

Стационарное лечение

Данное издание выпускается при финансовой поддержке программы здравоохранения MATRA Министерства иностранных дел Королевства Нидерландов и CORDAID

Роджер Д. Вейсс (Roger D. Weiss, M.D.)

В последние годы некоторые направления наркологических исследований, особенно в вопросе о роли стационарного лечения пациентов, страдающих наркотической зависимостью, вызвали оживленные споры. Этот спор отчасти подогревается огромными затратами на лечение алкоголизма в США. Установлено, например, что в 1993 г. на лечение наркологических расстройств в различных медицинских учреждениях было потрачено более 6 миллиардов долларов (Harwood et al. 1994). С другой стороны, затраты общества на решение самих проблем, связанных с алкоголем и наркотиками, в 1991 г. составили 168 миллиардов долларов (American Psychiatric Association). Следовательно, разработка эффективных методов лечения наркологических пациентов является приоритетным направлением как с точки зрения общественного здравоохранения, так и с экономической точки зрения. Более того, поскольку для решения проблемы имеющиеся ресурсы ограничены, лечение должно быть не только эффективным, но и рентабельным. Поскольку затраты на амбулаторное и стационарное лечение существенно отличаются, и поскольку существует значительная разница в расходах на одного пациента в день среди стационарных служб, решение вопроса о роли госпитального лечения представляется важным. К сожалению, споры относительно стационарного лечения часто подогреваются политическими и финансовыми рассуждениями, а не клиническими исследованиями. Это иногда приводит к пропаганде экстремистских идей со стороны защитников разных точек зрения. В результате звучат противоречивые аргументы, которые либо доказывают экстраординарную эффективность (McElrath 1998), либо буквально отрицают необходимость (Miller and Hester 1986) стационарного лечения.

Эти дебаты значительно усиливаются тем фактом, что в конце 70-х и начале 80-х годов, когда закрывались общественные больницы, резко возросло количество частных клиник (коммерческих, в основном) для наркозависимых людей. К середине 80-х, тем не менее, возник интерес к недорогому стационарному лечению наркологических расстройств. Поскольку клиницисты, исследователи, чиновники и предприниматели пытались создать менее дорогие альтернативы госпитализации, возник вопрос о целесообразности стационарного лечения, что оставалось предметом затяжного спора. В данной главе представлен обзор литературы о стационарном лечении, современных показаниях для госпитализации и обзор исследований по эффективности данного подхода.

Что такое стационарное лечение?

Понятие "стационарное лечение" подразумевает различные формы терапии, которые применяются в различных клинических случаях. К стационарному лечению может относиться детоксикация, реабилитация, комбинация обоих методов или подход, при котором один метод сопровождается другим. Лечение может осуществляться в обычной или в психиатрической больнице, в специализированном наркологическом отделении обычной больницы или в отдельной наркологической клинике. Количество и состав штата может меняться, что зависит от возможностей клиники и числа пациентов. В стационарном наркологическом отделении, где лечатся пациенты со сложными сопутствующими заболеваниями, медицинский штат будет больше, чем в отделении, где лежат пациенты с наркологическими и психиатрическими расстройствами, а в последнем, наоборот, требуется больше психиатров. Исходя из "Критериев направления на лечение Американского общества аддиктивной медицины", различают "лечение" и "наблюдение", при интенсивном стационарном лечении; некоторые службы относятся к последней категории ("лечение с проживанием"). При такой форме предлагается

психосоциальная программа, менее направленная на врачебные и сестринские услуги. Многие клиницисты, работающие с наркологическими пациентами, рекомендуют осуществлять лечение в специализированных условиях из-за возможности получить поддержку от равных, наличия опытных и преданных делу медицинских сотрудников, и того факта, что пациенты наркологии и психиатрии могут неуютно себя чувствовать друг с другом. Тем не менее, авторам не встречались исследования, где бы было проведено сравнение эффективности лечения пациентов в специализированном отделении и общем психиатрическом госпитале. Признание в последнее десятилетие того факта, что аддиктивным расстройствам часто сопутствуют другие психические заболевания (Brooner et al. 1996; Kessler et al. 1997; Mirin et al. 1991), привело к созданию многочисленных стационаров для пациентов с двойным диагнозом. Проблема использования термина "пациенты с двойным диагнозом" заключается в том, что подразумевается наличие большего числа схожих признаков, чем существует в реальности (Weiss et al. 1992). Фактически, множество пациентов с сопутствующими психиатрическими и наркологическими расстройствами разнообразно. Хотя для формирования в отделении чувства сплоченности таких пациентов можно попытаться объединить, этот результат не всегда будет достижим. Например, чтобы молодому кокаинозависимому пациенту с булимией достичь чувства общности с пожилым алкоголиком, страдающим депрессией, ему не будет достаточно просто наличия и у того, и у другого двух заболеваний. Таким образом, несмотря на то, что лечение пациентов с двойным диагнозом в некоторых ситуациях имеет смысл, важно знать о потенциальных ловушках, присущих данному подходу. Лечение коморбидных состояний (двойной диагноз) может быть организовано в отделении, базисно ориентированном на психиатрию, в наркологическом отделении с консультантом-психиатром (который может быть приглашен, а может работать на полную ставку) или в отделении, где осуществляются попытки объединить принципы психиатрии и наркологии. Minkoff (1989), например, высказал мнение, что пациентов, злоупотребляющих наркотиками, пациентов психиатрии и людей с обоими

