

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», кафедри психіатрії Івано-Франківського національного медичного університету, а також лікарів ТОККПНЛ, теми яких викликали дискусію серед учасників конференції.

За результатами науково-практичної конференції «Медико-психологічна та соціальна допомога в умовах надзвичайних ситуацій» було прийнято резолюцію, у якій ідеться про покращення надання медико-психологічної та соціальної допомоги в умовах надзвичайних ситуацій.

У рамках благодійної акції в холі психоневрологічної лікарні була представлена виставка власних

виробів пацієнтів психоневрологічної лікарні, які виступили ініціаторами зібрання коштів на потреби бійцям АТО.

Гості конференції мали можливість ознайомитися з умовами лікування та перебування пацієнтів психіатричного та неврологічного стаціонарів, потужною діагностичною та реабілітаційною базою Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні. Цікавою була й екскурсійна програма, яка дозволила учасникам відвідати Почаївську лавру та ознайомитися з пам'ятками культури й цікавими місцями Тернопілля.

И. Куценок

## ДЕСЯТЬ МИФОВ О ПРОИСХОЖДЕНИИ И ЛЕЧЕНИИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Профессор психиатрии Калифорнийского университета Сан Диего, директор отдела превенции, терапии и реабилитации наркоманий ООН, г. Вена

### Ключові слова:

психоактивные вещества, психиатрия зависимых состояний, рецидив.

В статье сосредоточено внимание на основных мифах, существующих в общественном сознании, относительно зависимых состояний, их происхождения, значения и лечения, учитывая многолетний опыт автора. Также сфокусировано внимание на необходимости пересмотра заблуждений в отношении лиц, зависимых от психоактивных веществ.

*«У каждой сложной проблемы есть простое решение и обычно оно ошибочно»*

Марк Твен

Во всей медицине существует множество мифов, и чаще всего их причиной являются два фактора – неполнота научных знаний и эмоциональная интерпретация даже хорошо исследованных научных фактов. По сути, мифы отражают стремление человеческого разума делать обобщающие выводы не имея полной информации об изучаемом предмете. Когда такой миф покидает пределы профессионального научного сообщества, он становится фактуальным – ошибки научной методологии или ошибочная интерпретация данных принимаются за доказанный наукой факт. Этот процесс формирования мифологий характерен не только в массовом сознании, но даже среди медиков, что особенно странно, учитывая научный характер профессии. Особенно характерно создание мифов в тех областях медицины, в которых идеология подходов и эмоции часто преобладают над научным знанием и здравым смыслом. В этом отношении вся психиатрия, по-моему, абсолютный чемпион, а психиатрия зависимостей, в частности, это, несомненно, область с максимальным количеством мифов.

Давайте дадим дефиницию научному мифу. **Научный миф** – это мнение или утверждение, для которого у нас нет доказательств, что оно верно, или есть доказательства, что оно ошибочно. **Доказательства** генерируются только средствами науки, т.е. путем научных исследований. Следует помнить, что научные исследования существенно отличаются с точки зрения достоверности методологии. Некоторые более достоверны, а многие – менее достоверны.

В медицинской науке обычно выделяют от 3 до 8 уровней доказательности. При этом с возрастанием порядкового номера уровня, качество клинического исследования, равно как и достоверность результатов, снижается. В последних случаях результаты менее надежны и имеют ориентировочное значение. Однако на практике, чем менее надежна научная методология, тем больше мы довольны результатами. Таким образом, формируются ложные представления о происхождении расстройств здоровья и методах лечения, которые препятствуют принятию правильного решения.

«Простое решение» для «сложной проблемы» зависимых поведений заключается, чаще всего, в нереалистичных



ожиданиях от лечения. Общество считает, что пациент с зависимым расстройством, в результате лечения (поведенческая терапия, психосоциальные интервенции, лекарственная терапия и др.), должен перестать быть пациентом с зависимым расстройством, то есть выздороветь. Как при аппендиците или бактериальной инфекции. Все гораздо сложнее, но мифы – вещь упрямая. Исторически сложилось, что психические и поведенческие расстройства вследствие употребления ПАВ наиболее подвержены подобного рода заблуждениям, которые мы попытаемся рассмотреть.

