

- висимостью. В кн.: Материалы международной конференции: Новые методы лечения и реабилитации в наркологии. Казань; 2004: 228—32.
8. *Портнов А.А., Пятницкая И.Н.* Алкоголизм: Руководство для врачей. М.: Мегаполис; 2012: 176—232.
9. *Федоров А.П.* Когнитивно-поведенческая психотерапия. СПб.: Питер; 2002.
10. *Annis H. M.* Relapse to substance abuse: Empirical findings within

- a cognitive social learning approach. *Psychoactive Drugs*. 1990; 22: 117—24.
11. *Ellis A.* Rational-emotive therapy with alcoholics and substance abusers. New York: Pergamon; 1988: 56—7.
12. *Meichenbaum D.* Cognitive-behavior modification: An integrative approach. New York: Plenum Press; 1977.
13. *Miller W.R., Rollnick S.* Motivational interviewing. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.

Поступила 21.02.13

© О.И. САЛМИНА-ХВОСТОВА, Д.В. ЗЯБЛИЦЕВ, 2013

УДК 616.89-008.441.13-08:614.8

О.И. Салмина-Хвостова, Д.В. Зяблицев

ЗНАЧЕНИЕ МОТИВАЦИИ, СТАДИЙ ГОТОВНОСТИ К ИЗМЕНЕНИЮ ПОВЕДЕНИЯ, ФАКТОРОВ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Кафедра психиатрии, психотерапии и наркологии ГБОУ ДПО "Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей" Минздрава России, 654005, г. Новокузнецк, Россия

Салмина-Хвостова Ольга Ивановна (Salmina-Khvostova Olga Ivanovna). E-mail: Olga997006@rambler.ru

♦ Целью исследования является изучение мотивации, стадий готовности к формированию трезвого образа жизни, факторов повышения приверженности к лечению у пациентов с алкогольной зависимостью. Обследованы 50 мужчин и женщин в возрасте от 35 до 65 лет с установленным диагнозом "зависимость от алкоголя" (F10.2). На первом месте среди мотивов, побудивших обратиться к врачу с целью формирования трезвого образа жизни, оказались "проблемы на работе (угроза увольнения)" — 55% случаев. 31,8% обследованных находились на I стадии готовности к изменению поведения (предваряющая); всего стадий пять. Учет медико-психологических аспектов приверженности к лечению повышает его эффективность и улучшает качество жизни у пациентов с алкогольной зависимостью.

Ключевые слова: алкоголизм, мотивация, изменения, приверженность, лечение

O.I. Salmina-Khvostova, D.V. Zyablitsev

THE SIGNIFICANCE OF MOTIVATION, STAGES OF READINESS TO BEHAVIOR CHANGES, FACTORS OF COMPLIANCE TO TREATMENT OF ALCOHOL ADDICTION

The Novokuznetsk state institute of post-graduate training of physicians of Minzdrav of Russia, 654005 Novokuznetsk, Russia

♦ The study was carried out to analyze motivation, stages of readiness to behavior changes, factors of compliance to treatment of alcohol addiction. The sampling included 50 male and female patients aged from 35 to 65 years with established diagnosis "alcohol addiction" (F10.2). The study revealed that first place among the motives which stimulated patient to visit physician for the purpose of formation of life-style of temperance was for "the issues at workplace - threat of discharge" with 55%. Among examined patients, 31.8% were at the first stage of readiness for behavior changes. The results approved that among patients with alcohol addiction taking into account the medical psychological aspects of compliance to treatment increases effectiveness of therapy and improve the quality of life.

Key words: alcoholism, motivation, changes, compliance, treatment

Алкоголь наряду с кофеином и никотином относится к легальной триаде психоактивных веществ (ПАВ), употребление которых не преследуется в странах европейской культуры. Не менее 95% жителей России, Европы и США хотя бы иногда в тех или иных количествах употребляют спиртные напитки.

Алкоголизм является наиболее частой формой зависимости от ПАВ, требующей медицинской помощи и служащей причиной обращения к врачу [5].

Изменяя личность больного, алкоголь деструктивно влияет на социальные отношения, разрушая их. Алкоголизм сопряжен с тяжелыми экономическими и социальными последствиями. Поэтому проблема лечения больных алкоголизмом весьма актуальна.