типами расстройств лучше лечить вместе, используя объединенную терапевтическую модель. Он настаивал на том, что многие концепции, которые традиционно применялись в наркологическом лечении (начало хронического заболевания и выздоровление от хронического заболевания, необходимость преодолеть отрицание и стыд, важность умения попросить о помощи, активное лечение, выработка новых навыков преодоления стресса), одинаково полезны в лечении пациентов с другими психиатрическими расстройствами. Kofoed (1993) выдвинул предположение, что для пациентов с сопутствующими психиатрическими и наркологическими расстройствами выбор терапевтических условий должен основываться на стадии заболевания, уровне мотивации и существующем симптомокомплексе (острый синдром отмены, психические расстройства, вызванные приемом наркотиков). Буквально во всех наркологических программах в США, абстиненция от всех наркотиков, включая алкоголь, считается краеугольным камнем успешного лечения. Наиболее распространенная форма стационарного лечения в этой стране — Миннесотская модель (Cook 1988), названная в честь штата, где она была разработана в 50-х годах. Миннесотская модель лечения подразумевает стандартный, фиксированный период пребывания в стационаре, обычно 4 недели (хотя этот этап в более поздних версиях программы изменился и стал более гибким). После прохождения процедуры детоксикации пациенты посещают обучающие лекции, где рассматривается концепция болезни, как химической зависимости. Помимо знаний о вредных психологических и медицинских последствиях употребления наркотиков и алкоголя, пациенты узнают, как развивается алкоголизм, о влиянии злоупотреблений психотропными веществами на взаимоотношения в семье, о ситуативных рекомендациях и техниках профилактики рецидивов, о важности изменения образа жизни и об альтернативных способах преодоления стресса. Пациентов часто просят рассказать истории их алкогольной или наркотической зависимости другим пациентам и сотрудникам программы, что напоминает заседания Анонимных Алкоголиков (АА). Цель этого упражнения — помочь пациентам вступить в конфронтацию и принять идею о негативных

аспектах употребления ими наркотиков; приуменьшение и отрицание тяжести собственных проблем весьма распространено среди пациентов, принятых на лечение в стационар. Программы лечения, использующие Миннесотскую модель, базируются на принципах групповой терапии и конфронтации с равными, а в качестве первичных консультантов работают выздоравливающие пациенты. Также в этих программах часто используются системные воздействия с привлечением работодателей и членов семьи.

Многие терапевтические группы в Миннесотской модели практикуют принципы Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов (АН). На самом деле, ориентирование пациентов на сообщества АА и привлечение их к групповой терапии после выхода из больницы — главные цели таких программ.

Психиатры могут по-разному принимать участие в программах, использующих Миннесотскую модель, часто выполняя роль консультантов для пациентов, имеющих явные сопутствующие психические расстройства. Возможность объединения усилий врачей-психиатров и других консультантов различна: от полной кооперации и интеграции до взаимного недоверия.

Миннесотские программы способствуют интенсивному изменению образа мыслей и установок на зависимость. Это происходит в процессе группой терапии, через оценку равными и во время встреч с консультантами, которые сами по себе являются выздоравливающими пациентами. Одно из наиболее мощных средств в этих программах — возможность дать надежду, которая может помочь многим людям, ощущающим себя попавшими в ловушку собственной зависимости. И, наконец, эти программы обычно подчеркивают значимость духовного развития в процессе выздоровления.

Кук (Cook 1988) отсылал к "исчерпывающей догматичной идеологии" Миннесотской модели, как к одному из мощнейших терапевтических средств. Этот аспект программ, тем не менее, также подвергался критике. Например, некоторые пациенты, которые возражали против духовной стороны этих программ, которым программы АА по каким-то причинам

неприятны, были убеждены, что персонал программы отказался от них. Некоторых пациентов обвиняли в том, что они сопротивляются лечению, когда фактически они просто сопротивлялись участию в АА. Отчасти в качестве реакции на это возникли такие альтернативные группы самопомощи как "Выздоровление СМАРТ" (SMART Recovery) и "Светские организации за трезвость". Но несмотря на критику, Миннесотская модель остается популярной в США. В нескольких больницах США применяется метод аверсивной контрбусловливающей терапии (Институт медицины, 1990). При данном способе лечения пациент получает эметический препарат (рвотное) и принимает свой любимый алкогольный напиток, после чего прием алкоголя начинает ассоциироваться с тошнотой и рвотой. Несмотря на то, что неконтролируемые или неполные исследования по данной процедуре показали хорошие результаты (Neuberger et al., 1980; Smith et al., 1991), данные, полученные в ходе контролируемых исследований, были не столь обещающими.

Обоснование необходимости стационарного лечения

У стационарного лечения есть несколько преимуществ перед менее интенсивными программами. Больничное окружение позволяет достичь высокого уровня медицинского наблюдения и безопасности для клиентов, которым необходимо постоянное соматическое и/или психиатрическое наблюдение. Таким образом, стационарное лечение показано пациентам, находящимся в опасных, с точки зрения медицины, состояниях или тем пациентам, которые представляют опасность для себя и окружающих. Интенсивное стационарное лечение может быть полезно и тем, кто по каким-либо причинам не реагирует на более слабые меры. Например, госпитализация может быть полезна тем пациентам, которые не очень хотят и не имеют мотивации регулярно проходить амбулаторное лечение. Более того, стационарное лечение может помочь некоторым людям, расширив их знания о внутренних триггерных факторах, которые и

приводят к опасности срыва. Например, интенсивность дискомфорта, который пациенты, находясь на лечении, испытывают 24 часа в сутки, может усилить влечение к наркотикам. Для пациентов возможность прочувствовать эти влечения, будучи в защищенных условиях и не рискуя "сорваться", помогает узнать многое о собственной уязвимости и научиться либо избегать таких ситуаций, либо эффективно их преодолевать. Кроме того, стационарное лечение помогает прервать цикл наркотической практики, не испытывая опасного с точки зрения медицины синдрома отмены. Безопасное стационарное окружение и передышка от постоянных соблазнов может помочь кому-то принять нужные решения. Тем не менее, в безопасности стационарного отделения есть один негативный момент. Поскольку один из главных факторов наркотического влечения — доступность наркотиков (Meyer and Mirin, 1979), пациенты, принятые на лечение в стационар, могут не испытывать влечения, просто потому, что они живут в свободном от наркотиков окружении. Следовательно, они не будут полностью готовы справиться с тягой к наркотикам, которая наверняка возникнет при возвращении в мир, где наркотики вновь будут легко доступны. В результате, некоторые стационарные программы стали разрешать пациентам в период лечения ненадолго покидать отделение, чтобы те могли подвергаться влиянию соблазнов.