## 10 САМЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫХ МИФОВ В ПСИХИАТРИИ О ЗАВИСИМЫХ СОСТОЯНИЯХ

**МИФ 1.** Лечение зависимостей менее эффективно, чем лечение других заболеваний.

### РЕАЛЬНОСТЬ.

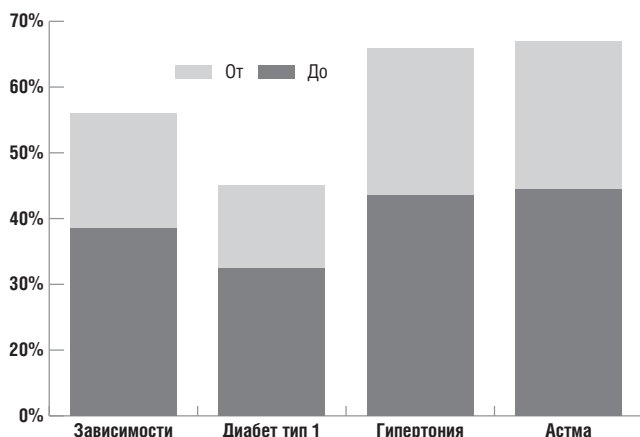
*Почему настолько различно отношение к пациентам с зависимостью, в сравнении с пациентами с другими хроническими, рецидивирующими соматическими заболеваниями (диабет, астма, гипертония)?*

Хронические соматические заболевания и зависимости от психоактивных веществ имеют очень сходные характеристики, и именно поэтому их сравнение научно корректно (таблица).

**Таблица. Сравнение хронических соматических заболеваний и зависимости от психоактивных веществ**

	Зависимость от психоактивных веществ	Хроническое соматическое заболевание (диабет, астма, гипертония)
Является заболеванием	+	+
Имеет хроническое течение	+	+
Этиологические факторы:		
- генетический	+	+
- метаболический	+	+
- поведенческий	+	+
- средовой	+	+
Возможность терапии	+	+
Не происходит полного выздоровления	+	+
Возможность рецидивов	+	+

Частота рецидивов хронических соматических заболеваний соотносима с частотой рецидивов зависимостей от психоактивных веществ (рис. 1).



**Рис. 1.** Соотношение частоты рецидивов хронических соматических заболеваний с зависимостью от психоактивных веществ

Интересно, что основные факторы рецидива при хронических соматических болезнях практически идентичны с факторами рецидива у пациентов с зависимыми расстройствами:

- несоблюдение предписанного фармакологического лечения и отсутствие поведенческих изменений;
- низкий социально-экономический статус;
- отсутствие поддержки со стороны семьи;
- дополнительная психическая патология.

Представьте пациента с гипертонией, у которого до начала лечения давление очень высокое и риск для жизни реален. Современные методы лечения гипертонии весьма эффективны, и, скорее всего, очень быстро после начала терапии давление вернется к норме. А теперь главный вопрос. Как только давление нормализовалось, кому придет в голову прекратить лечение? Причем не только медикаментозное, но и поведенческое (контроль веса, курение, диета, физическая активность, регулирование стресса и т.д.)? Правильно, никому, по той простой причине, что все грамотные врачи знают, что гипертония в большинстве случаев – это хроническое, многофакторное и рецидивирующее состояние, которое требует медикаментозного и поведенческого лечения. Кроме того, профилактика рецидива – это ключ к эффективной терапии. Очередной подскок давления – это совсем не признак провала лечения, а суть заболевания, и требует повышения интенсивности лечения. Студенты мединституты знают, что после первоначальной нормализации давления реальная терапия только начинается, и ее основной смысл – профилактика рецидива. То же самое у пациентов с диабетом или астмой. Другими словами, в отличие от аппендицита или перелома кости, философия «острой медицины» абсолютно неадекватна сути проблемы. В то же время, философия «острой медицины» чаще всего применяется в подходах к лечению зависимых расстройств. Рецидив рассматривается как личный провал пациента, но ни в коем случае не как сигнал к увеличению интенсивности терапии. В лучшем случае пациент будет направлен на то же самое лечение, которое уже проходило (не самый разумный, но и не худший вариант), а чаще всего его просто исключают из терапевтического процесса как «провалившегося».