В современных руководствах по лечению алкоголизма указывается на необходимость решения трех задач: 1) устранение нарушений в психической и соматической сферах; 2) подавление влечения к алкоголю; 3) формирование и поддержание установки на трезвый образ жизни [2]. Важными обстоятельствами, способствующими лечению, являются осознанное согласие на него больного, а также максимальная индивидуализация и комплексность

терапии — сочетание приема медикаментов с психотерапией и социальной реабилитацией [3].

Для успешного лечения от пациента требуются изменение образа жизни и неукоснительное следование терапевтическому режиму. Знание психологических особенностей, оказывающих выраженное влияние на поведение пациента, которое связано с заболеванием, дает возможность осуществить врачебный контроль для достижения и поддержания планируемого результата и привлечения самого больного к активному участию в процессе лечения.

Цель исследования — изучение мотивации, стадий готовности к формированию трезвого образа жизни, факторов повышения приверженности к лечению у пациентов с алкогольной зависимостью.

Обследованы 50 мужчин и женщин в возрасте от 35 до 65 лет с установленным диагнозом "зависимость от алкоголя" (F10.2). Критерием для постановки диагноза (F10.2) являлось наличие не менее трех критериев (по МКБ-10): сильная потребность или необходимость принять алкоголь, нарушение способности контролировать прием алкоголя, физиологическое состояние отмены алкоголя, признаки роста толерантности, прогрессирующее сниже-

ние альтернативных интересов в пользу употребления алкоголя. Проводили количественную оценку употребления алкоголя в пересчете на алкогольные порции (по данным ВОЗ, одна порция эквивалентна 150 г сухого вина, или 250 г пива, или 30 г 40% алкогольного напитка).

Выявили, что у 7 (14%) пациентов доза потребляемого алкоголя превышала безопасные значения более 21 порции для мужчин и 14 порций для женщин. Средний показатель составил 42 порции в неделю. У 43 (86%) пациентов средний показатель составил 28 алкогольных порций в неделю.

В результате проведенного исследования установили мотивацию обращения пациентов к врачу с целью формирования трезвого образа жизни.

На первом месте среди причин, побудивших обратиться к врачу с целью формирования трезвого образа жизни, были "проблемы на работе (угроза увольнения)" — 55%. Следует также отметить "проблемы со здоровьем" (25%); 12% ("семейные проблемы (угроза развода)"); "могла сорваться перспектива продвижения по служебной лестнице" (8%).

Для пациентов с алкогольной зависимостью характерны определенные стадии готовности перехода к трезвому образу жизни. Protachaska (1993) разработал теорию мотивации по преодолению проблемы алкогольной зависимости. В наркологической практике используют 5-стадийную модель изменений: предваряющую, стадию размышления, подготовки, активного действия, сохранения результата.

На I стадии (предваряющая) больной не готов к переменам образа жизни, избегает разговоров об этом и защищается, если на него оказывается давление. На этой ступени он еще не имеет намерений жить без алкоголя. Нужно выяснить, понимает ли пациент связь между состоянием его здоровья и употреблением алкоголя. Если нет, он действительно находится на предварительном этапе.

На II стадии — размышления — пациент обдумывает свои проблемы. На данной ступени у него появляется желание предпринять действия для изменения образа жизни и ограничить употребление алкоголя. Но он еще сомневается, не уверен в своих силах, преувеличивает трудности, но осознает, что алкоголь способствует ухудшению его здоровья. Пациент испытывает противоречивые чувства относительно перемен в своей жизни, но понимает, что алкоголь является проблемой. Он уже готов к трезвому образу жизни, но еще не в достаточной степени.

На III стадии готовности к переменам (подготовка) пациент задумывается о необходимости действий и готов к некоторым поступкам в течение ближайшего времени, но не допускает и мысли о полном отказе от алкоголя. Например, пациент уже понимает, что употребление алкоголя может отрицательно сказаться на его здоровье, однако видит для себя множество препятствий к здоровому образу жизни. В этом случае нужно помочь ему устранить данные препятствия. Следует выяснить, хранится ли дома алкоголь, часто ли бывают гости, имеются ли у пациента нереалистичные представления о степени ограничения употребления алкоголя. Подробный анализ этих вопросов поможет больному перейти к непосредственному планированию изменений в ограничении и отказе от употребления алкоголя. Можно предложить пациенту несколько путей, не очень сложных для выполнения. Например, не хранить дома алкоголь, в гости ходить со своими безалкогольными напитками.