Есть и другие негативные аспекты стационарного лечения. Во-первых, госпитальное лечение стоит очень дорого, обычно несколько сотен долларов в день. Во вторых, пациенты, попадающие на лечение в стационар, не могут работать, заботиться о семьях, учиться или вести обычную жизнь. И, наконец, пациенты в результате госпитализации могут стать отверженными. Таким образом, стационарное лечение не должно рекомендоваться легко, а должно использоваться только тогда, когда менее интенсивные методы лечения оказались безуспешны или слишком опасны.

Когда пациентов необходимо госпитализировать?

Попытки найти рентабельные методы лечения наряду с данными, ставящими под вопрос эффективность стационарного лечения, способствовали тому, что клиницисты стали госпитализировать пациентов с химической зависимостью реже, чем это было раньше. Список показаний для стационарного лечения был разработан многими страховыми компаниями, больницами и профессиональными группами. Например, Хоффман (Hoffman et al., 1991) перечислил шесть пунктов, которые необходимо оценить для принятия решения о том, нуждается ли пациент в стационарном лечении, частичном стационарном лечении, или ему необходимо назначить амбулаторное лечение. Пункты, рекомендуемые для оценки: 1) острая интоксикация и/или синдром отмены 2) биомедицинское состояние и осложнения 3) эмоциональное и поведенческое состояние и осложнения 4) принятие лечения или сопротивление ему 5) потенциальная возможность рецидива и 6) окружение с точки зрения процесса выздоровления. Несмотря на то, что можно спорить относительно какого-либо специфического критерия или любого другого момента, необходимо помнить о важности междисциплинарной оценки для выработки оптимального плана лечения наркозависимого пациента. Когда такая оценка завершена, клиницист, при решении вопроса о госпитализации, должен учесть два серьезных момента: 1) опасность пациента для самого себя и окружающих 2) вероятность того, что пациент может достичь успеха при лечении в менее интенсивных программах. У пациентов, злоупотребляющих наркотиками, эти стороны иногда достаточно трудно оценить. Например, пациенты, которые хотят кого-то убить или недавно пытались покончить жизнь самоубийством, — явные кандидаты для госпитализации, но опасность для себя и окружающих могут представлять и те наркозависимые, в поведении которых отсутствуют очевидные деструктивные или насильственные действия. Пациенты, которые регулярно водят транспорт в состоянии интоксикации, которые обмениваются инъекционным инструментарием или совершают преступления, чтобы добыть деньги на наркотики, также могут быть опасны для себя и для общества. Поскольку одна из функций

стационарного лечения — защитить пациентов с химической зависимостью от самих себя и/или людей, их окружающих, достаточно трудно принять решение относительно продолжительности госпитализации людей с хроническим рецидивирующим заболеванием. Стационарное лечение может также гарантировать безопасность в процессе детоксикации. Это особенно важно для пациентов, которые подвергаются процедуре детоксикации от алкоголя и/или седативно-снотворных препаратов, поскольку синдром отмены при употреблении этих веществ может сопровождаться серьезными медицинскими осложнениями, включая малые эпилептические припадки, делирий ("белая горячка") и даже смерть. Множество исследований продемонстрировало, что амбулаторная детоксикация от алкоголя при определенных условиях может быть проведена эффективно и безопасно (Collins et al., 1990; Hayashida et al., 1989). Тем не менее, детоксикация в условиях стационара все еще широко используется, поскольку существует риск возникновения серьезных медицинских осложнений при синдроме отмены, а данная группа населения потенциально ненадежна. Например, некоторые пациенты, проходящие детоксикацию от алкоголя, могут одновременно употреблять и другие наркотики, такие как кокаин, который снижает судорожный порог. Несмотря на то, что детоксикация от терапевтических доз бензодиазепинов часто проводится амбулаторно, детоксикация пациентов со смешанной алкогольной и бензодиазепиновой зависимостью или пациентов, злоупотребляющих бензодиазепинами, осуществляется в стационарных условиях. Более того, несмотря на то, что с медицинской точки зрения синдром отмены при опиоидной зависимости менее опасен, чем отмена седативно-снотворных средств или алкоголя, состояние дискомфорта, испытываемое большинством опиоидно-зависимых пациентов во время детоксикации, может снизить эффективность амбулаторного лечения из-за частых рецидивов. Таким образом, многие пациенты, которые не в состоянии успешно пройти детоксикацию в амбулаторных условиях, могут быть направлены в стационар для снятия синдрома отмены. Сложные режимы детоксикации для тех пациентов, которые зависимы от двух и более

классов наркотиков, должны осуществляться в госпитале, поскольку необходимо часто проводить повторную оценку и адаптацию таких схем лечения. Также и пациенты с серьезной соматической патологией (болезни сердца, нервной системы, печени) должны проходить детоксикацию в стационаре. Как можно заметить по последним примерам, в показаниях для госпитализации часто фигурирует использование больницы и как протективного (защитного) фактора, и как способа максимально интенсивного лечения. Некоторые пациенты проходят лечение как стационарное, когда они не способны получить пользу от менее интенсивных форм лечения (или производят такое впечатление). Хотя десятилетие назад госпитализация рекомендовалась в качестве основной лечебной программы, в настоящее время стационарный уход рекомендуется пациентам либо при наличии серьезной опасности (как было описано выше), либо после безуспешных попыток лечения в амбулаторных или частично госпитальных условиях. Пациентам, которые нуждаются в структурированном и безопасном окружении для реабилитации, могут подойти программы с медицинским наблюдением или с проживанием; пациенты с высокой степенью опасности для себя и окружающих, те, которым требуется интенсивное медицинское наблюдение в период детоксикации, или те, которым необходима психиатрическая помощь во время детоксикации, должны получать лечение в условиях стационара.