*Другими словами:*

1. Философия и подходы «острой» медицины неприменимы при лечении пациентов с зависимостями;
2. Исследования достоверно показывают, что эффективность терапии зависимостей и терапии других хронических соматических болезней приблизительно одинаковы;
3. Выздоровление (ремиссия и улучшение психосоциального функционирования) – длительный процесс, который часто требует повторных лечений;
4. Рецидивы возможны, и к ним надо быть готовым.

**МИФ 2.** Лечить по поводу зависимостей от психоактивных веществ не нужно, зависимые «просто должны перестать употреблять наркотики». Многие считают, что пациенты продолжают употреблять наркотики потому, что:

- не видят в этом проблемы (недостаток знаний);
- не знают, как перестать употреблять (недостаток умений);

- не переживают по поводу употребления (недостаток эмоций);
- комбинация факторов.

**РЕАЛЬНОСТЬ.**

Если вышеупомянутые причины продолжающегося употребления психоактивных веществ верны, то решения проблемы были бы весьма просты:

*Если дать зависимым пациентам «знания» о зависимости они перестанут употреблять?*

*Если научить зависимых, как перестать употреблять, они перестанут употреблять?*

*Если усилить переживания зависимых по поводу употребления, они перестанут употреблять?*

Исследования последних 20–25 лет достоверно показывают, что предоставление информации о состоянии само по себе не меняет прогноз. Повышение информированности само по себе чаще всего не приводит к изменению поведения. Лечение пациентов с зависимостями от психоактивных веществ представляет собой сложную многофакторную систему, которая не ограничивается повышением информированности и обучением навыкам.

**Выводы:** Решение проблемы куда сложнее, чем просто предоставление знаний или умений, или если мы поставим пациента в ситуацию дискомфорта (например, в тюрьме). Пациенты с зависимостью от психоактивных веществ нуждаются в сложном, длительном, и комплексном лечении.

**МИФ 3.** Употребление наркотиков приводит к зависимости.

На первый взгляд, это логично, потому что все пациенты с зависимостями от веществ когда-то начали с их злоупотребления. Миф в том, что все, кто злоупотребляет веществами, разовьют зависимость. Это совсем не так

**РЕАЛЬНОСТЬ.**

Согласно научным исследованиям, риск развития зависимости (наблюдение 8–12 лет) следующий:

- никотин – 32%;
- героин – 23%;
- кокаин – 17% (крэк, кокаин – 20%);
- алкоголь – 15%;
- стимуляторы – 11%;
- каннабис – 9%;
- седативные – 9%;
- опиатные анальгетики – 9%;
- галлюциногены – 5%;
- ингалянты – 4%.

**Выводы:** Большинство людей с опытом употребления психоактивных веществ не продолжают их употреблять, т.е. злоупотребление чаще всего не приводит к формированию зависимости.

**МИФ 4.** Употребление наркотика является исключительно вопросом выбора человека, поэтому ответственность за негативные последствия лежит только на нем.

**РЕАЛЬНОСТЬ.**

*Является ли зависимое поведение болезненным состоянием, требующим медицинского вмешательства, если известно, что:*

Делать выбор и принимать решения – это социальные умения, которые формируются с возрастом. 78% зло-

употребляющих психоактивными веществами начали употреблять в возрасте 12–17 лет. Этот факт очень важен даже с точки зрения нейрофизиологии. Мозг человека формируется и созревает сзади наперед. Задние отделы мозга достаточно зрелы уже при рождении. К 12–17 годам происходит формирование средней, мезолимбической части мозга, которая отвечает за настроение, вознаграждение, импульсивность, регуляцию сна и другие, прежде всего эмоциональные функции. К 24–25 годам формируется лобная кора мозга, которая прежде всего регулирует принятие решений, осмысление поведения, и в целом служит корректором импульсов, которые генерируются мезолимбическими структурами мозга (амигдала, нуклеус аккубенс, гиппокамп). Эта динамика созревания мозга дает объяснение тому, что тинэйджеры практически всегда импульсивны, их решения часто не до конца продуманы и взвешены, и их настроение часто колеблется в большом диапазоне. У тинэйджеров принятие решений осуществляется преимущественно за счет вовлечения амигдалы. К 24–25 годам основная функция в процессе принятия решений ложится на фронтальную кору. Ошибочные импульсы к фронтальным районам коры выражаются в ошибочных решениях. А теперь вернемся к зависимостям. Зависимость формируется в результате дерегуляции мезолимбической допаминовой системы (MDS)\*, потому что именно на эту область мозга влияют все психоактивные вещества, нарушая нейротрансмиссию. А теперь умножьте этот факт на неполное функционирование лобной коры у тинэйджеров и отсутствие социального умения принятия решений? Я не пытаюсь ничего оправдать. Я пытаюсь понять. Кроме того, стоит помнить, что предрасположенность к формированию зависимого поведения генетически обусловлена.