На IV стадии (активное действие) пациент уже понимает, что его образ жизни неправильный, алкоголь негативно влияет на здоровье и готов перейти к трезвому образу жизни, начинает предпринимать активные действия по изменению вредных привычек. Эта ступень отличается высокими обязательствами и энтузиазмом со стороны больного. Наиболее частыми переживаниями для него

являются опасения по поводу возможности вернуться к старому образу жизни. Необходимо помочь пациенту в разработке четкого плана мероприятий по переходу к здоровому образу жизни. Важно разделить план на небольшие, легко выполнимые этапы.

На V стадии (сохранение результата) необходимо укреплять результаты, достигнутые раньше, и стремиться избежать срывов и рецидивов.

Пациента и его родственников следует предупреждать о том, что наблюдается спиральная модель перехода к трезвому образу жизни. Возможен срыв на каком-то этапе, после чего попытки возобновляются снова. Пациента следует убедить в том, что позитивные изменения — это не движение по кругу, а восходящая спираль.

Мы выявили, что на I стадии находились 31,8% пациентов; на II стадии — 25,2%; на III стадии — 17,6%; на IV стадии — 7,2%; на V стадии — 18,2%. Таким образом, на момент лечения большинство пациентов находились на I стадии (предваряющая).

Лечение алкоголизма нужно начинать с усиления мотивации на трезвый образ жизни. Необходимо формировать реалистичные ожидания и достижимые цели. До лечения пациента необходимо информировать о характере заболевания и методах лечения.

Готовность пациента к лечению складывалась из нескольких показателей: мотива обращения к врачу; предшествующего опыта по отказу от алкоголя; осведомленности о причинах развития заболевания и его отрицательном влиянии на здоровье; готовности к длительной работе с врачами по формированию трезвого образа жизни; наличия сопутствующей патологии, других вредных привычек; установления доверительных отношений с врачом и веры в успех лечения.

Для оптимизации помощи пациентам с зависимостью от алкоголя и повышения эффективности лечения необходимо усиление приверженности, что означает сотрудничество и партнерство врача и пациента с активным вовлечением последнего в процесс лечения [4].

В современной медицине традиционно наибольшее внимание уделяется так называемым объективным данным, при этом важная часть информации о психологической, социальной, эмоциональной составляющей единой индивидуальной картины болезни остается вне поля зрения врача. Вместе с тем больной является участником лечебного процесса, а отнюдь не пассивным объектом терапии, поэтому его психологический статус и готовность к сотрудничеству имеют важное значение для эффективности лечения и течения заболевания в целом. Даже при правильной и своевременной диагностике, адекватно назначенном лечении результаты лечения будут неудовлетворительными, если больной не выполняет рекомендации врача.

Считается, что низкая приверженность к лечению — одна из ведущих причин срывов при алкогольной зависимости, что влечет за собой медицинские и психосоциальные осложнения заболевания, снижает качество жизни пациентов. Хорошей принято считать такую приверженность к лечению, когда рекомендации врача выполняются не менее чем на 80%. В действительности дело обстоит значительно хуже. Так, данные разных авторов о приверженности к медикаментозной терапии указывают на то, что через 6 мес после начала амбулаторного лечения лекарства продолжают принимать лишь 30—80% пациентов.

Из психологических особенностей пациентов, ухудшающих приверженность, прежде всего следует отметить анозогнозию, т. е. непризнание наличия реально существующей болезни. Выделяют истинную анозогнозию и псевдоанозогнозию. Истинная анозогнозия относительно редка и может быть связана с мотивационными особенностями человека, ориентированного, например, на достижение жизненно важной цели. Псевдоанозогнозия — это

полное или частичное вытеснение психотравмирующего факта наличия заболевания с попыткой блокирования внешних проявлений тревоги и паники.

Факторы повышения приверженности. 1. Значение диалогичности врач—пациент в вопросе приверженности. В формировании приверженности следует прежде всего указать на отношения пациента с врачом, которые являются важным показателем врачебного профессионализма и залогом успешности терапии. В ряде публикаций, посвященных данному вопросу, особо подчеркивается необходимость правильно разговаривать с пациентом. Наиболее важными условиями являются время и терпение со стороны врача и пациента. С больным надо больше общаться на темы понимания им причин своего заболевания. Существуют рекомендации строить беседу с больным по принципу максимальной доступности и понятности. Для усиления мотивации к изменению образа жизни и осознанию того, что алкоголизм — это болезнь, можно попросить пациента ответить на следующие вопросы: "Что случится, если вы перестанете употреблять алкоголь?"; "Что случится, если вы не перестанете употреблять алкоголь?"; "Что не случится, если Вы перестанете употреблять алкоголь?"; "Что не случится, если вы не перестанете употреблять алкоголь?".