Исследования, сравнивающие стационарных и амбулаторных пациентов, обычно показывают, что во второй группе чаще встречается более тяжелый наркотический анамнез, более распространены медицинские, психосоциальные и профессиональные проблемы, включая меньшую социальную стабильность, больший уровень безработицы и обилие медицинских и психиатрических расстройств (Harrison et al., 1998; Skinner, 1981). Безусловно, эти данные частично отражают характер направления пациентов на лечение и не обязательно указывают на то, какой группе из них больше везет и в каких условиях. В самом деле, во

многих исследованиях алкогольно- или наркозависимых пациентов по случайному принципу направляли на стационарное или менее интенсивное лечение. Несмотря на то, что разница между результатами стационарного и прочих методов лечения была незначительной (Longabaugh, 1998; Miller and Hester, 1986), методологические погрешности в некоторых исследованиях могли повлиять на результаты (Nase, 1990; Pettinati et al., 1993; Sell, 1995). Например, в одном часто цитируемом исследовании (Longabaugh, 1983) сделан вывод о том, что пациенты, которые лечатся стационарно, и пациенты, которые частично проходят госпитальный режим, показывают одинаковые результаты. Однако пациенты каждой группы в этом исследовании изначально были в стационаре. В другом хорошо известном исследовании (Edwards et al., 1977) звучит вывод о том, что амбулаторное лечение по "предоставлению советов" эффективно настолько же, насколько и стационарное лечение. Тем не менее, более поздний анализ данных этого исследования показал, что пациенты с более тяжелой алкогольной зависимостью лучше реагировали на стационарное, а не на амбулаторное лечение (Nase, 1990).

Наиболее серьезные трудности в исследованиях, где сравнивается эффективность стационарного и амбулаторного лечения наркологических расстройств, связаны с самой формулировкой часто задаваемого вопроса: "Что лучше: стационарное или амбулаторное лечение?". Такой спор был назван бессмысленным (Weddington and McLellan, 1994), поскольку цели и структура, а также общий подход к лечению наркологических проблем в стационарных и амбулаторных условиях различны. Спрашивать о роли стационарного лечения в наркологии — все равно что спрашивать об применении стационарного лечения при таких хронических заболеваниях как диабет или астма. Все они являются пожизненными, хроническими, рецидивирующими заболеваниями, при которых для лечения осложнений и поддержания амбулаторного контроля над расстройствами, показано стационарное лечение.

Даже в исследованиях, в которых пациентов методом случайной выборки направляли либо на стационарное, либо на интенсивное амбулаторное,

либо на частично госпитальное лечение, исключались те пациенты, у которых были серьезные соматические, психические или социальные расстройства, что могло бы поставить в опасное положение пациентов случайной выборки для любого другого лечения, кроме стационарного (Weddington and McLellan, 1994). Например, хотя команда МакКея (McKay 1997) и обнаружила, что психосоциальные показатели "Критериев направления на лечение Американского общества аддиктивной медицины" не предсказывают, кто получит больше пользы при стационарном лечении по сравнению с интенсивной амбулаторной программой реабилитации, эти исследователи не исследовали две проблемные медицинские области (острая интоксикация/синдром отмены и соматические осложнения) по этим критериям, поскольку направление на лечение методом случайной выборки пациентов, соответствующих этим критериям, было бы невозможным.

Результаты исследований со случайной выборкой с направлением на лечение вступают в конфликт с той ролью, которую играет стационарное лечение. Группа Уолша (Walsh, 1991) продемонстрировала, что стационарное лечение более эффективно, чем направление в группы АА зависимых от алкоголя пациентов, которое осуществлялось на рабочем месте через программы помощи. Тем не менее, промежуточных вариантов (частичная госпитализация или интенсивное амбулаторное лечение) в этом исследовании не предлагалось. Группа Ольтермана (Alterman, 1994) выяснила, что спустя 7 месяцев лечение кокаиновых зависимых пациентов в дневном стационаре оказалось настолько же эффективным, как и стационарное лечение, хотя показатель завершения лечения среди стационарных пациентов был выше. Петтианти (Pettinati) с сотрудниками (1993) изучали, какую роль играет тяжесть психических расстройств и уровень социальной поддержки в прогнозировании состояния усталости от участия в стационарной или интенсивной амбулаторной программах. Эти исследователи обнаружили, что амбулаторные пациенты быстрее начинают испытывать разочарование от лечения вне зависимости от степени тяжести психических расстройств. В настоящее время нужны исследования, которые определили бы, какая группа пациентов лучше

реагировала, на какие специфические виды лечения и на каких стадиях заболевания.

Стационарное лечение: результаты

Общие данные

Большое число исследований, которые проводились спустя длительное время после завершения пациентами лечения, включая госпитальные программы, показали впечатляющий успех. Например, Гилмор с сотрудниками (Gilmore, 1986) провел спустя 6 и 12 месяцев опрос среди пациентов, которые проходили лечение в Фонде Хазельден (известный центр, использующий Миннесотскую модель) и в двух других местах. Эти исследователи обнаружили, что 73% из тех пациентов, которые заполнили анкету (примерно половина из всей выборки), сохраняли воздержание от алкоголя на 6-й месяц оценки, и 58% респондентов были в абстиненции спустя год после завершения лечения. Уоллес (Wallace, 1988) представил похожие благоприятные результаты среди пациентов, которые лечились в центре Эджхилл Ньюпорт (аналогичной структуре, которая к тому моменту уже была закрыта). Они обнаружили, что спустя 6 месяцев после лечения 57% проинтервьюированных пациентов воздерживались от употребления алкоголя. Тем не менее, в обеих выборках из последующего исследования были исключены те пациенты, которые преждевременно покинули лечение или (как в более позднем исследовании) были женаты. Исследование, проведенное 4 года спустя среди пациентов, прошедших лечение в Фонде Кэриер (Carrier Foundation), показало, что приблизительно у половины участников выборки были положительные результаты (Pettinati et al., 1982). Однако разброс в результатах, описывающих состояние участников, был велик, и в течение 4-х лет лишь одна четвертая часть пациентов продолжала оставаться в абстиненции. Было проведено исследование приблизительно среди 75 000 зависимых от алкоголя пациентов, информация о которых была собрана через базу данных Отдела по делам ветеранов. Бун (Bunn, 1994) выяснил, что