**Выводы:** у пациентов с зависимостями компульсивное употребление веществ практически находится вне сознательного контроля.

**МИФ 5.** Детоксикация эффективна как самостоятельный метод лечения. Благодаря этому мифу в очень многих странах мира основное внимание уделяется созданию программ детоксикации, после которых ничего не следует.

**РЕАЛЬНОСТЬ.**

*Целесообразна ли детоксикация, если за ней не следует длительная комплексная поддерживающая терапия?*

У любой детоксикации есть две цели:

- сохранить жизнь или физически стабилизировать пациента;
- создать условия для мотивации начать долговременное лечение.

Если процесс лечения ограничивается детоксикацией, рецидивы обычно наблюдаются не через дни, а через часы после ее завершения.

**Выводы:** в концепции терапии состояний зависимости детоксикация – лишь первый, причем самый простой этап, за которым должны следовать другие этапы поддерживающей терапии, с последующей профилактикой рецидивов в течение нескольких лет. Кстати, этот подход ничем не отличается от терапии диабета или гипертонии.

**МИФ 6.** Лечение зависимости нужно начинать после того, как пациент уже столкнулся со всей тяжестью негативных последствий, «коснулся дна».

**РЕАЛЬНОСТЬ.**

*Будет ли более эффективным лечение, если пациент находится в стадии выраженной дезадаптации и полного истощения нейрофизиологических и психологических ресурсов?*

Сотни исследований показывают, что чем раньше мы начнем терапевтический процесс, тем больше шансов у пациента на стабильную ремиссию. По сути, в подавляющем большинстве случаев терапевтический процесс начинается тогда, когда на лицо выраженные симптомы тяжелой нейроадаптационной и психосоциальной патологии, т.е практически у 10–12% пациентов, которые находятся на вершине пирамиды тяжести состояния. В то же время, у более 70% пациентов с зависимыми расстройствами существуют хорошо исследованные терапевтические опции задолго до развития тяжелой патологии, но, как правило, они не попадают в сферу терапевтических интересов, чаще всего по причине недостаточного обучения специалистов общей медицины.

**Выводы:** диагностику и лечение зависимости целесообразно начинать на ранних этапах развития проблемы.

**МИФ 7.** Если у пациента нет мотивации к лечению, помочь ему невозможно.

**РЕАЛЬНОСТЬ.**

*Правильно ли считать формирование мотивации исключительно задачей пациента, если:*

научные исследования показывают, что профессиональная и грамотная работа с мотивацией пациента статистически значимо снижает употребление наркотиков и повышает частоту ремиссий. Исследования ясно показывают, что даже у так называемых немотивированных к лечению пациентов можно достичь серьезных положительных изменений при правильной работе с их мотивацией. Мотивация очень динамична, и меняется даже не за дни, а иногда за минуты. Существует ряд хорошо исследованных методов повышения и поддержки мотивации, применение которых оказалось исключительно эффективным у пациентов, которые не хотели лечения от зависимости, но попали в медицинскую среду по совсем другим причинам. Примеры – рандомизированное исследование 4000 «немотивированных» героинозависимых (Boothetal. University of Denver, 2009), ни один из которых не хотел лечения, но все хотели HIV-тест. Контрольная группа получила HIV-тест а экспериментальная – HIV-тест и мотивационное интервью (во время ожидания, 10–15 мин.). Через 6 месяцев выявлены следующие различия в группах (%) (рис. 2).

