния и положительного эффекта терапии [11]. Нужно отметить, что вследствие своей сложности, психологические факторы согласия на лечение наименее изучены, так, например, совершенно не ясна роль «условной желательности болезни», механизмов «бегства в болезнь», аутоагрессивных тенденций, или уже упомянутых нами способов саморегуляции своего состояния через прием психоактивных веществ. Изучение психологических составляющих отказа от лечения у больных с алкогольной зависимостью, на наш взгляд, обязательное требование времени, поскольку оно может стать мощной базой для построения психотерапевтических программ, особенно основанных на когнитивно-бихевиоральной модели интервенции.

Нельзя также забывать о таком параметре, как отношения больного с врачом, поскольку еще со времен З.Фрейда известно, что терапевтический альянс во многом определяет эффект любой терапии. На характер отношений с врачом влияют, в свою очередь, также многочисленные обстоятельства: качество оказываемой медицинской помощи и удовлетворенности больных условиями пребывания в стационаре, отношение персонала, индивидуальные особенности и стиль взаимодействия, присущие доктору, совпадение ожиданий пациента по поводу отношения к нему врача и реальных отношений, наличие преемственности между стационарным и амбулаторным звеном помощи и другие. Причем в рамках данного аспекта существует еще один трудно верифицируемый момент, который никогда не звучал в серьезной отечественной литературе по проблемам наркологии, но был предметом внимания западных исследователей. Это вопрос значительных расхождений оценки комплаенса по данным субъективного отчета и объективным показателям, вычисленным на основе применения метода микроэлектронного мониторинга [13]. Как считается, переоценивают комплаенс не только пациенты, но и врачи, и мотивация их весьма разнообразна, в том числе она включает соображения защиты самоуважения врача и недостаточно реалистичной оценки эффективности своих усилий. Если же опираться на результаты опроса третьих лиц, то здесь можно увидеть не только иные оценки, но и иные влияния, так, наличие и качество социальной поддержки (как со стороны родственников, так и со стороны патронажной медсестры, например) – также значимый фактор

комплаенса, иногда трудно оцениваемый однозначно (высоко эффективные и заботливые родственники могут как способствовать, так и препятствовать формированию реальной мотивации на лечение у пациента).

В соответствии с выявленными факторами комплаенса на сегодняшний день уже можно говорить о нескольких концептуальных моделях комплаентности, интересных вследствие предлагаемых на их основе интервенций. В числе таких моделей – собственно биомедицинская, где основной фокус внимания – лечебный режим и побочные эффекты терапии. Можно сказать, что современная психофармакотерапия, активно развивающаяся в направлении создания препаратов с повышенной переносимостью и без существенных побочных эффектов, а также препаратов пролонгированного действия, детерминирована необходимостью достижения комплаенса у больного. Вторая модель - образовательная, повышающая степень осведомленности пациента в понимании своего заболевания, патогенетических его механизмов и лечебных воздействий, кроме того, плюсом данной модели является ее внимание к построению взаимодействия врач-больной, формированию доверия в диаде, но с возможностью привлечения и других заинтересованных лиц. Весьма важна и модель более широкого общественного просвещения, построения системы воздействия на общественное сознание, формирование в обществе необходимых представлений о здоровье и рационального подхода к лечению. Но особенно популярной является когнитивно-бихевиоральная модель, в ряде исследований именуемая комплаенс-терапией [16,17,21], основанная на выявлении, анализе и работе с ложными убеждениями пациента по поводу его болезни и лечения. Обосновать данный подход легко, поскольку понятно, что какие бы факторы не определяли нонкомплаенс пациента, они существуют в виде определенных убеждений, мнений, касающихся широкого круга явлений – себя, своего заболевания, врача, побочных эффектов терапии, перспектив, собственных ресурсов и так далее и тому подобное. Воздействуя на эти убеждения, мы можем добиться их изменения и выработки гораздо более рационального и реалистичного подхода больного к терапии, кроме того, эта модель повышает степень рефлексивности пациента, формирует у него уверенность в собственной эффективности и возможности саморегуляции своего состояния.

Очевидно, что каждая из названных моделей есть не что иное, как абсолютизация одной из группы факторов, выше обозначенных, это не обесценивает данные концептуализации, но демистифицирует и, главное, хорошо операционализирует их. В этой связи упор на когнитивно-бихевиоральную модель также наиболее оптимален, поскольку техники когнитивной терапии уже нашли широкое применение и признание в нашей стране, в том числе – при работе с наркологическими пациентами [1,2]. Как нам представляется, дальнейшее исследование специфических (а, возможно, типических с учетом личности, возраста, социального статуса или иных характеристик, еще требующих своей эмпирической верификации) факторов комплаенса и нонкомплаенса больных с алкогольной зависимостью необходимо и оправдано. В качестве методического инструментария, набор которого в данном случае невелик, мы планируем на первом этапе работы использовать хорошо себя зарекомендовавшей и прочно вошедшей в арсенал используемых в зарубежных исследованиях «Шкалы оценки самостоятельного приема лекарственных препаратов» (DAI, Hogan, Awad, Eastwood, 1983) и ряда других процедур, включая клиническую оценку состояния, социально-психологические, демографические факторы.