уровень смертности через три года среди пациентов, которые завершили расширенную формальную программу лечения алкоголизма, был меньше, чем среди пациентов, которые оставались на лечении более короткое время (либо потому, что они участвовали в краткосрочной программе детоксикации, либо потому, что не завершили более длительную программу лечения) и чем среди пациентов, которые были госпитализированы, не пройдя формальное лечение от алкоголизма. К сожалению, все исследования, упомянутые здесь, были неконтролируемыми и, следовательно, подвергались присущим им искажениям. В последнее время, в качестве реакции на данную проблему, возросло количество контролируемых исследований. Тем не менее, как было сказано ранее, контролируемые исследования также не защищены от методологических ошибок. Таким образом, необходимо продолжать исследования в данной области.

Характеристики пациентов в исследованиях по изучению

результатов стационарных методов лечения

Хотя, как было упомянуто выше, некоторые авторы пишут о том, что стационарное лечение наркологических пациентов не имеет преимуществ перед менее интенсивными программами лечения, какие-то группы пациентов, похоже, лучше других реагируют на госпитализацию. В целом, большинство исследований по оценке стационарного лечения выявили, что дается лучший прогноз для следующих групп пациентов: пациенты старшего возраста; женатые пациенты; пациенты, которые употребляют алкоголь, а не другие наркотики; и пациенты, чьи семьи принимают участие в лечении (Harrison et al., 1991). Однако здесь работают те же самые характеристики, которые дают хороший прогноз и в других методах наркологического лечения.

Характеристики программы исследования по изучению результатов стационарных методов лечения

Хотя было проведено много исследований пациентов, сфокусированных

на персональных характеристиках, способствующих результатам лечения, наблюдается недостаток в исследованиях, описывающих характеристики программы, которые оказывают влияние на прогноз. Несмотря на заявления некоторых авторов о том, что различия в программах менее важны для результатов лечения, чем характеристики пациентов, Кронкит и Мосс (Cronkite and Moss, 1978), которые провели анализ среди 429 алкоголиков, прошедших лечение в пяти различных программах, пришли к выводу, что связанные с программой характеристики оказывают существенное влияние на результаты лечения. Было исследовано несколько различных характеристик программ стационарного лечения, чтобы определить их влияние на результаты лечения (Adelman and Weiss, 1989), однако большинство этих исследований либо были неконтролируемыми, либо не включали тщательно подобранную контрольную группу. Более того, эти исследования были в основном проведены в 70-х и 80-х годах, когда для пациентов с наркологическими расстройствами госпитализация была мерой номер один. В исследовании, где изучалось то, как влияет процесс направления пациентов на результаты лечения, было показано, что работающие алкоголики, которых принудили пройти лечение их руководители, больше получили пользы, чем те, кто добровольно пошли на лечение (Chopra et al., 1979). Моберг и коллеги (Moberg, 1982) также обнаружили, что привлечение начальника пациента во время госпитализации оказало благотворное влияние на исход лечения. Есть указания на то, что акцент на групповое взаимодействие между равными в процессе лечения также может оказать влияние на его эффективность. Стинсон с коллегами (Stinson, 1979) направили алкоголиков методом случайной выборки на лечение в две программы: одна программа фокусировалась на индивидуальном подходе к лечению, и было высоким соотношение штат-пациент, а в другой программе сотрудников было меньше, и внимание уделялось групповым взаимодействиям между равными. У пациентов второй группы результаты лечения оказались лучше, что позволяет предположить потенциальную

значимость поддержки со стороны равных в программах лечения алкоголизма.

В нескольких исследованиях изучались характеристики сотрудников программы лечения. Валль (Valle, 1981) выяснил, что навыки межперсонального общения у консультантов по проблемам алкоголизма в стационаре оказывают заметное влияние на результаты лечения. МакЛеллан с коллегами (McLellan, 1988), изучая характеристики консультантов программы поддерживающей терапии метадоном, получил подобные результаты. Эти данные укрепляют предположение, что характеристики отдельных консультантов могут существенно влиять на результаты лечения в конкретных лечебных условиях. Изучение стационарных наркологических программ также показало, что степень медицинской ориентации может повлиять на исход лечения. Сمارт и Грей (Smart and Gray, 1978) изучили 792 пациента-алкоголика, находящихся на лечении в пяти различных стационарных программах, и пришли к выводу, что расхождение в уровне "выживаемости" (показатель преждевременного выхода из программы), которое составляло 30%, связано с различиями в лечении. Эти исследователи выяснили, что те пациенты, которые проходили лечение в отделениях с большей ориентацией на медицину, чаще завершали лечение. Также было показано, что психиатрическая оценка играет важную роль в лечении. Например, МакЛеллан с коллегами (McLellan, 1986) продемонстрировал ту роль, которую играет степень тяжести психопатологии в прогнозировании результатов лечения наркологических пациентов. Эти исследователи обнаружили, что пациенты с умеренными уровнями психических расстройств по "Шкале тяжести наркотической зависимости" (Addiction Severity Index), лучше реагировали на лечение. Последние разработки в психологических и фармакологических подходах к лечению специфических подгрупп пациентов, имеющих и наркологические и психиатрические расстройства, иллюстрируют важную роль тщательной психиатрической экспертизы. Один из наиболее важных компонентов практически всех программ стационарного лечения — акцент на групповую терапию и посещение