Одним из факторов низкой приверженности к лечению является недостаточный уровень информированности больных о сути своего заболевания, возможном риске осложнений. Подавляющее большинство больных выражают заинтересованность в получении информации о своей болезни, а наиболее предпочтительным ее источником называют квалифицированных специалистов. Однако, по данным многих авторов, большинство больных с хроническими заболеваниями не понимают значений часто употребляемых врачами медицинских терминов, поэтому склонны игнорировать их рекомендации.

В отечественной медицине все еще господствует традиция императивных отношений с больными, предполагающая выполнение рекомендаций без рассуждений и объяснений. Сами рекомендации, как правило, носят запретительный характер, и вина за их несоблюдение возлагается полностью на самого пациента. Такой подход никогда не будет сопровождаться высокой приверженностью к лечению. Результаты специальных исследований показали, что если в основе соблюдения каких-либо рекомендаций лежит только страх, то продолжительность их соблюдения у большинства больных с хроническими заболеваниями не превысит полугодия.

Вместо формулировок "вы должны" или "вам нельзя" необходимо перейти к формулировке "вы можете", соответственно вместо запрета предложив конструктивную альтернативу. За пациентом, как за взрослым человеком, нужно оставлять право выбора действия, решение о трезвом образе жизни принимает он сам. Общение должно строиться по типу отношений взрослый—взрослый, даже

в том случае, если вашим пациентом является подросток. Больной должен почувствовать, что его проблемы понимают, его мнение и опыт уважают и сделают все возможное, чтобы ему помочь. Это уменьшит чувство вины и его обратную сторону — агрессию и ложь.

2. Индивидуализация лечебных подходов. Лечение алкоголизма включает два основных этапа: купирование острых алкогольных расстройств и противорецидивную терапию. Многие врачи психиатры-наркологи, только начинающие работать с пациентами, страдающими алкоголизмом, возлагают надежды на применение только медикаментозных методов без учета психологических характеристик пациентов и применения методов психотерапии.

Необходимо сосредоточить внимание на повышении уровня знаний медицинских работников в области психологии (варианты реагирования пациентами на болезнь, психологический портрет больного, техника активного слушания со стороны врача и др.). Это позволит повысить эффективность терапевтического процесса, в частности создать оптимальные отношения в диалогичности врач—пациент и оптимизировать лечебный процесс. Мы разработали учебную программу факультативных занятий по теме "Повышение психологической компетенции медицинских работников" для курсантов циклов общего и тематического усовершенствования ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России (72 ч).

Таким образом, мы выявили, что на первом месте среди причин, побудивших обратиться к врачу с целью формирования трезвого образа жизни, были "проблемы на работе (угроза увольнения)" — 55% случаев. 31,8% обследованных находились на I стадии готовности к изменению поведения (предваряющая); всего стадий пять. У пациентов с алкогольной зависимостью учет факторов повышения приверженности к лечению улучшает его эффективность и качество жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурахманов Д.Т. Алкогольная болезнь печени. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. 2007; 6: 4—10.
2. Альтиулер В.Б., Кравченко С.Л. Протоколы ведения наркологических больных и порядок оказания наркологической помощи в Российской Федерации (стационарное лечение). В кн.: Кошкина Е.А., ред. Клинические и организационные вопросы наркологии. М.: Гениус Медиа; 2011.
3. Иванец Н.Н. Наркология, предмет и задачи. В кн.: Иванец Н.Н., ред. Руководство по наркологии. т. 2. М.: Медпрактика-М; 2002: 6—24.
4. Незнанов Н.Г., Вид В.Д. Проблема комплаенса в клинической психиатрии. Психиатрия и психофармакотерапия. 2004; 6 (4): 159—62.
5. Сиволоп Ю.П. Предмет и основные понятия наркологии: представления об аддиктивных расстройствах. Журнал неврологии и психиатрии. 2010; 5: 3—10.

Поступила 15.01.13