Подводя итог, можно сказать, что доказана значительная сложность такой составляющей лечебного процесса, как согласие на лечение, причем эта составляющая чрезвычайно много значит в терапии наркологических больных, это само по себе уже обуславливает необходимость исследований в данном направлении. Необходима разработка как приемов обеспечения и поддержания согласия на лечение, так и возможность нового вида взаимодействия в рамках многопрофильной бригады при терапии наркологических больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агibalова Т.В. Дисс. к.м.н. Психотерапия больных алкоголизмом с различными типами характера. – 2001. – М. – 216 с.
2. Агibalова Т.В., Эпов Л.Ю. Применение мотивационной психотерапии при лечении больных алкогольной зависимостью // Клинико-экспериментальные аспекты общей патологии: Сб. научных трудов межрегиональной научно-практической конференции (Рязань, 2004) / Под ред. Ю.Ю. Бяловского. – Рязань, 2004. – С. 93-96.
3. Бузик О.Ж., Агibalова Т.В., Сизоненко Е.В., Мищенко Л.В. Механизмы психологической защиты у больных с алкогольной зависимостью и коморбидной личностной патологией // Личность в современных исследованиях. Сборник тезисов межрегиональной научно-практической конференции «Проблемы развития личности». Выпуск 7. – Рязань – С. 187-190.
4. Гурович И.Я. Психиатрическая помощь в России: актуальные проблемы// Реформа службы психического здоровья: проблемы и перспективы. М., 1997, с.14-17.
5. Иванец Н. Н., Анохина И. П., Винникова М. А. Блокаторы опиатных рецепторов в терапии алкогольной зависимости //Вопросы наркологии. 2002. № 5. С. 8 – 17.
6. Иванец Н.Н., Валентик Ю.В. Психотерапевтический подход к профилактике рецидивов у больных алкоголизмом. – В кн.: Ремиссии при алкоголизме. – Л., 1987. – С. 77-82.
7. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Современная концепция терапии наркологических заболеваний // Руководство по наркологии: в 2 т. / Под ред. Н.Н. Иванца. - М.: ИД Медпрактика-М, 2002. – Т. 2. – С. 6 – 25.
8. Иванец Н.Н., Савченко Л.М. Типология алкоголизма. – М., 1996.- 47 с.
9. Кабанов М.М. Охрана психического здоровья и проблемы стигматизации и комплайенса. // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. СПб., 1999, №2, с. 13-15.
10. Чирко В.В., Демина М.В. Кн.: Очерки клинической наркологии (наркомании и токсикомании: клиника, течение, терапия) – М. - Медпрактика-М. – 2002. – с.4-5.
11. Adams C. Depot Fluphenazine for Schizophrenia. Cochrane Database Syst. Review, 2000; 2: CD000307.
12. Angermeyer M. Neuroleptics and quality of life. A patient survey. Psychiatric Praxis. – 2000. – 2. – P.64-68.
13. Byerly M., Fisher R., Rush A.J. Comparison of clinical vs electronic monitoring of antipsychotic adherence in schizophrenia. Presented at the 41st annual meeting of the American College of Neuropsychopharmacology; Dec. 10, 2002; San Juan, Puerto Rico.

14. Grunebaum M. Medication supervision and adherence of person with psychotic disorders in residential treatment setting: a pilot study. // *Journal Clin. Psychiatry*. – 2001. – 62(5). – P. 394-399.
15. Hayward P, Chan N, David A, Kemp R, Youle S, David A. Medication self-management: a preliminary report on an intervention to improve medication compliance. // *Journal of Mental Health*. – 1995. – 4. – P. 511-517.
16. Kemp R., Hayward P., Applewhaite G., Everitt B. Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. // *Br. Med. Journal*. – 1996. – 312. – P. 345-349.
17. O'Donnell C., Donohoe G., Sharkey L. Compliance therapy: a randomised controlled trial in schizophrenia. // *Br. Med. Journal*. – 2003. – 327. – P. 834.
18. Olfson M., Mechanic D., Hansell S., Boyer C.A., Walkup J., Weiden P.J. Predicting Medication Noncompliance After Hospital Discharge Among Patients With Schizophrenia *Psychiatr. Serv*, February 1, 2000. – 51(2). – P. 216 - 222.
19. Perkins D.O. Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. // *Journal Clin. Psychiatry*. – 2002. – 63(12). – P. 1121-1128.
20. Rzewuska M. Drug maintenance treatment compliance and its correlation with the clinical picture and course of schizophrenia. // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1997. – 54. – P. 453-63.
21. Surguladze S., Timms P., David A. S. Teaching psychiatric trainees compliance therapy. // *Psychiatr. Bull*. – 2002. – 26(1). – P. 12 - 15.
22. Tattan T. Negative symptoms of schizophrenia and compliance with medication. // *Schizophrenia Bulletin*. – 2001. – 1. – P. 149-155.

CONSENT TO THE TREATMENT IN A CLINICAL SETTING FOR SUBSTANCE ADDICTIONS: THE OLD PROBLEM AND THE NEW APPROACH

T.V. Agibalova, O.J. Buzik, I.V. Goloshiapov, O.V. Richkova

The article discusses the problem of substance-addicted patients' consent to treatment. The data in literature concerning the consent to treatment in clinical mental and addiction settings are reviewed; the most significant factors influencing the compliance (clinical, non-clinical, psychological factors, factor of the inner pattern of the disease, factors of therapy's side-effects). The analysis of the findings presented in national and foreign literature has revealed the need for further research into factors, relevant for the formation of the consent to treatment at substance-dependent patients. The article proves the necessity of the development of the compliance therapy, intervention, designed to improve the motivation for treatment, upholding of the treatment guidelines at the patients with addiction diseases.