занятий АА. Поскольку эти аспекты стационарных программ встречаются почти повсеместно, их влияние на результаты лечения на самом деле изучалась мало. Тем не менее, некоторые специфические типы групп исследовались, и позитивные результаты были получены в группах, ориентированных на пациентов (Ends and Page, 1959), в группах по обучению социальным навыкам (Eriksen et al., 1986), и в группах по обучению навыкам сопротивления стрессу (Vogel et al., 1997). Другие удачные специфические воздействия, о которых сообщалось, включают в себя техники термической и электромиографической биологической обратной связи (Denney et al., 1991) и использование написанного пациентом контракта на лечение (в противоположность контракту, написанному сотрудником программы, или ими совместно) при разработке лечебного плана (Vannicelli, 1979). Также в одном исследовании было показано, что физические упражнения помогают снизить тревожное состояние и уровень депрессии у наркологических пациентов, однако сколько длительно упражнения могут влиять на результат лечения — неясно (Palmer et al., 1988). Поддержка после лечения давно считается важной частью стационарного лечения; несколько исследований показали позитивный эффект поддержки для результатов лечения. Некоторых исследователей заинтересовал вопрос, улучшает ли поддержка сама по себе результаты лечения, или пациенты, у которых, скорее всего, будут хорошие результаты, — это те же пациенты, которые чаще принимают участие в программах поддержки после лечения. Два исследования с использованием кросс-секционного анализа подтвердили последнее предположение (Costello 1980; Vannicelli, 1978). Однако МакЛатчи и Ломп (McLatchie and Lomp, 1988) оспорили эту теорию. Эти исследователи методом случайной выборки направили 155 пациентов, которые завершили четырехнедельную стационарную программу лечения алкоголизма, в одну из трех программ поддержки после лечения: 1) обязательная группа поддержки; 2) добровольная группа поддержки, где пациенты сами принимали решение — участвовать или нет; 3) группа, в которой пациентов отговорили от участия в программе поддержки. Разницы по таким показателям как рецидив употребления алкоголя, стиль

жизни, удовлетворение или уровень тревожности в этих группах не было обнаружено. Тем не менее, 66% пациентов из добровольной группы попросили поддержку после лечения. И, наконец, корреляции между продолжительностью пребывания в стационаре и результатами лечения давно являются предметом спора. Несмотря на то, что некоторые исследования, как было упомянуто ранее, обнаружили отсутствие преимуществ стационарного лечения перед посещением амбулаторных консультаций, где предлагались советы (Edwards et al., 1977), а в одном исследовании была обнаружена связь между длительным пребыванием в стационаре и плохими результатами лечения (Rae, 1972), в других исследованиях (Finney et al., 1981; McLellan et al., 1982) было выявлено положительное соотношение между временем пребывания в программе и реакцией на лечение. Так или иначе, многие результаты из-за отсутствия случайной выборки или плохой сопоставимости изучаемой группы трудно оценить. Готтейл с коллегами (Gottheil, 1992) изучил катамнез 131 ветеранов, страдающих алкоголизмом, которые прошли рекомендованный 90-дневный курс лечения. Авторы обнаружили, что результаты лечения оказались лучше среди тех пациентов, состояние которых в соответствии со "Шкалой тяжести наркотической зависимости" (Addiction Severity Index), было менее тяжелым. Более того, среди этих пациентов более длительное пребывание на лечении давало наиболее хорошие результаты. И наоборот, пациенты с самыми серьезными проблемами не получали пользы от увеличения времени пребывания в стационаре. Результаты данного исследования похожи на результаты, полученные Симпсоном (Simpson, 1979), который обнаружил, что польза от лечения среди пациентов, остававшихся либо в стационарной либо в амбулаторной программе менее 90 дней, была меньше, чем среди тех, кто находился на лечении 90 и более дней. Готтейл (Gottheil) и коллеги пришли к выводу, что пациенты с более серьезной психиатрической патологией могли мало выиграть от лечения из-за того, что даже 90 дней госпитализации было мало для удовлетворения их потребностей.

Выводы на будущее

Роль стационарного лечения в наркологии остается сложным и спорным вопросом, в дискуссию о котором вовлечены медицинские, политические, философские, финансовые и этические соображения. Тем не менее, понятно, что попытки сформулировать простейшие рекомендации относительно применения этого лечебного подхода не служат чьим-либо интересам. Таким образом, вместо того, чтобы спрашивать: "Эффективно ли стационарное лечение?", лучше задавать вопрос: "Для каких пациентов стационарное лечение будет эффективно, в какой момент, и за какой срок?". Для этой цели акцент в сегодняшних исследованиях, особенно в тех, которые проводятся МакЛелланом и коллегами (McLellan, 1992), делается на определении активных и неизменяемых составляющих стационарного (и амбулаторного) лечения с тем, чтобы более четко описать, какие аспекты стационарного лечения действительно эффективны и для каких групп пациентов. Поскольку будущие исследования помогут прояснить эти вопросы, есть надежда, что стационарное лечение займет более постоянное и четкое место в терапевтическом походе к наркологическим пациентам.