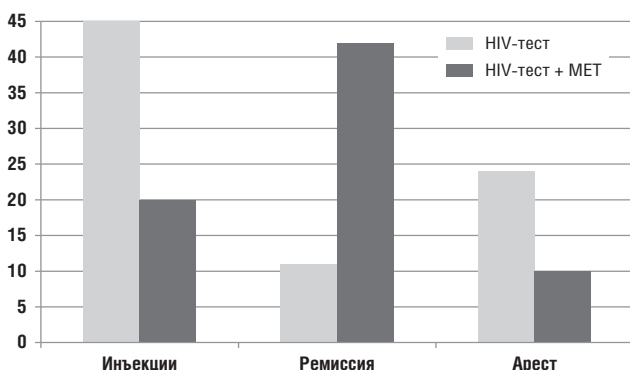


Рис. 2. Различия, выявленные в контрольной и экспериментальной группах через 6 месяцев

Еще пример – рандомизированное исследование 246 «немотивированных» беременных, зависимых от кокаина (Svikis J. et al., Johns Hopkins University Hospital, 2012), которые желали преродовую помощь, но не лечение от кокаиновой зависимости. Первой группе (126 беременных) была оказана стандартная пренатальная помощь, второй группе (120 беременных) – пренатальная помощь и 10 сессий мотивационной работы (10–15 минут во время ожидания в приемной). В день родов в первой группе 63% исследуемых продолжали употреблять кокаин, в то время как во второй группе только 37% продолжали употреблять кокаин на день родов. Средний вес плода в первой группе составлял 2534 г., во второй – 2939 г., гестационный возраст – 34 и 39 недель соответственно.

**Выводы:** мотивация – явление динамичное, применение мотивационного интервьюирования и терапии повышают мотивацию к лечению даже у пациентов, которые на первый взгляд не мотивированы к лечению.

**МИФ 8.** Сроки лечения нужно максимально сокращать, чтобы избежать социальной дезадаптации пациента.

**РЕАЛЬНОСТЬ.**

*Является ли длительная терапия оправданной и определяющей для формирования социальной дезадаптации пациента, если:*

научные исследования показывают, что чем дольше пациент находится в терапевтической среде, тем лучше результаты лечения. При этом 90 дней считается минимально эффективным сроком, вне зависимости от лечебного метода. Рецидивы, вероятность которых значительно увеличивается при сокращении сроков лечения, являются гораздо более дезадаптирующими в социальном аспекте, чем длительное пребывание в терапии.

**Выводы:** при построении плана лечения, с целью минимизирования социальной дезадаптации, целесообразно ориентироваться на специфику пациента и качество лечения, а не на его длительность. В то же время следует помнить, что терапевтический эпизод должен быть продолжен профилактикой рецидива.

**МИФ 9.** Наказание, натиск и принуждение необходимы для того, чтобы заставить пациента перестать употреблять наркотики.

**РЕАЛЬНОСТЬ.**

*Может ли насилие являться формой лечения?*

Нет ни одного исследования, которое показало бы возможность стойкой ремиссии в результате наказаний и натиска. Десятки исследований доказывают, что применение санкций не только не дает желаемого результата, но и увеличивает риск рецидивов у части пациентов (особенно до 25 лет). Данный феномен объясняется тем, что эффект подавления негативного поведения сохраняется до тех пор, пока действует фактор санкции. С исчезновением влияния фактора возвращается прежнее поведение.

Мета-анализ 67 исследований показал преимущество лечения над санкциями (рис. 3).

**Выводы:** в качестве метода лечения зависимых пациентов санкции неэффективны и могут иметь обратный эффект.

**МИФ 10.** Полная пожизненная ремиссия – единственный критерий успеха лечения.

**РЕАЛЬНОСТЬ.**

*Правильно ли игнорировать промежуточные достижения лечения, ориентируясь только на абсолютную «необратимую» абстиненцию?*

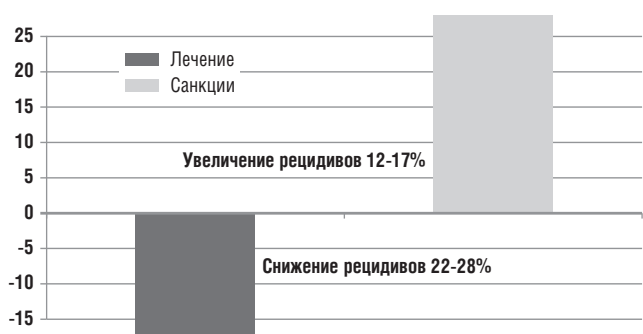
*Правильно ли лечить пациента с хроническим заболеванием только в период обострения?*

Любое хроническое заболевание, в том числе и наркозависимость, включает периоды обострения и ремиссии. К сожалению, по ряду причин, акцент в лечении хронических состояний часто смещен в сторону обострения, а состояние ремиссии оставляют без внимания. Кроме того, оценка результатов лечения наркозависимости сводится чаще всего к сопоставлению статуса «до» и «после» лечения: «употребляет» – «не употребляет», в то время как промежуточные достижения игнорируются.