Источник: The american psychiatric press textbook of substance abuse treatment, second edition,
Chapter 36: 413-420

Библиография:

1) Adelman SA, Weiss RD: What is therapeutic about inpatient alcoholism treatment? Hosp Community Psychiatry 40:515-519, 1989

- 2) Alterman AI, O'Brien CP, McLellan AT, et al: Effectiveness and costs of inpatient versus day hospital cocaine rehabilitation. *J Nerv Ment Dis* 182:157-163, 1994
- 3) American Psychiatric Association: Practice Guideline for Treatment of Patients With Substance Use Disorders: Alcohol, Cocaine, Opioids. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1995
- 4) American Society of Addiction Medicine: Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Related Disorders. Chevy Chase, MD, American Society of Addiction Medicine, 1996
- 5) Armor DJ, Polich JM, Stambul H: Alcoholism and Treatment. Santa Monica, CA, Rand Corporation, 1976
- 6) Brouner RK, King VL, Kidorf M, et al: Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Arch Gen Psychiatry* 54:71-80, 1997
- 7) Bunn JY, Booth BM, Cook CAL, et al: The relationship between mortality and intensity of inpatient alcoholism treatment. *Am J Public Health* 84:211-214, 1994
- 8) Chopra KS, Preston DA, Gerson LW: The effect of constructive coercion on the rehabilitative process: a study of the employed alcoholics in an alcoholism treatment program. *J Occup Med* 21:749-752, 1979
- 9) Collins MN, Burns T, Van Den Berk PAH, et al: A structured programme for out-patient alcohol detoxification. *Br J Psychiatry* 156:871-874, 1990
- 10) Cook CCH: The Minnesota Model in the management of drug and alcohol dependence: miracle, method or myth? Part I: the philosophy and the programme. *British Journal of Addiction* 83:625-634, 1988a
- 11) Cook CCH: The Minnesota Model in the management of drug and alcohol dependence: miracle, method or myth? Part II: evidence and conclusions. *British Journal of Addiction* 83:735-748, 1988b
- 12) Costello RM: Alcoholism aftercare and outcome: cross-lagged panel and path analysis. *British Journal of Addiction* 75: 49-53, 1980
- 13) Cronkite RC, Moos RH: Evaluating alcoholism treatment programs: an integrated approach. *J Consult Clin Psychol* 46:1105-1119, 1978
- 14) Denney MR, Baugh JL, Hardt HD: Sobriety outcome after alcoholism treatment with biofeedback participation: a pilot inpatient study. *International Journal of the Addictions* 26:335-341, 1991
- 15) Edwards G, Orford J, Egert S, et al: Alcoholism: a controlled trial of "treatment" and "advice." *J Stud Alcohol* 38: 1004-1031, 1977
- 16) Ends EJ, Page CW: Group Psychotherapy and Concomitant Psychological Change: Psychological Monographs, Vol 73, No 480. Washington, DC, American Psychological Association, 1959
- 17) Eriksen L, Bjornstad S, Gotestam KG: Social skills training in groups for alcoholics: one-year treatment outcome for groups and individuals. *Addict Behav* 11:309-330, 1986
- 18) Finney JW, Moos RH, Chan DA: Length of stay and program component effects in the treatment of alcoholism: a comparison of two techniques for process analyses. *J Consult Clin Psychol* 49:120-131, 1981
- 19) Gilmore K, Jones D, Tamble L: Treatment Benchmarks. Center City, MN, Hazelden, 1986
- 20) Gottheil E, McLellan AT, Druley KA: Length of stay, patient severity and treatment outcome: sample data from the field of alcoholism. *J Stud Alcohol* 53:69-75, 1992
- 21) Harrison PA, Hoffman NG, Gibb L, et al: Determinants of chemical dependency treatment placement: clinical, economic, and logistic factors. *Psychotherapy* 25:356-364, 1988
- 22) Harrison PA, Hoffmann NG, Streed SG: Drug and alcohol addiction treatment outcome, in *Comprehensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction*. Edited by Miller NS. New York, Marcel Dekker, 1991, pp 1163-1197

- 23) Harwood HJ, Thompson M, Nesmith T: Final Report: Healthcare Reform and Substance Abuse Treatment: The Cost of Financing Under Alternative Approaches. Fairfax, VA, Lewin-VHI, 1994
- 24) Hayashida M, Alterman AI, McLellan AT, et al: Comparative effectiveness and costs of inpatient and outpatient detoxification of patients with mild-to-moderate alcohol withdrawal syndrome. *N Engl J Med* 320:358-365, 1989
- 25) Hoffman NG, Halikas JA, Mee-Lee D, et al: Patient Placement Criteria for the Treatment of Psychoactive Substance Use Disorders. Washington, DC, American Society of Addiction Medicine, 1991
- 26) Institute of Medicine: Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems. Washington, DC, National Academy Press, 1990
- 27) Kessler RC, Crum RC, Warner LA, et al: Lifetime cooccurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Co-morbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 54:313-321, 1997
- 28) Kofoed L: Outpatient vs. inpatient treatment for the chronically mentally ill with substance use disorders. *J Addict Dis* 12:123-137, 1993
- 29) Longabaugh R: Longitudinal outcome studies, in *Alcoholism: Origins and Outcome*. Edited by Rose RM, Barrett J. New York, Raven, 1988, pp 267-280
- 30) Longabaugh R, McGrady B, Fink E, et al: Cost effectiveness of alcoholism treatment in partial vs inpatient settings: six-month outcomes. *J Stud Alcohol* 44:1049-1071, 1983
- 31) McElrath D: The Hazelden Treatment Model. Testimony Before the U.S. Senate Committee on Governmental Affairs, Washington, DC, June 16, 1988
- 32) McKay JR, Cacciola JS, McLellan AT, et al: An initial evaluation of the psychosocial dimensions of the American Society of Addiction Medicine criteria for inpatient versus intensive outpatient substance abuse rehabilitation. *J Stud Alcohol* 58:239-252, 1997
- 33) McLatchie BH, Lomp KGE: An experimental investigation of the influence of aftercare on alcoholic relapse. *British Journal of Addiction* 83:1045-1054, 1988
- 34) McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, et al: An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: the Addiction Severity Index. *J Nerv Ment Dis* 168:26-33, 1980
- 35) McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP, et al: Is treatment for substance abuse effective? *JAMA* 247:1423-1428, 1982
- 36) McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP: Alcohol and drug abuse treatment in three different populations: is there improvement and is it predictable? *Am J Drug Alcohol Abuse* 12:101-120, 1986
- 37) McLellan AT, Woody GE, Luborsky L, et al: Is the counselor an "active ingredient" in substance abuse rehabilitation? An examination of treatment success among four counselors. *J Nerv Ment Dis* 176:423-430, 1988
- 38) McLellan AT, O'Brien CP, Metzger D, et al: Is substance abuse treatment effective-compared to what? in *Addictive States*. Edited by O'Brien CP, Jaffe JH. New York, Raven, 1992, pp 231-252
- 39) Meyer RE, Mirin SM: *The Heroin Stimulus: Implications for a Theory of Addiction*. New York, Plenum, 1979
- 40) Miller WR, Hester R: Inpatient alcoholism treatment: who benefits? *Am Psychol* 41:794-805, 1986
- 41) Minkoff K: An integrated treatment model for dual diagnosis of psychosis and addiction. *Hosp Community Psychiatry* 40:1031-1036, 1989
- 42) Mirin SM, Weiss RD, Griffin ML, et al: Psychopathology in drug abusers and their families. *Compr Psychiatry* 32:36-51, 1991