Модель лечения наркозависимости включает три этапа:

- детоксикация;
- терапия;
- поддержка ремиссии, профилактики рецидива.

**Выводы:** понимание лечения наркозависимости как непрерывного динамического процесса лечения хронического и рецидивирующего состояния позволяет увеличить его эффективность. Кроме того, такое лечение



**Рис. 3.** Данные мета-анализа, которые показывают преимущество лечения зависимости над санкциями в снижении рецидивов

снижает стигму зависимости и делает лечение более привлекательной альтернативой для самих пациентов.

В заключение хочу отметить, что это лишь малая часть мифологий в области психиатрии зависимостей. Здесь собраны лишь наиболее частые, стереотипные и устойчивые мифы и заблуждения, с которыми автор сталкивался в ходе работы в более 40 странах мира, в различных культурах, организационных системах здравоохранения, идеологиях, и медицинских традициях. Единственный способ создания более эффективных терапевтических опций для пациентов – это замещение мифов научным знанием и терапевтическими стратегиями, основанными на доказательствах, а не идеологиями или личными мнениями.

**ДЕСЯТЬ МІФІВ ПРО ПОХОДЖЕННЯ І ЛІКУВАННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН**

I. Куценюк

В статті зосереджено увагу на основних міфах, які існують у суспільній свідомості відносно залежних станів, їх походження, значення та лікування, зважаючи на багаторічний досвід автора. Також сфокусовано увагу на необхідності перегляду хибних поглядів відносно осіб, залежних від психоактивних речовин.

**Ключові слова:** психоактивні речовини, психіатрія залежних станів, рецидив.

**TEN MYTHS ABOUT ORIGIN AND TREATMENT SUBSTANCE DEPENDENCE**

I. Koutsenok

This article focuses on the major myths that exist in social consciousness a relatively the dependent states, their origin and meaning of treatment, given the many years of experience of the author. There is a need to review misperceptions regarding people dependent on psychoactive substances.

**Key words:** psychoactive substances, psychiatry dependent states, relapse.

**David W. Thomas, Ed.D, CTRS**

**WANDERING BEHAVIOR AND ALZHEIMER'S DISEASE**

Professor, School of Health Sciences, Eastern Michigan University, Ypsilanti, Michigan, U.S.A.

**Wandering**, in patients with dementia, is a common behavior that can cause great risk for the person. Historically, wandering was defined as a “moving about aimlessly” [2]; although more recent definitions have considered wandering as “purposeful” and “need driven” [1; 3]. It is estimated to be the most common form of disruption leading to care-provider stress both within institutions and the community. Although it occurs in several types of dementia, wandering is especially common in persons with Alzheimer’s disease (AD). Wandering can be caused by several reasons including neurological, psychosocial and environmental.

D. Thomas [3] identified two *typologies of wandering* «*continuous*» and «*sporadic*» which are distinguished based on the amount of time-in-motion. Thomas, in his study, found that the “continuous” wanderer moves about 77 % of his or her wakeful time compared to 22 % for the “sporadic” wanderer. Although both types are considered “wanderers”, each has dif-

ferent needs. Interventions for “continuous wanderers” should emphasize modification of the environment while organized social activities and verbal communication techniques should be stressed for the “sporadic wanderer.” Additional empirical research is needed that studies the different needs of wanderers based on the percentage of time spent in motion.

A critical *problem associated with wandering* is the risk of elopement. **Elopement** is a special concern for caregivers and search and rescue responders. Wandering can result in the person’s being lost out of doors day or night, dressed inappropriately, and unable to take many ordinarily routine steps to ensure his or her personal safety. This is a situation of great urgency especially in the community and other unsecured settings.

In some countries the social costs of elopement are significant. A search and rescue mission lasting more than a few hours is likely to expend many hundreds to thousands to