- 43) Moberg DP, Krause WK, Klein PE: Post-treatment drinking behavior among inpatients from an industrial alcoholism program. *International Journal of the Addictions* 17:549-567, 1982
- 44) Nace EP: Inpatient treatment of alcoholism: a necessary part of the therapeutic armamentarium. *The Psychiatric Hospital* 21:9-12, 1990
- 45) Neuberger OW, Matarazzo JD, Schmitz RE, et al: One-year follow-up of total abstinence in chronic alcoholic patients following emetic counterconditioning. *Alcoholism* 4:306-312, 1980
- 46) Palmer J, Vacc N, Epstein J: Adult inpatient alcoholics: physical exercise as a treatment intervention. *J Stud Alcohol* 49:418-421, 1988
- 47) Pettinati HM, Sugeran AA, DiDonato N, et al: The natural history of alcoholism over four years after treatment. *J Stud Alcohol* 43:201-215, 1982
- 48) Pettinati HM, Meyers K, Jensen JM, et al: Inpatient vs outpatient treatment for substance dependence revisited. *Psychiatr Q* 64:173-182, 1993
- 49) Rae JB: The influence of wives on the treatment outcome of alcoholics: a follow-up study at two years. *Br J Psychiatry* 120:601-613, 1972
- 50) Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al: Co-morbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA* 264:2511-2518, 1990
- 51) Richard GP: Behavioral treatment of excessive drinking. Unpublished dissertation, University of New South Wales, 1983
- 52) Ross HE, Glaser FB, Germanson T: The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Arch Gen Psychiatry* 45:1023-1031, 1988
- 53) Sell J: Academic outcome studies: the research and its misapplication to managed care of alcoholism. *Alcoholism Treatment Quarterly* 13:17-31, 1995
- 54) Simpson DD: The relation of time spent in drug abuse treatment to posttreatment outcome. *Am J Psychiatry* 136: 1449-1453, 1979
- 55) Skinner HA: Comparison of clients assigned to inpatient and outpatient treatment for alcoholism and drug addiction. *Br J Psychiatry* 138:312-320, 1981
- 56) Smart RG, Gray G: Multiple predictors of dropout from alcoholism treatment. *Arch Gen Psychiatry* 35:363-367, 1978
- 57) Smith JW, Frawley PJ, Polissar L: Six- and twelve-month abstinence rates in inpatient alcoholics treated with aversion therapy compared with matched inpatients from a treatment registry. *Alcohol Clin Exp Res* 15:862-870, 1991
- 58) Stinson DS, Smith WG, Amidjaya I, et al: Systems of care and treatment outcomes for alcoholic patients. *Arch Gen Psychiatry* 36:535-539, 1979
- 59) Valle SK: Interpersonal functioning of alcoholism counselors and treatment outcome. *J Stud Alcohol* 42:783-790, 1981
- 60) Vannicelli M: Impact of aftercare in the treatment of alcoholics: a cross-lagged panel analysis. *J Stud Alcohol* 39:1875-1886, 1978
- 61) Vannicelli M: Treatment contracts in an inpatient alcoholism treatment setting. *J Stud Alcohol* 40:457-471, 1979
- 62) Vogel PA, Eriksen L, Bjorneliv S: Skills training and prediction of follow-up status for chronic alcohol dependent inpatients. *European Journal of Psychiatry* 11:51-63, 1997
- 63) Wallace J, McNeill D, Gilfillan D, et al: Six-month treatment outcomes in socially stable alcoholics: abstinence rates. *J Subst Abuse Treat* 5:247-252, 1988

- 64) Walsh DC, Hingson RW, Merrigan DM, et al: A randomized trial of treatment options for alcohol-abusing workers. N Engl J Med 325:775-782, 1991
- 65) Weddington WW, McLellan AT: Substance abuse treatment (letter). Hosp Community Psychiatry 45:80, 1994
- 66) Weiss RD, Najavits LM: Overview of treatment modalities for dual diagnosis patients: pharmacotherapy, psychotherapy, and twelve-step programs, in Dual Diagnosis: Substance Abuse and Comorbid Medical and Psychiatric Disorders. Edited by Kranzler HR, Rounsaville BJ. New York, Marcel Dekker, 1998, pp 87-105
- 67) Weiss RD, Mirin SM, Frances RJ: The myth of the typical dual diagnosis patient. Hosp Community Psychiatry 43:107-108, 1992

О работе AFEW по профилактике ВИЧ/СПИД среди потребителей инъекционных наркотиков см.: