

International standards for the treatment of drug use disorders

2ND EDITION
INCORPORATING THE RESULTS
OF FIELD TRIALS



World Health
Organization



JICA
Japan International
Cooperation Agency

United Nations Office on Drugs and Crime

Міжнародні стандарти лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин

ПЕРЕГЛЯНУТЕ ВИДАННЯ З
УРАХУВАННЯМ РЕЗУЛЬТАТІВ
ПОЛЬОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. The original English edition shall be the binding and authentic edition

Цей переклад не був створений Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ). ВООЗ не несе відповідальності за зміст або точність цього перекладу. Оригінал англійською мовою має бути обов'язковим та автентичним

Міжнародні стандарти лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин: переглянуте видання з урахуванням результатів польового дослідження

ISBN 978-92-4-000219-7 (електронна версія)

ISBN 978-92-4-000220-3 (друкована версія)

© Всесвітня організація охорони здоров'я та Управління з наркотиків та злочинності Організації Об'єднаних Націй, 2020 р.

Деякі права захищені. Цей документ доступний за ліцензією Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO licence (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Згідно з умовами цієї ліцензії документ дозволяється копіювати, розповсюджувати та адаптувати для некомерційних цілей за умови відповідного посилання на цей документ, як зазначено нижче. При тому чи іншому використанні цього документа не припускаються жодні припущення, що ВООЗ або УНЗ ООН схвалюють будь-яку конкретну організацію, продукцію чи послуги. Несанкціоноване використання найменувань або логотипів ВООЗ або УНЗ ООН не дозволяється. Адаптація цього документа потребує ліцензії на виконання цієї роботи відповідно до тієї ж або аналогічної ліцензії Creative Commons. В разі перекладу тексту документа, надається роз'яснювальне зауваження разом із пропонованою цитатою: «Цей переклад не створений ані Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), ані Управлінням з наркотиків та злочинності Організації Об'єднаних Націй (УНЗ ООН). Ані ВООЗ, ані УНЗ ООН не несуть відповідальності за зміст або точність цього перекладу. Оригінальна версія англійською мовою є юридично зобов'язальним автентичним виданням».

Будь-яке посередництво стосовно спорів, що виникають у зв'язку з ліцензією, здійснюється відповідно до правил посередництва Всесвітньої організації інтелектуальної власності (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>).

Рекомендоване посилання. International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing. Geneva: World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime; 2020. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO).

Матеріали третіх осіб. Використання матеріалів цього документа, належних третій стороні, як-от таблиці, рисунки або фотозображення, покладає на користувача відповідальність щодо необхідності отримання дозволу на таке використання від третіх сторін та дозволу від власника авторських прав. Ризик претензій, спричинений порушенням права третьої сторони у зв'язку з будь-яким компонентом документа, покладається виключно на користувача.

Загальна відмова від відповідальності. Використовувані позначення та подання матеріалу у цій публікації не мають на увазі висловлення ВООЗ або УНЗ ООН тої чи іншої думки щодо правового статусу будь-якої країни (території, міста чи району) або її органів влади, або щодо делімітації її кордону. Пунктирними і штриховими лініями на картах позначено орієнтовні лінії кордонів, щодо яких ще немає повної згоди.

Згадування конкретних організацій, компаній або певних товарів чи програм не означає, що вони затверджені або рекомендовані ВООЗ або УНЗ ООН у порівнянні з іншими, подібними за характером, що не згадуються. Помилки та упущення виключаються, найменування патентованих продуктів виділяються початковими великими літерами.

ВООЗ та УНЗ ООН вжили всіх розумних запобіжних заходів для перевірки інформації, що міститься в цій публікації. Однак опублікований матеріал поширюється без жодних гарантій, явно виражених чи уявних. Відповідальність за тлумачення та використання матеріалу покладається на читача. В жодному разі ВООЗ або УНЗ ООН не несуть відповідальності за збитки, що виникли внаслідок його використання.

Дизайн і верстка L'IV Com Sàrl.

Надруковано у Швейцарії.

Зміст

Висловлення подяки	7
ГЛАВА 1. Вступ.....	9
1.1 Цілі і цільова аудиторія Міжнародних стандартів	9
1.2 Розроблення <i>Стандартів</i>	10
ГЛАВА 2. Основні принципи та стандарти лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин	16
Принцип 1. Лікування повинно бути доступним, привабливим та відповідати потребам	17
Принцип 2. Дотримання етичних норм при проведенні лікування.....	18
Принцип 3. Сприяння лікуванню розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, шляхом ефективної координації між системою кримінального правосуддя та системами медичної та соціальної допомоги	19
Принцип 4. Лікування повинно спиратися на доказові дані та відповідати конкретним потребам осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин.....	20
Принцип 5. Реагування на конкретні потреби в лікуванні та догляді груп населення ..	21
Принцип 6. Забезпечення належного клінічного управління послугами та програмами лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин	22
Принцип 7. Комплексний підхід в реалізації послуг, тактик і процедур лікування та взаємозв'язки з допоміжними послугами вимагають постійного моніторингу та оцінки ..	23
ГЛАВА 3. Системи лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин	24
3.1 Системний рівень надання послуг	24
3.2 Організація системи лікування	25
3.2.1 Пропоновані втручання на різних рівнях системи надання послуг	27
3.3 Планування і фінансування систем лікування.....	28
3.4 Моделі організації послуг	29
3.4.1 Принцип «єдиного вікна»	29
3.4.2 Мережа надання медичної допомоги на рівні громади	30
3.4.3 Стале управління процесом одужання.....	32
3.5 Ефективні системи лікування: висновки	33
ГЛАВА 4. Моделі, методи лікування та втручання.....	35
4.1 Моделі лікування.....	36
4.1.1 Аутріч-робота на рівні спільноти.....	36
4.1.2 Неспеціалізовані заклади для лікування осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин	41
4.1.3 Спеціалізоване амбулаторне лікування	43
4.1.4 Спеціалізоване короткострокове лікування в умовах стаціонару	47

4.1.5	Спеціалізоване довгострокове або реабілітаційне лікування	52
4.2	Методи лікування і втручання	61
4.2.1	Скринінг, короткострокові втручання та направлення на лікування	61
4.2.2	Психосоціальні втручання на основі доказових даних	63
4.2.3	Фармакологічні втручання на основі доказових даних	66
4.2.4	Виявлення та лікування передозування.....	73
4.2.5	Лікування супутніх розладів психічного і фізичного здоров'я.....	74
4.2.6	Управління процесом одужання	79
ГЛАВА 5. Групи з особливими потребами у лікуванні та догляді		85
5.1	Вагітні жінки з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин	85
5.1.1	Опис	85
5.1.2	Моделі та компоненти	86
5.1.3	Лікування новонароджених, які перебувають під пасивним впливом опіатів в утробі 91	
5.1.4	Підготовка фахівців та документація.....	92
5.2	Діти та підлітки з розладами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин .	93
5.2.1	Опис	93
5.2.2	Моделі та компоненти	94
5.3	Розлади, пов'язані з вживанням наркотичних речовин особами, дотичними до системи кримінального правосуддя	97
5.3.1	Опис	97
5.3.2	Моделі та компоненти	98
5.3.3	Лікування як альтернатива засудженню або покаранню.....	101
5.3.4	Лікування в умовах пенітенціарних закладів.....	103
Список використаних джерел		105

Висловлення подяки

Управління з наркотиків та злочинності Організації Об'єднаних Націй та Всесвітня організація охорони здоров'я висловлюють подяку зазначеним особам та організаціям за їхній неоціненний внесок у розроблення цих *Стандартів*.

Міжнародним експертам, які надали відповідні наукові обґрунтування на основі доказових даних і технічну допомогу та розробили проєкт *Стандартів* для польового дослідження, зокрема:

д-ру Девіду Басанква, Уганда; д-ру Адаму Бісага, США; д-ру Сандрі Браун, США; пану Тому Брауну, США; д-ру Кетлін Керролл, США; д-ру Майклу Кларку, США; д-ру Лоретті Фіннеган, США; д-ру Габріеле Фішер, Австрія; д-ру Хендрі Джонсу, США; д-ру Мартіну Коойману, Нідерланди; д-ру Євгену Крупицькому, Росія; д-ру Отто Лешу, Австрія; д-ру Ікро Мареммані, Італія; д-ру Дугласу Марлоу, США; д-ру Ендрю Томасу Маклеллану, США; д-ру Едварду Нуньєсу, США; д-ру Ізідорі Обот, Нігерія; д-ру Джону Странгу, Велика Британія; д-ру Емілісу Субата, Литва; д-ру Марті Торренс, Іспанія; д-ру Роберто Тіканорі Кіношита, Бразилія; д-ру Різа Сарасвіта, Індонезія; д-ру Віллему ван ден Брінку та д-ру Лукасу Джорджу Віссінгу, Нідерланди; Європейському центру моніторингу наркотиків та наркозалежності (EMCDDA), зокрема, д-ру Маріке Феррі; Національному інституту з питань зловживання наркотичними засобами (NIDA), США, і, зокрема, д-ру Стіву Густу; Міжамериканській комісії з контролю за зловживанням наркотиками (CICAD), і, зокрема, пані Олександрі Хілл; Управлінню служби лікування наркотичної залежності та психічних розладів (SAMHSA), США, і, зокрема, пану Умберто Карвальо; міжнародній організації «План Коломбо», і, зокрема, пані Вероніке Феліпе, пану Біану Хай Тей і пані Вайноні Пандан.

Окрему подяку висловлюємо д-ру Джилберто Герра, УНЗ ООН, та д-ру Володимирі Позняку, ВООЗ, за координацію спільних заходів УНЗ ООН і ВООЗ у рамках Програми УНЗ ООН-ВООЗ щодо лікування наркотичної залежності та догляду.

Висловлюємо також окрему подяку співробітникам і консультантам ВООЗ, зокрема д-ру Шехару Саксена та д-ру Ніколасу Кларку за їхній вагомий внесок у розроблення проєкт *Стандартів* для польового дослідження; пану Дмитру Крупчанці за провідну роль у плануванні та реалізації *Стандартів* для польового дослідження, аналізі результатів польового дослідження та подальшому перегляді документа; д-ру Ендрю Балу, д-ру Жиль Форте та пані Аннет Верстер за внесок у доопрацювання документа, та д-ру Деворі Кестель за загальне керівництво та підтримку на завершальних етапах проєкту розробки документа; д-ру Луїсу Альфонсо (Панамериканська організація охорони здоров'я (ПАХО) та д-ру Халіду Саїду (регіональне бюро ВООЗ для країн Східного Середземномор'я) за підтримку польового дослідження в бюро ВООЗ для країн Америки та бюро ВООЗ для країн Східного Середземномор'я; консультантам і стажерам ВООЗ за внесок в аналіз даних (в алфавітному порядку в оригіналі документа): пані Елізі Герінг, пані Айкатерині Георгопулу, пані Елоїзі Гаррісон, пані Ручіка Джайн, пану Сезару Леос-Торо та д-ру Нірвані Морган.

Наведеним нижче співробітникам УНЗ ООН за вагомий внесок в розроблення, доопрацювання та оформлення *Стандартів* (в алфавітному порядку в оригіналі документа): пані Ані Буссе, пані Джованні Кампелло, д-ру Ігорю Куценку, пані Елізабет Меттфельд, д-ру Елізабет Саенс, д-ру Ватару Кашино, а також консультантам УНЗ ООН, пані Крістіні Гамбоа, пану Яну-Крістоферу Гамму та пані Ользі Параккал, які підтримали доопрацювання першого проєкту *Стандартів* та процес польового дослідження. Пані Анетта Дейл-Перера зробила неоціненний внесок в огляд та перегляд *Стандартів*.

Наведеним нижче особам та організаціям, які відіграли ключову роль у польовому дослідженні проєкту *Стандартів* (в алфавітному порядку в оригіналі документа): д-ру Атулу Амбекару (Національний центр лікування наркозалежності, Індія); д-ру Савітрі Ассанангкорнчаю та д-ру Урівану Паттанасттайявонгу (Університет Принца Сонгкла,

Таїланд); д-ру Еві Суряні (Католицький університет Атма Джая Індонезії, Індонезія); д-ру Хосе Маноел Бертолоте (медична школа Ботукату, Бразилія); д-ру Адріану Данлопу (Клінічна служба протидії зловживанню наркотиками та алкоголем, NSW, Австралія); д-ру Карлосу Ібаньєсу (Факультет психіатрії і психічного здоров'я, Університет Чилі, Сантьяго де Чилі, Чилі); д-ру Марії Олені Медіні-Мора, Національний інститут психіатрії, Мексика); д-ру Афарину Рахімі-Мовагару (Іранський національний центр досліджень наркоманії, Ісламська Республіка Іран); д-ру Мін Чжао та д-ру На Чжуну (Шанхайський центр психічного здоров'я, Китай).

Наведеним нижче особам, які надали додаткові зауваження до проєкту *Стандартів*: д-ру Олегу Айзбергу та д-ру Олексію Олександрову (Білоруська академія післядипломної освіти, Білорусь); д-ру Кетлін Т. Брейді та д-ру Хан Ріаз Ахмаду (Правління Міжнародного товариства лікарів-наркологів); д-ру Герту Дому (Європейська федерація товариств наркозалежних); д-ру Ясеру Хазаалу (Женевська університетська лікарня, Швейцарія); д-ру Майклу П. Шаубу (Швейцарський науково-дослідний інститут громадського здоров'я та залежностей, Швейцарія); д-ру Туука Таммі (Національний інститут охорони здоров'я і добробуту, Фінляндія).

Окрему подяку висловлюємо сотням лікарів-клініцистів, керівників служб, спеціалістів громадського здоров'я, дослідників, користувачів послуг, представників академічних кіл і груп громадянського суспільства, які брали участь у польовому дослідженні у вищезазначених регіонах або надали коментарі до попередніх версій документа.

Наведеним нижче адміністративним співробітникам УНЗ ООН і ВООЗ за відданість справі та організаційну підтримку на всіх етапах розроблення Міжнародних стандартів: пані Сесілії Хандаяні-Хассманн, пані Емілі Фінкельштейн, пані Наталії Гранінгер, пані Дівіні Марамба та пану Бояну Місосавлевичу.

Співробітникам УНЗ ООН в регіональних представництвах та співробітникам ВООЗ в регіональних бюро країн за істотну підтримку пілотного дослідження *Стандартів* та реалізацію проєкту в цілому.

Пані Дороті Люсвєті (Швейцарія) за редагування цього документа.

Зрештою, що не менш важливо, ВООЗ та УНЗ ООН із вдячністю визнають фінансову підтримку, надану у рамках Програми боротьби з міжнародним обігом наркотичних речовин та правоохоронної діяльності (INL) Державного департаменту США, для розроблення, проведення польового дослідження та оформлення *Стандартів*.

ГЛАВА 1. Вступ

1.1 Цілі і цільова аудиторія Міжнародних стандартів

Цей документ «Міжнародні стандарти лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин» (далі - *Стандарти*) є результатом спільної роботи УНЗ ООН і ВООЗ, спрямованої на надання підтримки країнам-членам у розробленні та налагодженні ефективного, заснованого на принципах доказової медицини та етичних принципах лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин.

Стандарти призначені для всіх, хто бере участь у розробленні, плануванні, фінансуванні, наданні, моніторингу та оцінюванні послуг з лікування і втручань при розладах, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин.

Цей документ спирається на наявну практику лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, на основі доказових даних і визначає механізм реалізації *Стандартів* згідно з принципами охорони громадського здоров'я. *Стандарти* визначають основні компоненти і особливості ефективних систем лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, та описують методи лікування і втручання з урахуванням індивідуальних потреб на різних стадіях та ступенях тяжкості розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, у спосіб, що відповідає принципам лікування будь-якого хронічного захворювання або станів.

Стандарти не мають юридичної сили, тому національні або місцеві служби чи системи лікування не повинні намагатися дотримуватися одночасно всіх стандартів і рекомендацій, викладених у цьому документі. Однак з часом, у міру поліпшення якості, прагнучи до «заснованої на доказових даних та етичних принципах практики», можна і слід очікувати досягнення ними краще організованих, більш ефективних та етичних систем і послуг для осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин.

УНЗ ООН і ВООЗ пропонують відповідальним за розроблення, планування, фінансування, реалізацію та моніторинг місцевої або національної політики, а також за оцінку лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, провести оцінку місцевих систем і служб лікування цих розладів на основі *Стандартів* з метою визначення прогалин і сфер, що не відповідають вимогам *Стандартів*, та налагодити співпрацю з відповідними зацікавленими сторонами у сфері вдосконалення зазначених систем і служб. Попри те, що більшість принципів і розділів *Стандартів* можуть також застосовуватися до лікування інших психічних розладів і вживання психоактивних речовин (таких, як алкоголь та нікотин), *Стандарти* сфокусовані в першу чергу на розладах, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин.

У документі окреслено загальну картину, і не робиться спроба надати всі необхідні подробиці організації, функціонування та розвитку служб. Для цих цілей можна використовувати додаткові інструменти, як-от протоколи лікування, матеріали з розбудови потенціалу та інструментарій з впровадження, моніторингу та оцінки. *Стандарти* мають певну гнучкість для забезпечення їх застосування в різних соціальних, культурних та правових рамках.

1.2 Розроблення *Стандартів*

У 2009 році міжнародна спільнота закликала УНЗ ООН і ВООЗ розробити стандарти лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин. Заклик надійшов у формі Політичної декларації і Плану дій щодо налагодження міжнародного співробітництва з метою вироблення та здійснення інтегрованої та збалансованої стратегії боротьби зі світовою проблемою наркотиків, прийнятих на засіданні високого рівня 52-ї сесії Комісії з питань наркотиків. УНЗ ООН і ВООЗ спільно створили Глобальну програму лікування та догляду за наркозалежними для підтримки політики, стратегій і втручань на основі доказових даних та етичних принципів, орієнтовану на зменшення навантаження на системи медичної та соціальної допомоги, спричиненого розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин. З цією метою обидві організації також передбачали поширити належні практики лікування та сприяти паритету якості, доступності та вартісній прийнятності лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, подібно до надання послуг системами охорони здоров'я при будь-якому іншому хронічному захворюванні.

УНЗ ООН і ВООЗ розробили початкові елементи *Стандартів* на основі огляду наявних стандартів, принципів та рекомендацій найкращих практик лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин. Зазначені стандарти, принципи та рекомендації були визначені за допомогою інформаційного пошуку друкованих матеріалів та з урахуванням результатів попередніх ініціатив і публікацій УНЗ ООН і ВООЗ щодо лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, як-от Principles of Drug Dependence Treatment (UNODC and WHO, 2008), UNODC TreatNet project (UNODC, 2012), відповідних керівних принципів, заходів та технічних засобів ВООЗ.

УНЗ ООН і ВООЗ, дотримуючись своїх правил і процедур, визначили групу міжнародних експертів з документально підтвердженим досвідом роботи у різних сферах лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, які розглянули пропонувані елементи *Стандартів*, виявили прогалини та узгодили компоненти, що лягли в основу проекту цього документа. Експерти розглянули початковий проект та доопрацювали його з урахуванням узгоджених результатів консультативного процесу і зауважень, отриманих під час експертних оглядів.

Міжнародні стандарти лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин (2016) оприлюднені як проєкт для польового дослідження під час роботи Комісії з наркотичних засобів (CND) 2016 року. Спеціальна сесія Генеральної асамблеї ООН з наркотиків (UNGASS) 2016 року, підсумковий документ ООН (UN, 2016), а також Резолюція 59/4 (CND 2016) про «Розроблення та розповсюдження міжнародних стандартів лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин» підтвердили важливість розповсюдження *Стандартів* для сприяння збалансованому та орієнтованому на здоров'я підходу до розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин.

ВООЗ у співпраці з УНЗ ООН провела польове дослідження *Стандартів* з метою оцінки їх всеохопності, доцільності, корисності, здійсненності та спроможності щодо оцінки та визначення напрямків для вдосконалень. У польовому дослідженні використовувалися такі методи: опитування, фокус-групи, експертні огляди та дослідження відповідності послуг вимогам *Стандартів*. Польове дослідження проводилось у країнах з різними системами охорони здоров'я, включаючи Австралію, Бразилію, Чилі, Китай, Індію, Індонезію, Ісламську Республіку Іран, Мексику і Таїланд. У дослідженні взяли участь понад 1200 медичних працівників; 43 експерти з країн-учасниць дослідження надали детальні коментарі до проєкту *Стандартів*. Крім того, 43 фокус-групи, що склалися більш як з 300 учасників, провели обговорення *Стандартів*, які також були представлені та обговорені на міжнародних форумах, зокрема: семінар-практикум ВООЗ з розбудови потенціалу лікування та догляду за пацієнтами з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, проведений Національним центром реабілітації в Абу-Дабі (Об'єднані Арабські

Емірати); міжвідомчу нараду зі стандартів догляду за проблемними споживачами наркотиків у бюро ВООЗ для країн Америки, проведена у Панамериканській організації охорони здоров'я у Вашингтоні; Перший та Другий форуми ВООЗ з питань алкоголю, наркотиків та адиктивних поведінок; засідання експертної групи у Відні під час Міжнародної конференції із запобігання вживанню наркотиків, лікування та догляду Міжнародного товариства фахівців із вживання наркотиків. Крім того, кільком професійним організаціям та організаціям громадянського суспільства, в тому числі організаціям користувачів послуг, було запропоновано надати зауваження до *Стандартів* під час польового дослідження. Після аналізу попередніх результатів польового дослідження УНЗ ООН і ВООЗ, в лютому 2018 року, скликали засідання групи експертів у Відні для обговорення процедури перегляду та ключових змін, які мають бути внесені в документ після завершення польового дослідження, зокрема зміни в загальній структурі документа, доопрацювання кількох розділів, як-от аустріч-заходи на рівні спільноти, та забезпечення послідовності й неупередженості термінології, що використовується в документі. Співробітники ВООЗ і УНЗ ООН провели оцінку форм декларацій про виявлення зацікавленості, поданих учасниками наради заздалегідь, з урахуванням її результатів у процесі обговорень в рамках засідань відповідно до правил і процедур ВООЗ. Це видання *Стандартів* є переглянутою версією, до якої внесено результати польового дослідження.

Основною метою розроблення *Стандартів* було надання допомоги в організації та наданні послуг з лікування. *Стандарти* орієнтовані на надання настанов з **організації** втручання, а не на те, **які саме втручання** слід використовувати для лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин. Однак, доступні рекомендації ВООЗ щодо терапевтичних втручання включено до глави 4 з посиланням на наявні настанови ВООЗ, які періодично переглядаються та оновлюються.

У глобальному масштабі, *Стандарти* відповідатимуть інтересам розробників політики, керівників медичних і соціальних служб та практиків, які працюють з особами, що страждають на розлади, пов'язані з вживанням наркотичних речовин, і спрямовані на підтримку досягнення цілі 3.5 щодо охорони здоров'я Порядку денного у сфері сталого розвитку до 2030 року ООН для «посилення профілактики та лікування наркоманії», а також загального охоплення послугами з охорони здоров'я осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин (WHO, 2019b, 2019c). *Стандарти* також підтримають оцінку та постійне вдосконалення послуг, а також розроблення нових політик і систем лікування. Це ефективна інвестиція в майбутнє осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, а також їхніх сімей та спільнот.

1.3. Вживання наркотиків, розлади, пов'язані з вживанням наркотичних речовин та потреби в лікуванні

Вживання психоактивних або наркотичних речовин та психотропних речовин без медичного нагляду пов'язане зі значними ризиками для здоров'я. З цієї причини міжнародні договори (як-от ООН: Єдина конвенція про наркотичні засоби 1961 р.; Конвенція про психотропні речовини 1971 р. та Конвенція про боротьбу проти незаконного обігу наркотичних засобів і психотропних речовин 1988 р.) регулюють виробництво, продаж, розповсюдження та використання багатьох цих речовин з метою запобігання негативним впливам, які могли б істотно підірвати здоров'я та безпеку (UN, 1961, 1971, 1988).

Психоактивні речовини традиційно вважалися переважно речовинами рослинного походження, як-от кокаїн, героїн та канабіс, які вживалися в регіонах, де їх вирощували, або уздовж торговельних шляхів до їхнього кінцевого ринку продажу. Зростання глобальної торгівлі і подорожей глобалізують ринок рослинних речовин, які раніше були істотно обмежені конкретними регіонами. В останні десятиліття нові психоактивні речовини, синтезовані в нелегальних лабораторіях, стали більш доступними і вживаються в кожному регіоні.

Згідно з оцінками УНЗ ООН, наведеними у *Всесвітній доповіді про наркотики 2019 року*, у 2017 році, близько 271 млн осіб (5,5%) віком від 15 до 64 років в усьому світі вживали нелегальний наркотик хоча б один раз. Приблизно 35 мільйонів осіб, які вживали наркотики (0,7% дорослого населення) мають розлади, пов'язані з вживанням наркотичних речовин. Частка розладів внаслідок вживання наркотиків пов'язана з немедичним використанням лікарських засобів, що відпускаються за рецептом, як-от синтетичні опіоїдні анальгетики (лікарські засоби для лікування болю), анксиолітики (лікарські засоби для лікування тривожних розладів та пов'язаних з ними станів), снодійні (лікарські засоби для лікування розладів сну) або психостимулятори (часто використовуються для лікування розладів із дефіцитом уваги та гіперактивністю). Зростання доступності сильних опіоїдів та їх використання для лікування хронічного болю протягом останніх 10 років у деяких частинах світу призвели до гострого зростання смертності від передозування опіоїдами. З 11 мільйонів осіб по всьому світу, які вживали ін'єкційні наркотики у 2017 році, майже кожен восьмий живе з вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), і понад половина - з вірусом гепатиту С (ВГС). У 2017 році близько півмільйона смертей в усьому світі було пов'язано з вживанням наркотиків (UNODC, 2019).

Попри повідомлення з різних країн світу про збільшення вживання нових психоактивних речовин, вони не замінили використання традиційних наркотиків у більших масштабах (UNODC, 2019). У глобальному вимірі опіоїди залишаються серйозною загрозою для здоров'я населення, і зараз до них наближаються стимулятори амфетамінного ряду.

Щонайменше у 8% осіб, які починають вживати психоактивні речовини, з часом розвиватимуться розлади, пов'язані з вживанням наркотичних речовин, з істотними відмінностями для різних класів психоактивних речовин (Wagner and Anthony, 2002; Lopez-Quintero et al., 2011). Відповідно до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11) (WHO, 2019a), термін «розлади, пов'язані з вживанням наркотичних речовин» охоплює два основні стани здоров'я: «вживання зі шкідливими наслідками» та «наркотична залежність». Вживання зі шкідливими наслідками визначають як модель систематичного, періодичного або епізодичного вживання наркотичної речовини, яка завдала клінічно значущої шкоди фізичному стану особи (включаючи передачу інфекції з кров'ю при внутрішньовенному самостійному введенні) або психічному здоров'ю (наприклад, афективні розлади психіки), або спричинила до поведінки, що завдає шкоди здоров'ю інших. Наркотична залежність визначається в МКХ-11 як модель багаторазового або систематичного вживання психоактивної речовини з ознаками порушеної регуляції вживання цієї речовини, яка характеризується двома або більшою кількістю таких проявів: (а) порушена здатність контролювати поведінку, пов'язану з вживанням психоактивної речовини (включаючи початок, частоту, інтенсивність, тривалість, припинення та контекст); (б) превалювання вживання психоактивної речовини над іншими аспектами життя, включаючи підтримку здоров'я та щоденну діяльність і обов'язки, при цьому вживання наркотиків продовжується або загострюється, попри прояви шкідливих або негативних наслідків (включаючи розрив відносин із членами сім'ї, друзями, колегами по роботі, шкідливі наслідки для роботи/навчання та негативний вплив на здоров'я); (с) фізіологічні особливості¹, що свідчать про нейроадаптацію до речовини, включаючи: 1) толерантність до дії речовини або необхідність вживання більшої кількості речовини для досягнення того ж ефекту; 2) симптоми абстиненції після припинення або зменшення вживання цієї речовини; або 3) багаторазове використання речовини або фармакологічно подібних речовин для запобігання симптомам абстиненції або їх полегшення.

Поняття «розлади внаслідок вживання наркотичних речовин» охоплює ширшу категорію станів, до яких належать інтоксикація наркотичною речовиною, абстинентний синдром і низка психічних розладів, спричинених наркотичними речовинами. Розлади, пов'язані з вживанням наркотичних речовин, часто проявляються в сильному бажанні вживати психоактивні речовини, яке може бути тривалим або легко відновлюваним навіть після

¹ Примітка. Фізіологічні особливості стосуються лише деяких речовин

тривалого періоду абстиненції. Дуже часто розлади, пов'язані з вживанням наркотичних речовин, супроводжуються небезпечним або шкідливим вживанням інших психоактивних речовин, як-от алкоголь або нікотин, або алкогольною та ніотиною залежністю.

Характер наркотичної залежності зумовлений складною динамічною взаємодією біологічних, психологічних та соціальних факторів. Нейробіологічні механізми варіюються від генетично успадкованої вразливості до порушень нейронних зв'язків в ділянках мозку, які регулюють такі функції, як мотивація, досвід задоволення, пам'ять та навчання (WHO, 2004; Koob and Volkow, 2016). Підвищувати ризик як початку вживання наркотиків, так і розвиток розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, можуть різні психосоціальні фактори. Фактори, що стосуються сім'ї, як-от бездоглядність в ранньому дитинстві, жорстоке поводження з дітьми та вживання наркотиків за прикладом батьків, можуть сприяти формуванню шкідливих моделей вживання наркотиків та наркозалежності. Як показує досвід, вразливість до розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, на рівні суспільства або спільноти збільшує крайня бідність, переміщення, толерантність норм і засобів масової інформації до вживання наркотиків (UNODC, 2015).

Крім розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, у споживачів наркотиків можуть розвиватися інші стани, які часто пов'язані з ризиками та поведінкою. Споживачі ін'єкційних наркотиків знаходяться в зоні високого ризику інфекцій, що передаються через кров, як-от ВІЛ або ВГС, а також туберкульозної (ТБ) інфекції. Збільшується ризик смертельного передозування, дорожньо-транспортного травматизму та інших травм, серцево-судинних та печінкових проблем, насильства та самогубств. Наркотична залежність спричиняє до скорочення тривалості життя: рівень смертності серед осіб з опіоїдною залежністю значно вищий, ніж очікуваний показник у загальній чисельності населення, і смерть частіше настає в молодшому віці (Degenhardt et al., 2018; GBD 2017 Risk Factor Collaborators, 2018).

Зв'язок між розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, та іншими психічними розладами дуже складний. Часто інший психічний розлад передує початку вживання наркотиків, піддаючи постраждалих осіб більшому ризику розвитку розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин (WHO, 2004). Внаслідок розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, можуть розвинути інші психічні розлади, частково внаслідок біологічних змін в мозку унаслідок їх вживання. Ризик розвитку наркотичної залежності та психіатричних ускладнень особливо високий, якщо діти і молоді люди постійно піддаються впливу наркотиків, коли їхній мозок ще повністю не сформований – цей процес зазвичай відбувається в середині 20–30-річного віку (J. Conrod and Nikolaou, 2016; Silveri et al., 2016).

Багаторічні медичні дослідження привели до висновків, що наркотична залежність є складним багатофакторним розладом здоров'я з добре задокументованими біологічними та психосоціальними механізмами розвитку. Науковий прогрес також дозволив розробити ефективні заходи лікування та догляду для підтримки осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, налаштованих на покращення здоров'я через зміни в поведінці. Загальний підхід в системі громадського здоров'я до вживання наркотиків та розладів, пов'язаних з їх вживанням, спонукав до розроблення втручань, які зменшують коротко- та довгострокову шкоду для осіб, що вживають наркотики. Це виявилось особливо корисним для профілактики, лікування та догляду за пацієнтами з ВІЛ серед ін'єкційних наркоманів (WHO, 2012b).

Останнім часом змінюється уявлення про розлади, пов'язані з вживанням наркотичних речовин, серед політиків, медичних працівників та громадськості. Існує широке визнання, що розлади, пов'язані з вживанням наркотичних речовин, це складні стани здоров'я з психосоціальними, середовищними та біологічними детермінантами, які потребують мультидисциплінарних, всебічних та орієнтованих на громадське здоров'я заходів різних установ та організацій на основі спільних зусиль. Зростає розуміння того, що залежність від

наркотиків є не «самонабутою шкідливою звичкою», а результатом довготривалої взаємодії біологічних та середовищних факторів, включаючи соціальні проблеми та негаразди, і що їй можна запобігти і належним чином подолати, щоб покращити здоров'я та громадську безпеку.

На жаль, у багатьох частинах світу є застарілі погляди на розлади, пов'язані з вживанням наркотичних речовин. Особи з цими розладами, члени їхніх сімей та фахівці, що з ними працюють, зазвичай стикаються зі стигмою та дискримінацією. Це істотно обмежило реалізацію якісних лікувальних втручань, підриваючи розвиток лікувальних закладів, підготовку медичних працівників та інвестиції у програми лікування та одужання. Факти прямо свідчать про те, що розлади, пов'язані з вживанням наркотичних та інших психоактивних речовин, найкраще лікуються в системі громадського здоров'я, подібно до інших хронічних захворювань, як-от ВІЛ-інфекція або гіпертонія. Однак, ідея включення лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, у системи охорони здоров'я все ще стикається зі спротивом, частково через невчасне віддзеркалення досягнень науки у заходах політики та, зрештою, реалізацію клінічних практик на засадах доказової медицини.

У деяких країнах розлади, пов'язані з вживанням наркотичних речовин, досі розглядаються в першу чергу як проблема громадської безпеки та кримінального правосуддя; відповідні відомства міністерств внутрішніх справ, юстиції та оборони вживають заходів реагування на розлади, пов'язані з вживанням наркотичних речовин, шляхом надання послуг, часто без нагляду або залучення міністерства охорони здоров'я або інших закладів і установ громадського здоров'я. Виключне використання правоохоронних стратегій і методів не є ні ефективним заходом реагування на розлади, пов'язані з вживанням наркотичних та інших психоактивних речовин, ні економічно ефективним способом витрачання державних коштів. Стратегії біопсихосоціального лікування, які визнають наркотичну залежність як багатофакторний розлад здоров'я, який лікується на основі медичних та психосоціальних підходів, можуть сприяти зменшенню пов'язаної з наркотиками шкоди, сприяючи покращенню здоров'я, добробуту та одужанню постраждалих осіб, зменшенню пов'язаної з наркотиками злочинності та зміцненню громадської безпеки і практично значущих результатів для громад (як-от зменшення безпритульності, потреб у соціальному забезпеченні та безробіття).

Розлади, пов'язані з вживанням наркотичних речовин, часто мають перебіг хронічних та рецидивних розладів. Це означає, що служби лікування повинні працювати з пацієнтами упродовж тривалого періоду - часто роками, а іноді протягом усього життя пацієнта - підтримуючи контакти, пропонуючи втручання у кризових ситуаціях та підтримку в разі необхідності й на різних рівнях інтенсивності. Цей підхід подібний до системи догляду за хворими з іншими хронічними захворюваннями (як-от діабет, астма та серцево-судинні захворювання). Така система призначена для лікування пацієнтів у періоди ремісії та загострень, змінюючи втручання відповідно до тяжкості проблеми, що виникає, без підвищення рівня очікувань, що короткостроковий епізод лікування принесе зцілення. Визнання характеру наркозалежності або постійного вживання наркотиків і факту, що вони часто спричиняють рецидиви, не означає, що лікування цих станів неефективне і марне. Навпаки, належне лікування, яке проводиться систематично (навіть за умови тривалого вживання наркотиків або періодичних рецидивів), є важливим фактором запобігання смерті від наркотиків. Воно допомагає покращити здоров'я та якість життя, попри стійке нездоров'я і часті соціальні проблеми. Ефективні підходи до профілактики і лікування розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, та їх наслідків для здоров'я і соціальної сфери можуть зменшити шкоду, що завдається пацієнтам і їхнім спільнотам, та підвищити шанси на довге і здорове життя (UNODC and WHO, 2018).

У багатьох регіонах і країнах спостерігається зростання кількості осіб з особливими потребами в лікуванні та догляді, до яких належать діти та підлітки; особи старшого віку; жінки і вагітні; різні групи сексуальної ідентичності та гендерної орієнтації; корінне

населення; мігранти; неграмотні та особи з неповною освітою; особи із коморбідними станами, включаючи психічні розлади, ВІЛ, туберкульоз та ВГС; особи, дотичні до системи кримінального правосуддя, та бездомні або соціально маргіналізовані особи.

Зміна моделей вживання наркотиків та інших психоактивних речовин, ускладнена зміною профілів осіб, що їх вживають та набувають розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, створює нові проблеми для систем охорони здоров'я, які повинні вчасно, ефективно та дієво пристосовуватися до нових реалій, вимагаючи додаткових інвестицій у програми профілактики та лікування, включно з відповідними кадровими ресурсами. Системи охорони здоров'я часто змушені долати неабиякі труднощі, щоб належним чином реагувати на нові проблеми зі здоров'ям серед споживачів наркотиків. Наприклад, у тих частинах світу, де раніше вживання опіоїдів було нечастим, системам охорони здоров'я може бракувати можливостей надання медикаментозного лікування, наприклад, підтримувальної терапії агоністами опіоїдів при розладах, пов'язаних із вживанням опіоїдів. Так само, в деяких частинах світу, де системи лікування були сфокусовані на розладах, пов'язаних із вживанням опіоїдів, зараз спостерігається значне поширення розладів внаслідок вживання психостимуляторів.

Відповідно до глобальних оцінок УНЗ ООН і ВООЗ, у кращому разі, лише кожна шоста особа, яка може скористатися наркологічною допомогою, має доступ до програм лікування. Ця частка менша в Південній Америці і Африці, де зазначене співвідношення становить 1:11 і 1:18 відповідно (UNODC, 2018). У багатьох країнах лікування доступне лише у великих містах. Концепція загального охоплення послугами охорони здоров'я повинна застосовуватися до розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, так само, як і до будь-якого іншого стану здоров'я. Це дало б особам з розладами, пов'язаними з вживанням наркотиків, та їхнім спільнотам доступ до послуг з профілактики та лікування, яких вони потребують, забезпечуючи достатню якість для досягнення бажаних ефектів, а також захист користувачів послуг від ризику фінансових труднощів (WHO, 2019c, 2019b).

Розлади, пов'язані з вживанням наркотичних речовин, - це серйозні стани здоров'я, які є значним тягарем для постраждалих осіб, їхніх сімей та спільнот. Неліковані розлади, пов'язані з вживанням наркотичних речовин, спричиняють значні витрати для суспільства, включаючи зниження продуктивності праці, збільшення витрат на охорону здоров'я, витрат, пов'язаних з кримінальним правосуддям та соціальним забезпеченням, та інші соціальні наслідки. Згідно з попередніми оцінками, в деяких країнах соціальна вартість незаконного вживання наркотиків становить 1,7% валового внутрішнього продукту (UNODC, 2016). Тому надання ефективних послуг з лікування та догляду за пацієнтами з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, у рамках інтегрованої та чітко координованої системи лікування є інвестицією у здоров'я зазначених осіб, а також інвестицією у здоровий та безпечний розвиток сімей, спільнот і країн.

ГЛАВА 2. Основні принципи та стандарти лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин

Розлади, пов'язані з вживанням наркотичних речовин, можна ефективно лікувати за допомогою низки фармакологічних та психосоціальних втручань.

Лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, має на меті покращити здоров'я і якість життя осіб із зазначеними розладами та, зрештою, допомогти їм максимально можливою мірою досягти одужання. Зокрема, цілі лікування спрямовані на:

- припинення вживання наркотичних речовин або зменшення бажання їх вживати;
- поліпшення здоров'я, добробуту та соціального функціонування особи, яка страждає на розлади;
- запобігання майбутній шкоді шляхом зменшення ризику ускладнень та рецидивів.

Багато втручань, які зазвичай використовуються при лікуванні розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, не відповідають прийнятним науковим критеріям клінічної ефективності. Такі втручання можуть бути неефективними або навіть шкідливими: необхідні клінічні випробування, можливо, не проводилися, і ефективність лікування може бути невідома.

Крім клінічної ефективності, лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, повинно відповідати загальним стандартам охорони здоров'я шляхом:

- відповідності Декларації прав людини (ООН) та чинним Конвенціям ООН;
- сприяння особистій автономії;
- сприяння особистій і суспільній безпеці.

Стандарти визначають набір вимог, необхідних для того, щоб будь-які методи лікування або втручання вважалися безпечними та ефективними, незалежно від підходу до лікування, що використовується, або закладу, в якому він застосовується. Це критично важливо, оскільки особи з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, заслуговують не менш етичних та науково обґрунтованих стандартів надання медичної допомоги, ніж ті, що застосовуються до лікування інших хронічних захворювань.

Принцип 1. Лікування повинно бути доступним, привабливим та відповідати потребам

ОПИС

Розлади, пов'язані з вживанням наркотичних речовин, в більшості випадків можна ефективно лікувати, якщо забезпечити доступ до широкого спектра послуг, що охоплюють весь спектр проблем, з якими можуть стикнутися окремі пацієнти. Послуги з лікування та втручання повинні спиратися на доказові дані і відповідати конкретним потребам окремого пацієнта на конкретній стадії розладу, включаючи конкретну фазу або ступінь тяжкості розладу. Ці послуги передбачають аутріч-заходи на рівні спільноти; послуги неспеціалізованих закладів; стаціонарне та амбулаторне лікування; медичне та психосоціальне лікування (включаючи лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю та інших психоактивних речовин, а також інших супутніх психіатричних або фізичних захворювань); довгострокове лікування або реабілітацію в реабілітаційному закладі або спільноті; послуги підтримки процесу одужання. Ці послуги повинні бути доступними за ціною, привабливими, доступними міському та сільському населенню в різні робочі години з мінімальним часом очікування. Необхідно мінімізувати всі перешкоди, які обмежують доступ до відповідних лікувальних закладів. Послуги повинні передбачати не тільки лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, але й соціальну підтримку та захист, а також загальну медичну допомогу. Законодавча база не повинна знеохочувати цих пацієнтів брати участь у програмах лікування. Необхідно забезпечити доброзичливе, з урахуванням культурних особливостей та орієнтоване на конкретні клінічні потреби і рівень готовності кожного пацієнта середовище, що заохочує пацієнтів до проходження курсу лікування, а не перешкоджає цьому.

СТАНДАРТИ

- 1.1 Основні послуги з лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, повинні надаватися на різних рівнях систем охорони здоров'я: від первинної медичної допомоги до високоспеціалізованих медичних послуг зі спеціалізованими програмами лікування розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин.
- 1.2 Основні послуги з лікування охоплюють аутріч-послуги; скринінг та короткі психосоціальні втручання; діагностичну оцінку; амбулаторне психосоціальне та фармакологічне лікування; лікування гострих клінічних станів, зумовлених дією наркотиків (як-от передозування, абстинентний синдром); стаціонарні послуги з лікування тяжких абстинентних та наркотичних психозів; довгострокові реабілітаційні послуги; лікування коморбідних розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин та психіатричних і фізичних розладів; послуги з управління процесом одужання, які надаються професійно підготовленими лікарями.
- 1.3 Відібрані та належно підготовлені експерти можуть працювати в лікувальних закладах, проводячи конкретні втручання, спрямовані на виявлення пацієнтів, залучення їх до програм лікування та утримання у програмах лікування.
- 1.4 Основні послуги з лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, повинні надаватися в межах досяжності громадського транспорту і бути доступними для осіб, що живуть у містах і в сільській місцевості.
- 1.5 Необхідно поширити низькопорогові та аутріч-послуги у рамках безперервної допомоги на «приховані» групи населення, які найбільше страждають від наркозалежності, але часто немотивовані до лікування або повертаються до вживання наркотиків після проходження курсу лікування.
- 1.6 У рамках безперервної допомоги особи з розладами, пов'язаними з вживанням наркотиків, повинні мати доступ до послуг з лікування в різних закладах.
- 1.7 Основні послуги з лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотиків та зумовлених дією наркотичних речовин, повинні надаватися у межах достатньо широкого діапазону робочих годин для забезпечення доступу для осіб, що працюють або мають сімейні обов'язки.
- 1.8 Основні послуги з лікування повинні бути доступними для клієнтів різних соціально-економічних груп з різними рівнями доходу, зі зведенням до мінімуму ризику фінансових труднощів для осіб, які мають потребу в цих послугах.
- 1.9 Якщо з будь-яких інших причин послуги з лікування є недоступними або їх неможливо надати, ці послуги повинні також передбачати доступ до соціальної підтримки, загальної медичної допомоги та лікування коморбідних розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, а також ускладнень психічного та фізичного здоров'я.
- 1.10 Інформація про наявність та доступність основних послуг з лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, повинна бути легкодоступною і публікуватися в різних інформаційних джерелах, включаючи Інтернет, друковані матеріали та інформаційні служби у відкритому доступі.

Принцип 2. Дотримання етичних норм при проведенні лікування

ОПИС

Лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, повинно базуватися на універсальних етичних нормах охорони здоров'я - включаючи повагу до прав і людської гідності. Це передбачає дотримання права людини на найвищий досяжний рівень здоров'я та добробуту та недопущення будь-якої форми дискримінації та/або стигматизації. Особи з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, повинні, наскільки вони на це спроможні, ухвалювати рішення щодо лікування, зокрема, рішення про те, коли розпочати та припинити лікування, та про його характер. Лікування не повинно бути примусовим, воно не повинно проводитися проти волі та порушувати права людини на особисту автономію. До будь-якого лікувального втручання необхідно отримати згоду пацієнта. Необхідно вести точні й актуалізовані медичні записи та гарантувати конфіденційність записів про лікування. Реєстрація пацієнтів, які поступають на лікування без медичної карти, не дозволяється. Каральне, принизливе або образливе поведіння (таке як побиття, приковування, відмова від надання лікування та їжі тощо) не припускається за жодних обставин. Для персоналу встановлюється суворий Кодекс етики. Персонал повинен утримуватися від пропаганди власних ідей і не повинен використовувати принизливі або образливі практики. Особа з розладами, пов'язаними з вживанням наркотиків, вважається особою, яка страждає від захворювання і заслуговує на лікування подібне до того, що надається пацієнтам з іншими психічними або фізичними проблемами.

СТАНДАРТИ

- 2.1 В усіх випадках послуги з лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, повинні надаватися з дотриманням в усіх випадках прав і людської гідності, втручання принизливого або образливого характеру не повинні застосовуватися за жодних обставин.
- 2.2 До початку лікування необхідно отримати інформовану згоду пацієнта та гарантувати можливість відмовитися від лікування на будь-якому етапі.
- 2.3 Дані про пацієнтів повинні бути суворо конфіденційними. Реєстрація пацієнтів при надходженні на лікування без медичної карти не допускається за жодних обставин. Конфіденційність даних про пацієнтів повинна забезпечуватися та захищатися законодавством та підтримуватися відповідним навчанням персоналу, а також правилами та нормами обслуговування.
- 2.4 Персонал лікувальних закладів повинен пройти належну підготовку з проведення лікування у повній відповідності до етичних норм і принципів прав людини та виявляти шанобливе ставлення до користувачів послуг, уникаючи стигми та дискримінації.
- 2.5 Мають бути прийняті процедури надання послуг, що вимагають від персоналу належного інформування пацієнтів про процеси та процедури лікування, включаючи їхнє право відмовитися від лікування в будь-який момент.
- 2.6 Будь-які дослідження у лікувальних закладах за участю пацієнтів підлягають перевірці етичними комісіями. Етичним комісіям рекомендовано розглянути думки осіб, які мали досвід вживання наркотиків і лікування наркотичної залежності та повертаються до нормального життя після розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин. Участь пацієнтів у дослідженні має бути суворо добровільною, з отриманням від них письмової згоди в усіх випадках.
- 2.7 Етичні норми допомоги в лікувальних закладах повинні застосовуватися до всіх груп з особливими потребами у лікуванні та догляді, без дискримінації.

Принцип 3. Сприяння лікуванню розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, шляхом ефективної координації між системою кримінального правосуддя та системами медичної та соціальної допомоги

ОПИС

Розлади, пов'язані з вживанням наркотичних речовин, слід розглядати насамперед як проблеми зі здоров'ям, а не злочинну поведінку, та, наскільки можливо, питання вживання наркотиків повинно розглядатися в системі охорони здоров'я, а не в системі кримінального правосуддя. Не всі особи з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, вчиняють правопорушення і навіть, якщо вчиняють, як правило, це легкі правопорушення або правопорушення невеликої тяжкості, пов'язані з пошуком засобів на придбання наркотиків. Зазвичай така поведінка припиняється при ефективному лікуванні розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин. Важливо розглядати вживання наркотиків особами з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, виключно як проблему здоров'я, що вимагає доступу до належної підтримки та лікування, якщо це потрібно, а не кримінальних санкцій. Система кримінального правосуддя повинна тісно співпрацювати із системами медичної та соціальної допомоги, щоб забезпечити перевагу лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, в системі охорони здоров'я над кримінальним переслідуванням чи позбавленням волі. Працівники правоохоронної, судової та пенітенціарної системи або системи органів і установ виконання покарань повинні пройти відповідну підготовку для ефективної участі у заходах з лікування та реабілітації. Якщо позбавлення волі має правові підстави, ув'язненим з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, також пропонується лікування під час їхнього перебування у виправному закладі і після звільнення, оскільки ефективне лікування знижує ризик рецидиву, смерті від передозування та рецидиву правопорушення. Важливо забезпечити сприяння континууму допомоги та заходам з профілактики рецидиву і запобігання смерті внаслідок передозування після звільнення ув'язнених з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин. В усіх випадках, пов'язаних з відправленням правосуддя, особи повинні отримувати лікування та догляд відповідно до стандартів лікування, передбачених для населення.

СТАНДАРТИ

- 3.1 Лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, повинно проводитися переважно в системах медичної та соціальної допомоги. Необхідно запровадити ефективні механізми координації із системою кримінального правосуддя для полегшення доступу до лікування та соціальної допомоги особам, дотичним до системи кримінального правосуддя.
- 3.2 Ефективне лікування має бути доступне особам з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, які вчиняють правопорушення, та, в разі необхідності, бути частковою або повною альтернативою засудженню або покаранню.
- 3.3 Лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, як альтернатива позбавленню волі або у виправних закладах, повинно спиратися на відповідну нормативно-правову базу.
- 3.4 Заклади системи кримінального правосуддя повинні надавати особам з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, можливості лікування, охорони здоров'я та соціальної допомоги, які гарантуються системами медичної та соціальної допомоги населенню.
- 3.5 Втручання, спрямовані на лікування осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, не повинні проводитися щодо ув'язнених, які страждають на ці розлади, проти їхньої волі.
- 3.6 Основні лікувально-профілактичні послуги повинні бути доступні особам з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, які перебувають в місцях позбавлення волі, включаючи механізми раннього виявлення та направлення на лікування; профілактику передачі інфекцій, що передаються через кров; фармакологічне та психологічне лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, і супутніх захворювань, а також ускладнень психіатричних і фізичних станів; послуги реабілітації та налагодження зв'язків з медичними і соціальними службами при підготовці до звільнення.
- 3.7 Необхідно організувати відповідні програми підготовки для співробітників системи кримінального правосуддя, включаючи працівників правоохоронних органів, пенітенціарних і судових установ, для забезпечення визнання медичних і психосоціальних потреб у контексті розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, та підтримки лікувальних і реабілітаційних заходів.
- 3.8 Лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, в системі кримінального правосуддя повинно проводитися відповідно до тих самих настанов на засадах доказової медицини і норм професійної етики, що й у суспільстві.
- 3.9 Лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, і коморбідних станів повинно бути важливою частиною соціальної реінтеграції позбавлених волі осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин. Також, необхідно забезпечити безперервність лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, в усіх випадках на основі ефективної координації служб медичної та соціальної допомоги в громадах і установах кримінального правосуддя. Це знизить ризик рецидиву, передозування та рецидиву правопорушень.
- 3.10 Необхідно докласти всіх зусиль для зменшення тягаря стигми та запобігання дискримінації, спрямованої на осіб з розладами психічного та наркотичного характеру, які відвідують медичні заклади в системі кримінального правосуддя.

Принцип 4. Лікування повинно спиратися на доказові дані та відповідати конкретним потребам осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин

ОПИС

Накопичений обсяг наукових знань про розлади, пов'язані з вживанням наркотичних речовин, та їх лікування повинні становити основу втручань та інвестицій в лікування. До лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, повинні застосовуватися такі ж високі стандарти, що вимагаються для затвердження і проведення фармакологічного або психосоціального лікування інших захворювань. Важливо застосовувати тільки ті фармакологічні та психосоціальні методи, ефективність яких була продемонстрована за допомогою досліджень та/або затверджених відповідними експертними органами. Якщо інші підходи до лікування вважаються корисними, перед їх застосуванням необхідно забезпечити адекватну оцінку їх ефективності та безпеки, в тому числі за допомогою клінічних випробувань. Тривалість та інтенсивність втручань повинна визначатися на основі настанов на засадах доказової медицини. Міждисциплінарні групи повинні розробляти плани лікування індивідуально для кожного пацієнта. Необхідно планувати та надавати послуги з лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, на основі методів лікування хронічних, а не гострих станів. Це пояснюється тим, що довгострокова модель лікування та догляду з більшою ймовірністю сприяє довгому і здоровому життю. Важливо адаптувати втручання до культурної та фінансової ситуації в країні, не порушуючи при цьому основних наукових аспектів, які мають вирішальне значення для досягнення ефективних результатів. «Традиційні» методи або системи лікування можуть бути унікальними для конкретної країни або умов і можуть мати обмежені докази ефективності, що виходять за рамки досвіду пацієнтів та їхніх лікарів. Такі системи повинні враховувати та, наскільки це можливо, включати у свої програми досвід втручань на основі доказових даних. Необхідно провести формальну оцінку ефективності такого лікування та припустимих ризиків.

СТАНДАРТИ

- 4.1 Розподіл ресурсів при лікуванні розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, повинен спиратися на наявні доказові дані щодо результативності та економічної ефективності заходів з лікування таких розладів.
- 4.2 Необхідно запровадити низку лікувальних втручань різної інтенсивності на основі доказових даних на різних рівнях систем медичної та соціальної допомоги з належною інтеграцією фармакологічних і психосоціальних методів лікування в систему безперервної допомоги.
- 4.3 Послуги з лікування повинні надаватися з урахуванням гендерних аспектів і бути орієнтованими на потреби населення, яке вони обслуговують, з належним дотриманням культурних норм та залучення пацієнтів до розроблення, надання та оцінювання послуг.
- 4.4 Фахівці з надання первинної медичної допомоги повинні пройти підготовку з виявлення, а також діагностики та лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, та пов'язаних з ними станів.
- 4.5 При лікуванні розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, фахівці з надання первинної медичної допомоги повинні спиратися на підтримку спеціалізованих служб з необхідними навичками та компетенціями, особливо у галузі лікування тяжких випадків та пацієнтів із супутніми психіатричними та фізичними станами.
- 4.6 Коли це можливо, організація спеціалізованих послуг з лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, повинна здійснюватися на рівні мультидисциплінарних груп спеціалістів, які пройшли підготовку з втручань на основі доказових даних. Крім того, групи повинні мати компетенції у сфері медицини, психіатрії, клінічної психології, сестринської справи, соціальної роботи та консультування. Вони повинні залучати осіб з досвідом вживання наркотиків та лікування наркоманії, які перебувають у стані одужання.
- 4.7 Тривалість лікування визначається індивідуальними потребами, без заздалегідь встановлених обмежень та з можливістю модифікації в будь-який момент, виходячи з клінічних потреб пацієнта.
- 4.8 Підготовка медичних працівників у сфері виявлення, діагностики та лікування на основі доказових даних розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, повинна здійснюватися на різних рівнях освіти, в тому числі в рамках університетських навчальних програм та програм безперервної освіти.
- 4.9 Необхідно регулярно оновлювати настанови, процедури та норми щодо лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, з урахуванням актуальних доказових даних щодо ефективності лікувальних втручань, знань про потреби пацієнтів і користувачів послуг та результатів оціночних досліджень.
- 4.10 Послуги з лікування повинні розроблятися з урахуванням порівнянності їх ефективності зі стандартами порівнянних послуг.
- 4.11 Нові лікувальні втручання повинні розроблятися у процесі клінічного випробування під контролем уповноваженого комітету з етики досліджень на людях.

Принцип 5. Реагування на конкретні потреби в лікуванні та догляді груп населення

ОПИС

Деякі підгрупи у загальній чисельності осіб, що страждають на розлади, пов'язані з вживанням наркотичних речовин, потребують особливої уваги та, в разі необхідності, спеціалізованої допомоги з урахуванням потреб клієнта. Групи з особливими потребами охоплюють, серед інших, жінок і вагітних; дітей та підлітків; осіб старшого віку; корінне населення; мігрантів; працівників секс-індустрії; представників сексуальних та гендерних меншин; осіб з обмеженими можливостями; неграмотних осіб та осіб з неповною освітою; осіб із супутніми захворюваннями; осіб, дотичних до системи кримінального правосуддя; будь-яких осіб без соціальної підтримки, наприклад, безпритульних або безробітних. Робота з особами з особливими потребами потребує диференційованого та індивідуального планування лікування з урахуванням їхніх унікальних вимог, вразливостей та потреб. Особи з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, часто стикаються зі стигмою та дискримінацією, які можуть посилюватися для осіб із груп з особливими потребами. Цим потребам необхідно приділяти безпосередню увагу у кожному лікувальному закладі для забезпечення безперервності лікування.

Діти та підлітки не повинні проходити лікування в таких самих умовах, як дорослі пацієнти з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин. Діти та підлітки з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, повинні проходити лікування в установах, які спроможні розв'язувати такі питання, як безпека та захист дітей. Дитячі та підліткові заклади повинні також охоплювати ширші аспекти охорони здоров'я, навчання та соціального забезпечення у взаємодії із сім'ями, школами та соціальними службами. Аналогічно, жінки, які поступають на лікування, повинні отримувати спеціальний захист та послуги. Жінки з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, піддані ризику побутового і сексуального насильства, і їхні діти також можуть бути піддані ризику жорстокого поводження, тому рекомендовано налагодити взаємодію із соціальними службами захисту дітей та жінок. Жінки можуть потребувати диференційованих послуг з лікування в захищених окремих палатах для отримання максимального позитивного результату. Програми лікування батьків з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, повинні відповідати потребам дітей, щоб дати батькам можливість догляду за ними у процесі лікування. Необхідно забезпечити належну підтримку батьків та догляд за дітьми, а також навчання з таких питань, як сексуальне здоров'я, включаючи контрацепцію.

СТАНДАРТИ

- 5.1 Надання послуг пацієнтам з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, та протоколи лікування повинні віддзеркалювати потреби конкретних груп.
- 5.2 Для дітей та підлітків з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, повинні бути розроблені спеціальні послуги та програми лікування для задоволення конкретних потреб у лікуванні, пов'язаних з цією віковою групою. Диференційовані послуги з лікування дітей та підлітків повинні надаватися, коли це можливо, для забезпечення найкращих можливих результатів лікування.
- 5.3 Послуги та програми лікування повинні бути адаптовані до потреб жінок, в тому числі вагітних, в усіх аспектах їх планування та надання, включаючи місце надання послуг, персонал, розробку програми, урахування вікових особливостей дітей та зміст програм.
- 5.4 Послуги з лікування повинні надаватися відповідно до потреб представників груп меншин з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, і, при необхідності, повинні надаватися послуги культурних посередників і перекладачів для подолання культурних і мовних бар'єрів.
- 5.5 У програми лікування повинні включатися пакети соціальної допомоги та підтримки осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, особливо тих, хто не має соціальної підтримки, як-от безпритульні або безробітні.
- 5.6 Для встановлення контакту з особами з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, які можуть не звертатися за медичною допомогою через стигматизацію та маргіналізацію, повинні надаватися аутріч-послуги.
- 5.7 Необхідно докласти всіх зусиль для зменшення тягаря стигми та дискримінації, з якими стикаються особи з психічними розладами та розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, в тому числі через кампанії з підвищення обізнаності населення та антистигматичні кампанії, поширення достовірної інформації про розлади, пов'язані з вживанням наркотичних речовин, зменшення структурних бар'єрів у лікуванні та впровадження заходів з підвищення самоєфективності осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин.

Принцип 6. Забезпечення належного клінічного управління послугами та програмами лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин

ОПИС

Надання якісних та ефективних послуг з лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, потребує відповідальних та ефективних методів клінічного управління. Програми, тактика, процедури та механізми координації лікування повинні бути визначені заздалегідь і роз'яснені всьому лікувальному, адміністративному та управлінському персоналу і пацієнтам. Організація послуг повинна віддзеркалювати поточні результати досліджень і відповідати потребам користувачів. Лікування осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин (які часто мають численні психологічні, психіатричні, фізичні та соціальні потреби), є складним завданням як для окремих співробітників, так і для організацій. Плинність кадрів у цій сфері є визнаним фактом, тому організації повинні мати у своєму розпорядженні різноманітні заходи підтримки свого персоналу та заохочення до надання послуг високої якості.

СТАНДАРТИ

- 6.1 Тактика і плани лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, повинні бути сформульовані відповідними урядовими та іншими органами влади, в разі необхідності, і ґрунтуватися на принципах загального охоплення послугами охорони здоров'я, узгоджуватися з найкращими наявними доказовими даними та розроблятися за активної участі ключових зацікавлених сторін, включаючи цільові групи населення, пацієнтів, членів сім'ї і спільнот та НУО.
- 6.2 Політика надання послуг в письмовій формі і протоколи лікування повинні бути доступними, відомими всім працівникам і складати основу надання послуг лікування і втручань.
- 6.3 Персонал, який працює у спеціалізованих установах з лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, повинен мати відповідну кваліфікацію, проходити поточну підготовку на засадах доказової медицини, атестацію, підтримку та клінічний нагляд. Клінічний нагляд, наставництво, заходи безпеки та інші форми підтримки необхідні для запобігання синдрому емоційного «вигорання» серед медичних працівників.
- 6.4 Політика і процедури підбору персоналу та контролю якості роботи працівників повинні бути чітко сформульовані та доводитися до відома усього персоналу.
- 6.5 Необхідно забезпечити стале джерело належного фінансування і створити належні механізми управління фінансами та підзвітності. По можливості, відповідний бюджет повинен передбачати ресурси на поточне навчання персоналу та оцінку якості та ефективності послуг.
- 6.6 Послуги з лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, повинні надаватися в мережі відповідних загальних та спеціалізованих медичних і соціальних служб для забезпечення безперервного комплексного догляду за пацієнтами.
- 6.7 Необхідно впровадити системи обліку і збору даних пацієнтів відповідно до міжнародних показників для забезпечення підзвітності та безперервності лікування та догляду з дотриманням принципів конфіденційності інформації про стан здоров'я пацієнта.
- 6.8 Важливо періодично переглядати програми, правила та процедури надання послуг на основі механізмів постійного зворотного зв'язку, аудиту, моніторингу та оцінки (включаючи зауваження пацієнтів).
- 6.9 Схеми вживання наркотиків і пов'язані з ними наслідки для здоров'я і соціального життя, психіатрична і фізична коморбідність повинні регулярно контролюватись із оприлюдненням результатів для сприяння плануванню та управлінню послугами з лікування.

Принцип 7. Комплексний підхід в реалізації послуг, тактик і процедур лікування та взаємозв'язки з допоміжними послугами вимагають постійного моніторингу та оцінки

ОПИС

У відповідь на складну і багатогранну проблему охорони здоров'я слід розробити комплексні системи для сприяння ефективному лікуванню розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, та пов'язаних із вживанням наркотиків проблем для здоров'я і соціального середовища. Механізмів лікування, які задовольняють вимоги усіх користувачів, немає. Тому підхід до розв'язання проблеми має бути цілісним і пристосованим до потреб окремих осіб. У міру можливості, у процес ведення пацієнтів повинні включатися різні послуги, з відповідною координацією видів допомоги, а саме: психіатричної, психологічної та охорони психічного здоров'я; соціальної та інших послуг (у тому числі в пошуку житла, професійному навчанні/працевлаштуванні та, якщо необхідно, наданні правової допомоги); інші спеціалізовані медичні послуги (як-от послуги щодо ВІЛ, ВГС, туберкульозу та інших супутніх станів). Важливо постійно контролювати, оцінювати та адаптувати систему лікування. Це потребує багатопрофільного планування та надання послуг у логічній поетапній послідовності, що забезпечує міцність зв'язків між політикою, оцінкою потреб, плануванням систем лікування, впровадженням та моніторингом послуг, оцінкою результатів, та поліпшенням якості.

СТАНДАРТИ

- 7.1 Тактика і плани розроблення систем лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, повинні підтримувати індивідуальний, цілісний та інтегрований підхід до лікування, а також взаємозв'язки з додатковими послугами в галузі охорони здоров'я та поза нею.
- 7.2 Необхідно встановити та забезпечити взаємозв'язки між профілактикою вживання наркотиків, лікуванням наркотичної залежності та профілактикою медичних і соціальних наслідків вживання наркотиків.
- 7.3 Зв'язки між спільнотами (за участю сімей, осіб, які доглядають хворого, груп взаємодопомоги та самопомоги, відповідних релігійних та громадських установ), соціальними службами (зокрема, тими, що надають послуги в навчальних, спортивних та рекреаційних закладах), системами кримінального правосуддя та первинної медичної допомоги і спеціалізованими службами охорони здоров'я повинні бути створені та функціонувати з повним дотриманням конфіденційності даних про пацієнтів.
- 7.4 Планування і розроблення систем лікування повинні базуватися на оцінках та описах характеру і ступеня серйозності проблеми наркотичної залежності, а також характеристиках осіб, які потребують допомоги.
- 7.5 Необхідно визначити функції національних, регіональних та місцевих закладів у різних секторах, відповідальних за лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, та реабілітацію зі створенням механізмів ефективною координації.
- 7.6 Необхідно розробити і запровадити стандарти якості надання послуг лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, включаючи належні механізми забезпечення відповідності, гарантії якості та акредитації.
- 7.7 Кожна служба повинна мати механізми клінічного управління, моніторингу та оцінки, включаючи клінічну підзвітність, постійний **моніторинг здоров'я і добробуту пацієнтів** та періодичну зовнішню оцінку.
- 7.8 Інформація про кількість, види послуг та їх розподіл є доступною та використовується в рамках системи лікування для цілей планування та розвитку.

ГЛАВА 3. Системи лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин

3.1 Системний рівень надання послуг

У цій главі увагу зосереджено на основних характеристиках ефективних систем лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, і наведено рекомендації щодо планування лікування. Також розглядаються схеми організації охорони здоров'я та моделі надання допомоги.

Ефективна національна система лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, вимагає узгоджених та інтегрованих дій з боку багатьох суб'єктів. Мета полягає в тому, щоб забезпечити надання послуг і втручання у багатьох закладах та охопити різні групи на різних стадіях з урахуванням ступеня тяжкості розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, та їхніх додаткових потреб. Система громадського здоров'я найкраще пристосована для того, щоб взяти на себе провідну роль у забезпеченні лікування осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, як правило, на основі тісної координації із службами соціальної допомоги та іншими громадськими організаціями. У деяких країнах приватний сектор відіграє дуже важливу роль у лікуванні осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин. Пропоновані стандарти і характеристики можуть бути корисними і для лікувальних закладів у приватному секторі.

Необхідно забезпечити, щоб послуги з лікування були:

- наявними;
- доступними в плані постачання;
- доступними за ціною;
- на основі доказових даних;
- диверсифікованими.

Наявність послуг, необхідних для лікування пацієнтів з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, є необхідною умовою їх надання.

Доступність послуг з лікування стосується охоплення ними чи їх наявності для всього населення. Лікувальні заклади повинні бути зручно розташовані і знаходитися в безпосередній близькості від громадського транспорту (у тому числі в сільській і міській місцевості), і мати години роботи, що забезпечують належне надання послуг. Деякі фактори організації послуг збільшують поріг доступності послуг для підгруп, які потребують лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин (наприклад, дитячі заклади для пацієнтів з дітьми). Крім того, ставлення до певних груп чи інших факторів не повинно перешкоджати доступу до послуг.

Цінова доступність послуг з лікування стосується цінової доступності як для пацієнтів, так і для місцевої системи лікування. Послуги з лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, повинні бути доступними за ціною для пацієнтів з різних соціально-економічних груп та з різними рівнями доходу. В ідеалі, лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, повинно надаватися безкоштовно, щоб витрати не стали бар'єром для лікування. Крім того, системи лікування розладів, пов'язаних із вживанням

наркотичних та інших психоактивних речовин, повинні вкладатися в бюджет системи медичної та соціальної допомоги, щоб забезпечити сталий процес лікування.

Методи лікування у рамках втручань повинні спиратися на наукові дані і ґрунтуватися на засадах доказової медицини подібно до методів лікування будь-якого іншого розладу здоров'я. Цей аспект є ключовим у забезпеченні якості лікування.

Необхідно диверсифікувати послуги з лікування, щоб задовольнити потреби цільової групи населення та забезпечити різні підходи до лікування. Немає жодного єдиного підходу, який би відповідав усім видам, тяжкості або стадіям вживання наркотиків. Служби повинні забезпечувати доступ до лікування та одужання пацієнтів із розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, а також до втручань на рівні спільноти, спрямованих на зменшення негативних наслідків вживання наркотиків для здоров'я та суспільства. Отже, необхідно запровадити різноманітні методи лікування в різних умовах (аутріч, амбулаторних, стаціонарних, реабілітаційних), щоб адекватно задовольняти потреби пацієнтів з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних та інших психоактивних речовин. Оскільки одужання залишається кінцевою метою всіх послуг з лікування та догляду, сталі послуги з управління процесом одужання повинні бути невід'ємною частиною системи лікування.

3.2 Організація системи лікування

Розлади, пов'язані з вживанням наркотичних речовин, можуть розрізнятися за шкалою тяжкості й комплексності.

Лікування на засадах доказової медицини розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, є розумною інвестицією, оскільки вартість лікування зазначених розладів значно нижча у порівнянні з витратами, пов'язаними із нелікованою наркозалежністю (UNODC and WHO, 2008). Співвідношення заощаджень та інвестицій може перевищувати 12:1 завдяки зниженню пов'язаної з наркотиками злочинності та зменшенню витрат на систему кримінального правосуддя, правоохоронні органи та охорону здоров'я (NIDA, 2012).

Відповідальним за розроблення або перегляд локальних комплексних систем лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, відповідно до Стандартів, рекомендовано виділяти наявні ресурси для оптимального задоволення потреб пацієнтів. Необхідно розробити системи лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, у відповідності до ключового принципу охорони здоров'я, що надає пріоритет застосуванню найменш інвазивного втручання, яке забезпечує найкращу результативність та найнижчу вартість для пацієнтів.

Обсяг і вид послуг з лікування, що їх потребує населення, визначають інвестиції державних коштів. Зазвичай в локалізованому районі є певна кількість осіб, які час від часу вживають наркотики, і менша кількість осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин (з них, невелика частка матиме тяжкі або комплексні розлади, пов'язані з вживанням наркотичних речовин).

Як показано на піраміді організації послуг (рис. 1), більшість лікувальних втручань потрібні при низьких рівнях інтенсивності. Низькоінтенсивні ефективні втручання в громадські або неспеціалізовані сфери (наприклад, скринінг та короткі втручання) можуть запобігти розвитку у пацієнтів тяжких розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, і можуть надаватися менш спеціалізованим кваліфікованим персоналом за меншою вартістю. Аналогічно, більшість осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, можуть ефективно лікуватися в амбулаторних умовах або в громадських закладах, а не в більш інтенсивних і дорожчих умовах стаціонарних або довгострокових реабілітаційних закладів

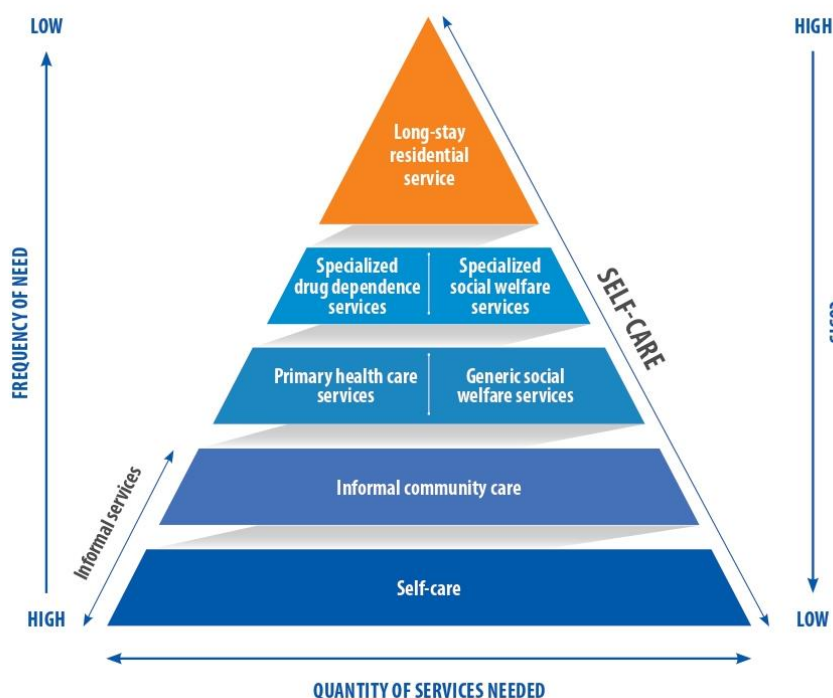


Рис. 1. Піраміда організації послуг з лікування та догляду за пацієнтами з розладами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин (UNODC, 2014) на основі Піраміди ВООЗ щодо організації послуг з охорони психічного здоров'я (WHO, 2003).

Підписи до рис. 1:

QUANTITY OF SERVICES NEEDED = КІЛЬКІСТЬ НЕОБХІДНИХ ПОСЛУГ

FREQUENCY OF NEED = ЧАСТОТА ВИНИКНЕННЯ ПОТРЕБИ

High = Висока

Low = Низька

COSTS = ВАРТІСТЬ

HIGH = ВИСОКА

LOW = НИЗЬКА

Long-stay residential service = Довгострокова реабілітаційна допомога

Specialized drug dependence services = Спеціалізовані наркологічні послуги

Specialized social welfare services = Спеціалізовані послуги соціальної допомоги

Primary health care services = Послуги первинної медичної допомоги

Generic social welfare services = Загальні послуги соціальної допомоги

Informal services = Неформальна допомога за місцем проживання

SELF-CARE = САМОДОПОМОГА

Системи лікування, розроблені відповідно до піраміди надання послуг, є більш економічними. Однак у системах, де інвестиції непропорційно розподіляються лише на високоінтенсивні/високовартісні послуги з лікування (у верхній частині піраміди), це може призвести до того, що особи з низьким ступенем тяжкості захворювання отримують «надмірне лікування» з наданням високоінтенсивних послуг та/або в системі з обмеженою загальною потужністю. Це результат браку коштів для розроблення інших компонентів

комплексної системи, як описано в Стандартах. Амбулаторне лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, як правило, є менш руйнівним для життя пацієнтів і дешевшим для системи охорони здоров'я, ніж стаціонарне та реабілітаційне лікування. Амбулаторне лікування - це рекомендований перший вибір лікувального закладу з точки зору охорони здоров'я, якщо він ґрунтується на доказових даних і може задовольнити потреби пацієнта. Стаціонарне і реабілітаційне лікування може бути потрібним, на основі індивідуалізованої оцінки, тим, хто має тяжчі або комплексні розлади, пов'язані з вживанням наркотичних речовин, або додаткові соціальні проблеми.

Невідповідність між діапазоном тяжкості розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин серед населення, та діапазоном інтенсивності умов в місцевій системі лікування призводить до неефективного розподілу ресурсів та мінімізує результати, погіршуючи якість інвестиції державних коштів.

Відсутність втручань низької інтенсивності та низькопорогових втручань (як-от скринінг та короткі втручання на рівні первинної медичної допомоги або аутріч-послуг на рівні спільноти) також може змусити споживачів наркотиків звертатися за медичною допомогою лише тоді, коли у них виникли тяжкі розлади внаслідок вживання наркотиків. Тим не менше, підтримка на ранніх стадіях розладів була б менш інтенсивною (і менш витратною). Дані показують, що лікарі первинної ланки рідко обстежують своїх пацієнтів на розлади, пов'язані з вживанням наркотичних речовин (Ernst, Miller and Rollnick, 2007). Однак забезпечити скринінг, короткі втручання та лікування у закладах ПМСД можливо, і це допоможе виявити, підтримати та, якщо необхідно, направити на лікування осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, що сприяє зменшенню витрат на охорону здоров'я.

3.2.1 Пропоновані втручання на різних рівнях системи надання послуг

Як показано в табл. 1, пацієнтам мають бути доступні різноманітні втручання для забезпечення безперервності лікування та догляду

Таблиця 1. Пропоновані втручання на різних рівнях системи надання послуг.

Рівень системи	Можливі втручання
Неформальна допомога за місцем проживання	<ul style="list-style-type: none"> • Аутріч-втручання • Групи самопомоги та управління процесом одужання • Неформальна підтримка друзів та сім'ї
Послуги первинної медичної допомоги	<ul style="list-style-type: none"> • Скринінг, короткі втручання, направлення до спеціаліста, лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотиків • Тривала підтримка осіб, які проходять лікування/дотичні до спеціалізованих служб наркологічної допомоги • Базові послуги охорони здоров'я, включаючи першу допомогу, лікування ран
Базові послуги соціального забезпечення	<ul style="list-style-type: none"> • Житло/притулки • Харчування • Безумовна соціальна підтримка • Направлення до спеціалізованих закладів наркологічної допомоги та інших закладів медичної та соціальної допомоги, в разі необхідності
Спеціалізоване лікування (амбулаторне і стаціонарне)	<ul style="list-style-type: none"> • Оцінка • Планування лікування • Ведення пацієнтів • Детоксикація/ведення пацієнтів з абстинентним синдромом • Психосоціальні втручання

	<ul style="list-style-type: none"> • Медикаментозне лікування • Профілактика рецидивів • Управління процесом одужання
Інші спеціалізовані медичні послуги	<ul style="list-style-type: none"> • Лікування фахівцями у сфері охорони психічного здоров'я (включаючи психіатричну і психологічну допомогу) • Лікування фахівцями у сфері медицини внутрішніх хвороб, хірургії, педіатрії, акушерства, гінекології та іншої спеціалізованої допомоги • Стоматологія • Лікування інфекційних хвороб (включаючи ВІЛ, гепатит С і туберкульоз)
Спеціалізовані послуги соціального забезпечення осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотиків	<ul style="list-style-type: none"> • Підтримка та реінтеграція в сім'ю • Професійна освіта/освітні програми • Створення джерел доходів/ мікрокредити • Планування дозвілля • Послуги з управління процесом одужання
Довгострокова реабілітаційна допомога особам з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин	<ul style="list-style-type: none"> • Реабілітаційна програма для осіб з тяжкими або комплексними розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, та супутніми захворюваннями • Житло • Професійна підготовка • Захищене середовище • Навчання життєвим навичкам • Безперервна терапевтична підтримка • Направлення на амбулаторне лікування/послуги з управління процесом одужання

3.3 Планування і фінансування систем лікування

Рішення щодо розподілу ресурсів та послуг, пропонованих на різних рівнях систем медичної та соціальної допомоги, мають важливе значення для планування функціонально сталої системи лікування наркозалежності.

Оцінка місцевих потреб (з використанням наявних даних щодо попиту на наркотики) у лікуванні та наданні допомоги на різних рівнях має сприяти розподілу ресурсів та розробленню систем лікування (UNODC, 2003).

Відсутність даних або систем систематичного збору даних не повинно бути виправданням для ненадання послуг з лікування наркозалежності. Деякі важливі показники, зокрема, показник попиту на лікування (потреба в послугах для розв'язання проблем, пов'язаних з наркотиками), можуть бути ефективно зібрані лише за умови, якщо послуги з лікування наркозалежності вже надаються, з можливістю збору даних на рівні пацієнтів.

Розроблення функціональної національної інформаційної системи з проблем наркозалежності потребує підтримки з боку партнерів на всіх рівнях і в різних галузях, оскільки роль тут відіграє не лише технічний компонент, але й процес узгодження політики управління національною інформаційною системою та національною спостережною радою з проблем наркозалежності.

Системи лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, не повинні розглядатися окремо від широкого спектра медичних і соціальних послуг або місцевих служб. На їх розроблення та надання, ймовірно, впливатиме нерозривно пов'язаний з ними ширший спектр медичних і соціальних послуг. Планування, розроблення та впровадження систем лікування та одужання вимагає залучення широкого кола зацікавлених сторін, включаючи державні заклади охорони здоров'я і соціальної допомоги, систему

кримінального правосуддя і поліції, пацієнтів і адвокаційних груп, НУО та інших громадських груп.

Стигма та дискримінація осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, є основними перешкодами для лікування. Тут потрібно докласти максимум зусиль для підвищення обізнаності, пропагування нестигматизуючих поглядів та усунення структурної дискримінації осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин. Для цього важливо провести комплексні, соціально орієнтовані, збалансовані заходи політики, усунути перешкоди для лікування, усунути та запобігти нелюдському або принизливому поводженню чи покаранню в інтересах лікування, поліпшити якість допомоги, підвищити обізнаність та розуміння розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, серед широкого загалу та підвищити рівень знань керівників і політиків, медичних працівників та інших зацікавлених сторін. Втручання, спрямовані на підвищення самоефективності та розширення прав і можливостей пацієнтів, наприклад, за допомогою груп взаємодопомоги, може зменшити тягар самостигматизації (Livingston et al., 2012; Corrigan et al., 2017).

3.4 Моделі організації послуг

У цьому розділі наведено опис різних моделей організації послуг, які можуть бути реалізовані на різних рівнях, залежно від потреб пацієнтів, організації послуг медичної та соціальної допомоги, законодавчої бази та політики та ресурсів. Моделі не є взаємозаперечними і можуть перетинатися.

3.4.1 Принцип «єдиного вікна»

Враховуючи різноманітні та численні потреби осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, в ідеалі, широкий спектр медичних та соціальних послуг має бути доступним в єдиному закладі чи службі, яка працює за принципом «єдиного вікна» (рис. 2). Таке комплексне надання послуг здатне усунути перешкоди в наданні комплексного лікування та забезпечує особам, які вживають наркотики, комплексне та етичне лікування наркозалежності, коли це необхідно (Rapp et al., 2006).



Рис. 2. Принцип «єдиного вікна».

3.4.2 Мережа надання медичної допомоги на рівні громади

Якщо місцева служба надання медичної допомоги неспроможна інтегрувати всі методи і втручання на основі доказових даних за принципом «єдиного вікна», необхідно створити координовану комплексну мережу послуг з лікування та догляду, яка охопить різні компоненти систем надання медичної та соціальної допомоги. Цей підхід передбачає як основний компонент спеціалізоване клінічне лікування наркозалежності, а також охоплює різноманітні муніципальні/комунальні допоміжні послуги, які утворюють багатofакторний підхід і працюють у тісній координації зі створеними механізмами направлення. Для забезпечення доступу, необхідно запровадити низькопорогові послуги початкового рівня (наприклад, аустріч-послуги, обслуговування без попереднього запису) з визначеними механізмами направлення на клінічне лікування наркозалежності та наданням супутніх соціальних послуг.

В мережі надання медичної допомоги на рівні громади (рис. 3) широкі партнерські зв'язки існують не лише між різними службами секторів медичної та соціальної допомоги (включаючи місцеві лікарні, заклади первинної медичної допомоги та служби соціальної допомоги), а також з іншими зацікавленими сторонами на рівні громади (включаючи НУО і групи самопомоги). На цій основі, з метою координації всіх послуг, що надаються, розробляється ефективний підхід до лікування на рівні громади, який використовує всі наявні в громаді ресурси. Наркологічні служби на рівні громади пропонують багатofакторний мультисекторний підхід до управління проблемами, пов'язаними з наркотиками, та проблемами здоров'я. Такий підхід заохочує до використання різних планів ведення лікування; підтримку та управління процесом одужання; поліпшення якості життя всієї громади. Партнери в мережі послуг на рівні громади повинні тісно співпрацювати та координувати свої дії, щоб забезпечити найкращу можливу підтримку у рамках ефективних стратегій управління направленням і веденням пацієнтів з метою гарантії безперервності допомоги. Мережі лікування наркотичної залежності на рівні громади забезпечують низький поріг і легкий доступ до різних видів лікування та догляду.



Рис. 3. Модель надання медичної допомоги на рівні громади (UNODC, 2014).

Ключові принципи лікування наркозалежності та догляду на рівні громади (UNODC, 2014) наведені нижче.

- Безперервність допомоги, починаючи з аустріч-послуг, базової підтримки та зменшення негативних наслідків для здоров'я у зв'язку з вживанням наркотиків, до соціальної реінтеграції, що виключає «неправильний вхід до системи».
- Тісна співпраця між громадянським суспільством, системою правоохоронних органів/кримінального правосуддя, секторами медичної та соціальної допомоги.
- Мінімальне руйнування соціальних зав'язків та зайнятості.
- Інтеграція лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, в наявні служби медичної та соціальної допомоги.
- Надання послуг на рівні громади – максимально доступних споживачам наркотиків.
- Участь у розбудові громадських ресурсів і активів, включаючи сім'ї.
- Участь споживачів наркотиків, що страждають на наркоманію або наркозалежність, сімей та усієї громади в плануванні та наданні послуги.
- Надання втручань на основі доказових даних з урахуванням гендерних аспектів.
- Добровільна та свідома участь у лікуванні.
- Комплексний підхід з перспективою одужання, з урахуванням різних потреб (здоров'я, сім'я, освіта, зайнятість, житло).
- Визнання того, що рецидив є частиною процесу лікування і що клієнти можуть повернутися на лікування.
- Повага до прав і людської гідності, включаючи конфіденційність.
- Розв'язання проблеми стигми та дискримінації, пов'язаних із розладами внаслідок вживання наркотичних речовин.

Служби охорони здоров'я, включаючи первинну медичну допомогу, спеціалізовані наркологічні служби, лікарні та клініки й соціальні служби, є ключовими партнерами в мережі лікування та догляду на рівні громади. Також необхідно розвивати ширші партнерські відносини з іншими суб'єктами на рівні громади, як-от ті, що наведені нижче.

- Громадянське суспільство/НУО (включаючи суб'єктів, які надають аустріч-послуги, професійну освіту, послуги подальшого спостереження).
- Поліція (включаючи роль у скринінгу, направленні на лікування).
- Система кримінального правосуддя (включаючи лікування як альтернативу засудженню або покаранню і лікування в пенітенціарних закладах розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, та організацію подальшого спостереження за місцем проживання звільнених із пенітенціарних закладів).
- Професійні організації (включаючи організації надання правової допомоги).
- Заклади торгівлі та послуг (що створюють можливості для професійного розвитку).
- Організовані групи споживачів наркотиків та одужуючих (групи самопомоги).
- Організовані групи, об'єднані за гендерною та етнічною приналежністю.
- Освітні та дослідні установи.
- Молодіжні організації та молодіжні лідери.
- Церковно-релігійні організації (наприклад, надання послуг з облаштування на нічліг).
- Духовні та громадські лідери.
- Об'єднання громадян за місцем проживання – члени сім'ї.

Для забезпечення прив'язки та направлення пацієнтів до відповідних служб, що відповідають їхнім потребам, дуже важливо, щоб служби й сектори координували планування лікування та ведення пацієнтів (UNODC, 2014). Координатори з ведення пацієнтів повинні співпрацювати з пацієнтами, членами медичної групи, а також іншими службами або організаціями в питаннях підбору найкращої комбінації втручань та підтримки. Координатори з ведення пацієнтів повинні також проводити систематичну оцінку поточних результатів лікування. Таким чином, ведення пацієнтів забезпечує постійний доступ до мережі направлень та інших допоміжних сервісів, а також раціональне

використання ресурсів. На наведеній далі схемі (рис. 4) зображено порядок функціонування системи ведення пацієнтів під кутом зору споживача наркотиків, який вирішив звернутися по допомогу. Особливістю цієї системи є відсутність «неправильного входу» в систему, оскільки різні служби лікування підключені й співпрацюють, так що пацієнти можуть бути направлені до певної служби надання допомоги, яка відповідає тяжкості розладу та індивідуальним потребам пацієнта.

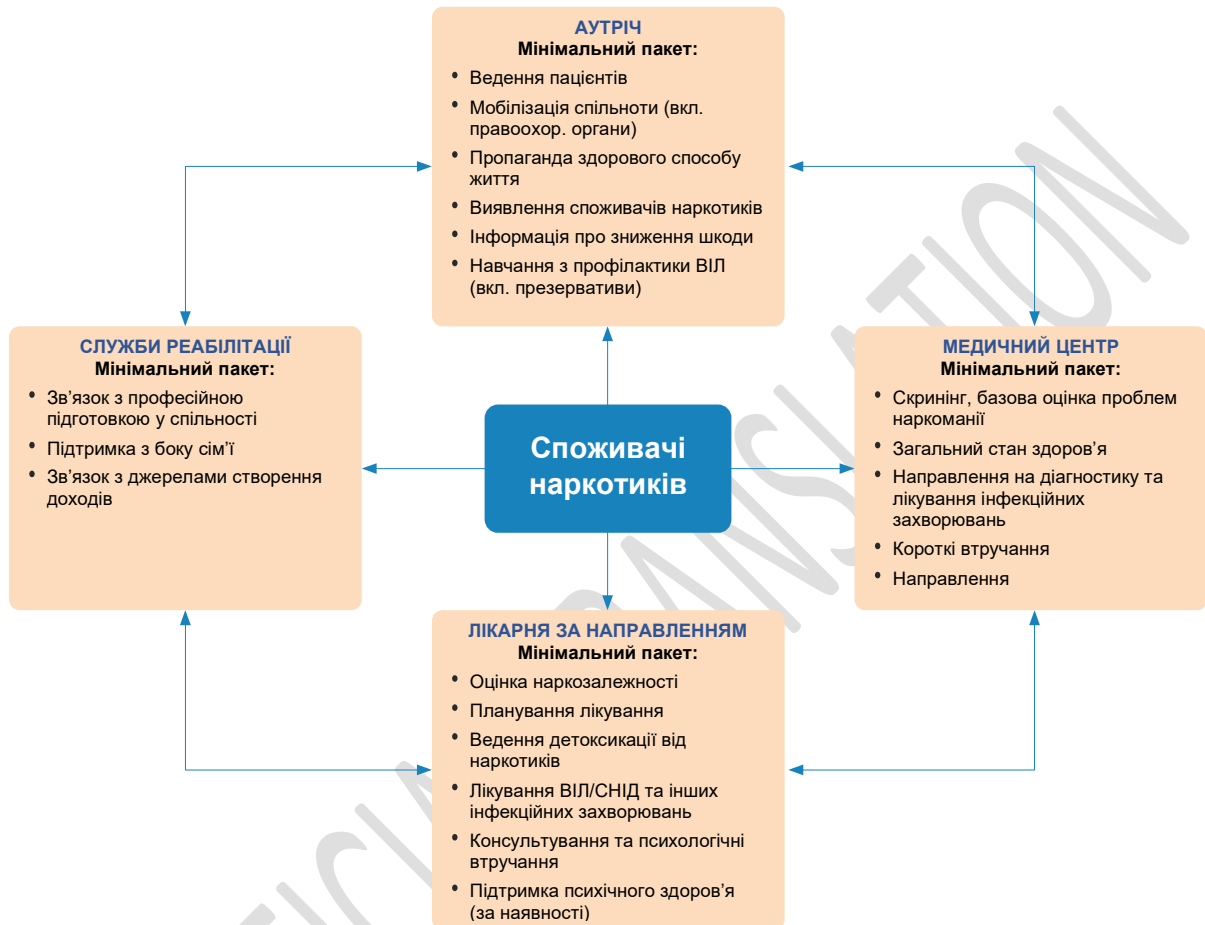


Рис. 4. Модель ведення пацієнтів та лікування й догляду за особами, які вживають наркотики і страждають на розлади у зв'язку з їх вживанням (UNODC, 2014).

3.4.3 Стале управління процесом одужання

Одужанням називають «[...] безперервний процес і досвід, через який особи, сім'ї та спільноти користуються внутрішніми та зовнішніми ресурсами для розв'язання проблеми наркозалежності, активно працюючи над зниженням власної вразливості до таких розладів та поліпшуючи свою спроможність вести здорове, продуктивне та змістовне життя» (адаптовано з White, 2007). Згідно з цією моделлю, управління процесом одужання є кінцевою метою на кожному етапі лікувального континууму, на кожній стадії розладу та в різних клінічних умовах (див. табл. 1): від низькопорогових аутріч-послуг до інтенсивного стаціонарного або реабілітаційного лікування. Пацієнти можуть потребувати різних послуг і втручань на рідних етапах процесу одужання, тому важливо забезпечити безперервність лікування та догляду та управління процесом одужання.

Лікування на основі моделі сталого управління процесом одужання, як і будь-яке інше лікування наркозалежності, за винятком небезпечних для життя ситуацій, повинно бути добровільним і орієнтованим на мінімальне втручання в життя особи, яка знаходиться в стані одужання. Попри те, що одужання є кінцевою метою лікування, важливо визнати, що

розлади, пов'язані з вживанням наркотичних речовин, часто набувають форми хронічних та рецидивних станів, і що пацієнти можуть систематично потребувати послуг лікувальної мережі для адекватної підтримки та позитивних результатів лікування.

Послуги з управління процесом одужання і втручань можуть надаватися у різних сферах, умовах і на різних стадіях лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин. УНЗ ООН опублікувало документ про належну практику управління процесом одужання (UNODC, 2008b), в якому наведені приклади з усього світу та детальні практичні настанови. В документі визначено вісім сфер підтримання капіталу одужання як напрямки втручань на постійній основі (рис. 5).



Рис. 5. Основні елементи орієнтованої на управління процесом одужання реабілітації та соціальної інтеграції (UNODC, 2008b).

3.5 Ефективні системи лікування: висновки

Система лікування повинна забезпечувати, щоб послуги з лікування осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, були доступними територіально і за ціною, заснованими на принципах доказової медицини, диверсифікованими та надаваними з акцентом на поліпшенні функціонування і добробуту пацієнта у напрямку найвищого досяжного рівня здоров'я.

Ресурси системи лікування слід інвестувати там, де вони найбільш потрібні. Першим логічним кроком є зосередження уваги на низькопороговому і легкодоступному амбулаторному лікуванні та догляді.

Системи повинні бути розроблені відповідно до ключового принципу охорони громадського здоров'я, який передбачає пріоритетність найменш інвазивного втручання, яке забезпечує найвищий рівень ефективності та найнижчу вартість послуг для пацієнтів. Системи лікування необхідно розробляти відповідно до «піраміди» надання послуг з лікування наркозалежності з більш інтенсивними втручаннями, призначеними для пацієнтів з тяжкими або комплексними потребами.

Ефективні системи лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, повинні бути розроблені і сплановані з використанням наявних даних, отриманих і оброблених в рамках оцінки потреб та систем інформації про наркотики. Однак, відсутність

даних не повинна бути причиною затримки впровадження та надання послуг з лікування та догляду за наркозалежними.

Інформаційні системи мають бути створені для керівництва розробкою систем лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних та інших психоактивних речовин. Такі розробки повинні враховувати поширеність розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних та інших психоактивних речовин серед населення, та результати моніторингу функціонування системи.

Для забезпечення доступного та диверсифікованого безперервного лікування та догляду за пацієнтами з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, можна використовувати різні моделі організації послуг. Ефективне надання послуг особам з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, вимагає тісної координації між різними секторами (охорона здоров'я, соціальна допомога, правосуддя тощо).

UNOFFICIAL TRANSLATION

ГЛАВА 4. Моделі, методи лікування та втручання

У цій главі наведено огляд моделей, методів лікування і втручань на основі доказових даних, призначених для лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, і супутніх станів.

У розділі 4.1 розглядається п'ять ключових груп моделей профілактичних і лікувальних заходів, а саме:

- аутріч-робота на рівні спільноти;
- неспеціалізовані заклади лікування осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин;
- спеціалізоване амбулаторне лікування;
- спеціалізоване короткострокове стаціонарне лікування;
- спеціалізоване довгострокове реабілітаційне лікування.

У розділі 4.2 наведено більш детальну інформацію про конкретні методи лікування і втручання, які можуть надаватися у рамках усіх згаданих вище моделей.

Ці методи і втручання охоплюють:

- скринінг, короткі втручання та направлення на лікування (СКВНЛ)
- психосоціальні втручання на основі доказових даних
- фармакологічні втручання на основі доказових даних
- виявлення ознак та надання допомоги при передозуванні
- лікування супутніх психічних і фізичних станів.

Як показано на рис. 2, ефективне лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, вимагає поетапного комплексного підходу. Особи з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, потребують континууму допомоги між усіма моделями лікування і методами покращення їх здоров'я і **добробуту** (більш детальну інформацію щодо втручань і управління процесом одужання див., відповідно, у розділах 4.2 та 4.2.6).

Деякі групи населення з особливими потребами можуть потребувати спеціальних заходів щодо лікування та догляду. Ці потреби пов'язані з певними психоактивними речовинами або їх комбінаціями; здоров'ям осіб із супутніми захворюваннями, як-от ВІЛ або психічні розлади, та з обмеженими можливостями; певними віковими групами (діти, підлітки та особи старшого віку); гендерними аспектами (жінки і вагітні); особами різної сексуальної орієнтації та гендерної ідентичності; соціальною допомогою (зокрема, безпритульним, соціально маргіналізованим, бідним, неграмотним особам та особам з неповною освітою); особами, що живуть у віддалених та сільських районах; етнічними меншинами, біженцями та мігрантами; працівниками секс-індустрії; особами, дотичними до системи кримінального правосуддя. У главі 5 детально наведено конкретні міркування щодо лікування та догляду за певними групами населення або групами з особливими потребами.

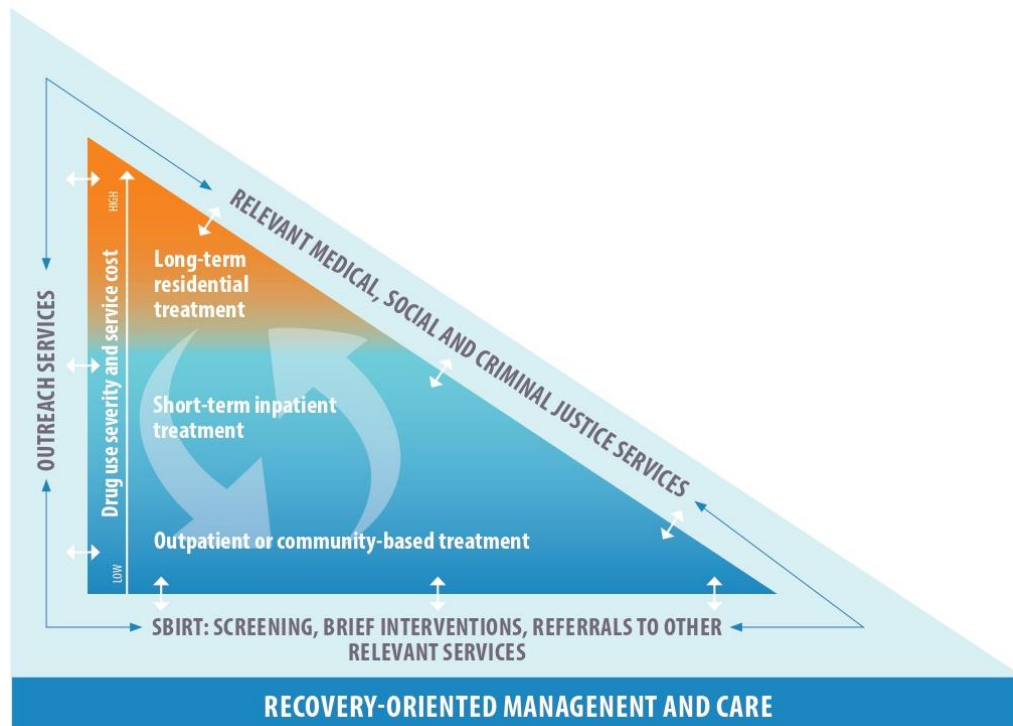


Рис. 6. Ефективна інтегрована модель системи лікування у розрізі відповідних послуг і методів.

Підписи до рис. 6:

ОРІЄНТОВАНЕ НА ДОСЯГНЕННЯ ОДУЖАННЯ ЛІКУВАННЯ І ДОГЛЯД

OUTREACH SERVICES = АУТРИЧ-ПОСЛУГИ

RELEVANT MEDICAL, SOCIAL AND CRIMINAL JUSTICE SERVICES = ВІДПОВІДНІ МЕДИЧНІ, СОЦІАЛЬНІ ПОСЛУГИ ТА ПОСЛУГИ У СФЕРІ КРИМІНАЛЬНОГО.

SBIRT: SCREENING, BRIEF INTERVENTIONS, REFERRALS TO OTHER RELEVANT SERVICES = СКВНЛ: СКРИНІНГ, КОРОТКІ ВТРУЧАННЯ, НАПРАВЛЕННЯ НА ЛІКУВАННЯ ДО ІНШИХ ВІДПОВІДНИХ ЗАКЛАДІВ

Drug-use severity and service cost = Тяжкість наслідків вживання наркотиків і вартість послуг

Long-term residential treatment = Довгострокове реабілітаційне лікування

Short-term inpatient treatment = Короткострокове стаціонарне лікування

Outpatient or community-based treatment = Амбулаторне лікування на рівні спільноти

4.1 Моделі лікування

4.1.1 Аутріч-робота на рівні спільноти

Опис

Аутріч-робота є важливою складовою комплексної системи лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин. В середньому, між початком розладу, пов'язаного з вживанням наркотиків, і часом, коли особа звертається по допомогу, проходить багато років. Саме в цей період аутріч-заходи активно сприяють налагодженню контакту і мотивації споживачів наркотиків взаємодіяти з медичними працівниками. Необхідно звести до мінімуму час між початком розладу і початком лікування, зменшуючи таким чином негативні наслідки вживання наркотиків для здоров'я і соціальної сфери. Аутріч-служби на рівні спільноти також орієнтовані на осіб, які страждають від вживання наркотиків іншими

особами (включаючи сексуальних партнерів і партнерів з обміну голками). Аутріч-працівники часто є членами місцевої спільноти. Оскільки вони працюють у спільноті або походять зі спільноти, послуги якій надають, вони обізнані з місцевими субкультурами, серед яких поширене вживання наркотиків, та ресурсами, доступними на рівні спільноти. Фактично, вони самі могли вживати наркотики в минулому або періодично. Працюючи поза структурованими лікувальними і лікувально-профілактичними закладами, аутріч-працівники встановлюють неформальні і безумовно підтримувальні стосунки зі споживачами наркотиків. Такий підхід допомагає вибудувати позитивний зв'язок між аутріч-працівниками й споживачами наркотиків. Зрештою, він забезпечує легший доступ до основних послуг медичної та соціальної допомоги, а також до доступних спеціалізованих послуг з лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин. Споживачі наркотиків стають більш вмотивованими до використання послуг медичної та соціальної допомоги, включаючи лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин. Це пояснюється новим, позитивним досвідом - взаємодією між особою та аутріч-працівником, який демонструє різкий контраст із попереднім досвідом, що характеризувався соціальним відчуженням, безпорадністю та безнадією. Залежно від ступеня стигми, якою супроводжується вживання наркотиків, споживачі наркотиків можуть залишатися необізнаними щодо доступних варіантів лікування, а також позбавленими доступу до медичної допомоги через традиційні медичні та соціальні служби. Аутріч-працівники відіграють важливу роль у роз'ясненні споживачам наркотиків методів лікування, сприяють охороні здоров'я, усувають перешкоди для отримання соціальної допомоги та вводять осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, в систему лікування.

Аутріч-працівники визнають вплив соціальних мереж на осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин. Також, вони визнають важливість таких мереж у контексті їх впливу на здоров'я та соціальні наслідки й використовують їх як засіб впливу і стимулювання здорового способу життя. У багатьох аутріч-моделях використовується поєднання індивідуальних втручань і заходів на основі соціальних мереж.

Цільові групи

Аутріч-робота в першу чергу орієнтована на осіб в групі підвищеного ризику вживання наркотиків (як-от вживання ін'єкційних наркотиків або кількох різних наркотиків одночасно), яке часто пов'язане з розладами внаслідок їх вживання, особливо у важкодоступних спільнотах, які можуть не мати доступу до медичної допомоги та соціальних послуг, а саме:

- осіб, які не мають доступу до медичних послуг через надзвичайну бідність, соціальне відчуження та дискримінацію;
- осіб, які не визнають вживання наркотиків та пов'язані з ними розлади проблемою, або не є мотивованими на лікування, або утримуються від вживання наркотиків чи зменшують їх вживання;
- осіб з історією невдалого лікування та неодноразовими рецидивами вживання наркотиків, які зневірилися і недовіриливо ставляться до лікування;
- приховані групи осіб, які вживають наркотики, як-от жінки, секс-працівники, нелегальні іммігранти та особи, що проживають у віддалених районах;
- осіб, які демонструють поведінку, пов'язану з високим ризиком, наприклад, обмін голками або незахищений секс, пов'язаний із вживанням наркотиків;
- молодь, яка піддається впливу синтетичних наркотиків і не обізнана з можливими наслідками вживання наркотиків для здоров'я.

Цілі

Діяльність на рівні спільноти спрямована на виявлення цільових груп, залучення їх до лікування та надання їм безумовних послуг і втручань на рівні спільноти, включаючи заходи зі зменшення шкоди. Також, ця діяльність передбачає забезпечення і підтримку доступу до

наєвних методів лікування. Аутріч-робота можлива в будь-якій спільноті, включаючи «віртуальні» онлайн-спільноти.

В першу чергу аутріч-робота спрямована на встановлення контактів та надання послуг цільовим групам осіб, що вживають наркотики. Аутріч-робота передбачає створення доброзичливого і сприятливого середовища, щоб допомогти особам, які потребують допомоги, подолати їх побоювання і відсутність довіри.

На наступному етапі аутріч-працівники можуть починати розв'язування питань здоров'я та соціальних потреб споживачів наркотиків та допомагати запобігти несприятливим наслідкам, таким як передозування, інфекції, міжособистісне та фізичне насильство, сексуальна експлуатація, нещасні випадки, голодування, безпритульність та долучення до злочинної діяльності. Ініціативи щодо охорони та поліпшення здоров'я споживачів наркотиків у контексті громадського здоров'я завжди поширюються на аспекти здоров'я і добробуту громади.

З часом аутріч-працівники можуть мотивувати споживачів наркотиків почати робити позитивні зміни щодо вживання ними наркотиків і забезпечення здорового способу життя та добровільно брати участь у лікувальних заходах. Однак залучення осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, до лікування не є основним або єдиним напрямком аутріч-роботи.

Аутріч-послуги мають необхідний потенціал для відновлення зв'язку між цільовими групами та спільнотою – створюючи довіру в межах спільноти, зменшуючи стигму та дискримінаційне ставлення до цільових груп – і, зрештою, для досягнення загального позитивного впливу на спільноту.

Моделі та компоненти

Розроблено декілька моделей і типів аутріч-втручань. Як правило, різноманітність аутріч-стратегій віддзеркалює ймовірність охоплення цільових груп та надання їм послуг. Різноманітність також дозволяє встановити, яка конкретна аутріч-діяльність ймовірніше забезпечить оптимальну віддачу, та вибрати комбінацію аутріч-стратегій, які найкраще доповнюють одна одну.

Аутріч-програми можуть істотно відрізнитися одна від одної, залежно від місцевої ситуації, але, як правило, на основі попередньої місцевої оцінки, програма має забезпечити надання таких основних послуг:

- інформація про прив'язку до послуг що забезпечують основні потреби (безпека, вода, їжа, притулок, гігієна та одяг);
- програми обміну голоч та шприців;
- програми розповсюдження презервативів;
- запобігання, виявлення та лікування невідкладних станів у зв'язку з передозуванням, включаючи видачу налоксону додому;
- добровільне тестування та консультування на ВІЛ/гепатит;
- інформація про послуги з профілактики, діагностики та лікування ВІЛ/СНІД та взаємозв'язок між цими послугами;
- інформація про послуги з вакцинації (проти гепатиту В), профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів та взаємозв'язок між цими послугами;
- інформація про послуги з профілактики, діагностики та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, і туберкульозу, та взаємозв'язок між цими послугами;
- цільова інформація, освіта та комунікація для споживачів наркотиків та їхніх сексуальних партнерів, щодо впливу наркотиків, ризиків, пов'язаних із вживанням наркотиків, а також підходів до зменшення шкоди для здоров'я та соціальних проблем внаслідок вживання наркотиків;

- інформація про групи взаємодопомоги та їх доступність, як-от «Анонімні наркомани», «Нар-Анон», «Анонімні споживачі кокаїну» та інші групи «рівних рівним» і групи взаємодопомоги;
- антистигматичні заходи, підвищення та сприяння обізнаності у спільноті;
- скринінг і короткі втручання у зв'язку з проблемами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин;
- первинна консультативна допомога;
- інформація про доступ і основні медичні послуги (як-от лікування ран) та соціальна підтримка (зокрема, харчові продукти, засоби гігієни та притулок);
- кризові втручання;
- юридична підтримка;
- направлення на інші види лікування та догляду і послуги з управління процесом одужання;
- направлення до інших медичних та соціальних служб, в разі необхідності.

Документ ВООЗ, УНЗ ООН та ЮНЕЙДС Технічні настанови для країн з розробки цілей у рамках концепції забезпечення універсального доступу до профілактики, лікування та догляду у зв'язку з ВІЛ-інфекцією серед споживачів ін'єкційних наркотиків, вперше опублікований у 2009 році, пропонує для споживачів ін'єкційних наркотиків опис втручань на основі доказових даних для запобігання ВІЛ та деяких інших інфекцій, пов'язаних із вживанням ін'єкційних наркотиків, а також покращення доступу до лікування та догляду пацієнтів з ВІЛ.

Визначено три основні види аутріч-роботи: детач-аутріч, перипатетичний аутріч та доміциліарний аутріч.

Детач-аутріч - це робота, яка проводиться за межами будь-якої установи, наприклад, робота на вулицях, в барах, клубах, порожніх будинках або на залізничних станціях. Ця робота здебільшого мобільна і може виконуватися пішки або за допомогою спеціального транспортного засобу.

Доміциліарний аутріч - це робота, яка проводиться за місцем проживання цільових груп. Це важливо в районах, де немає вуличного ринку наркотиків або де споживачі наркотиків ізольовані від своїх спільнот через стигму та дискримінацію. Доміциліарний аутріч передбачає регулярне відвідування місць проживання ін'єкційних наркоманів.

Перипатетичний аутріч - це робота, яка проводиться у закладах: там, де або вже отримують доступ до деяких послуг (наприклад, програми обміну голок та шприців), або де є висока ймовірність зустріти цільові групи (наприклад, в'язниці, публічні будинки, притулки для бездомних або передмістя). Замість того, щоб зосереджуватися на окремих особах, перипатетична аутріч-робота спрямована на організації та установи, де можна знайти цільові групи населення. Перипатетична аутріч-робота робить акцент на розширенні кола осіб, яким надаються консультації з питань санітарної просвіти, та на розширенні аудиторії працівників і персоналу, які проводять інформаційно-просвітницьку роботу серед своїх клієнтів.

Аутріч-втручання зазвичай проводяться мобільним аутріч-підрозділом, командою, оснащеною мікроавтобусом або іншим мобільним транспортним засобом, що дає можливість надавати послуги ширшій групі осіб, особливо в сільській місцевості та приміських зонах великих міст.

Аутріч-центри анонімної допомоги можуть надавати аутріч- та/або низькопорогові послуги у спільнотах. Центри анонімної допомоги надають доступні та безперервні послуги, найчастіше цілодобово, для споживачів наркотиків, з якими контактують через детач-аутріч. Центри анонімної допомоги надають засоби першої необхідності, як-от їжа, одяг, предмети особистої гігієни та притулок. Ці центри можуть також надавати інформацію про медичну

допомогу та направлення, тестування на ВІЛ/гепатит, юридичні послуги, основну соціальну підтримку та інші додаткові послуги.

Аутріч-працівники повинні бути обізнані з місцевими спільнотами, в яких вони працюють і самі отримують медичні та соціальні послуги. Вони потребують відповідної підготовки з питань:

- налагодження довіри та надання точної інформації особам, які вживають наркотики;
- визнання та реагування на кризові ситуації;
- консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію/гепатит;
- надання підтримки для:
 - виявлення та лікування невідкладних станів у зв'язку з передозуванням,
 - профілактики й лікування ВІЛ, туберкульозу і вірусних гепатитів,
 - профілактики й лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом,
 - виявлення і лікування інших станів, включаючи психічні розлади та суїцидальну поведінку;
- забезпечення доступу до медичних і соціальних послуг у спільноті;
- підвищення обізнаності в спільноті та запобігання стигмі і дискримінації осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин;
- взаємодія з правоохоронними органами й системою кримінального правосуддя;
- ведення документації.

Ефективна аутріч-програма є гнучкою, адаптивною та чутливою до потреб осіб і груп (залежно від схем вживання наркотиків, віку, статі і соціального стану, крім іншого). Це гарантує конфіденційність осіб, які беруть участь у її діяльності. Крім того, програма повинна мати чітко визначені цілі і завдання, механізми моніторингу та оцінки, а також належно оформлену документацію.

Ключові вимоги аутріч-роботи на рівні спільноти

- Необхідно запровадити стратегії виявлення осіб у спільноті чи в громадських місцях, які потребують аутріч- або лікувальних втручань.
- Між медичними працівниками та правоохоронними органами повинні бути укладені домовленості, а також має бути взаєморозуміння переваг аутріч-роботи.
- Забезпечення доступу до «основних аутріч-втручань» (див. вище).
- Надання сприяння у проведенні ранніх втручань з метою лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин.
- Надання сприяння у проведенні ранніх втручань щодо груп з особливими потребами (включаючи вагітних жінок, працівників секс-індустрії, підлітків та безпритульних тощо).
- Поширення інформації про доступні послуги з лікування серед осіб і служб, які знаходяться в безпосередньому контакті з потенційними пацієнтами.
- Аутріч-працівники повинні сприяти добровільному доступу до лікування (за згодою пацієнтів) при розладах, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин.
- Наявність процедур консультування членів сім'ї і спільнот з питань підтримки долучення осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотиків, до програм лікування.
- Ведення обліку подальших направлень для забезпечення безперервності лікування.
- **Аутріч-працівники-партнери** повинні бути офіційно працевлаштовані та забезпечені всією необхідною підтримкою.
- Аутріч-служби повинні виконувати свою роботу відповідно до визнаних норм безпеки і проводити політику щодо створення безпечних умов праці та управління небезпечними ситуаціями.
- Спеціалізовані лікувальні втручання (як-от медичні втручання, відпуск медикаментів, психологічне консультування або психотерапія) завжди повинен здійснювати персонал, який має відповідну кваліфікацію та ліцензії.

- Аутріч-робота на рівні спільноти передбачає налагодження зв'язків та активну співпрацю зі спільнотами та зацікавленими сторонами поза сектором охорони здоров'я, включаючи: групи громадянського суспільства та НУО, які здійснюють втручання щодо вживання наркотиків; групи взаємодопомоги; духовних і громадських лідерів; навчальні, спортивні та рекреаційні заклади і організації; систему кримінального правосуддя тощо.

4.1.2 Неспеціалізовані заклади для лікування осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин

Опис

Неспеціалізовані заклади можуть сприяти у проведенні скринінгу, виявленні, запобіганні та лікуванні розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, а також у короткому втручанні та направленні на лікування, але вони не проєктуються і не призначені для надання спеціалізованого лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин. Це заклади з надання первинної медичної допомоги, невідкладної допомоги, лікарні загального профілю, заклади антенатальної допомоги, служби соціального забезпечення, медичні пункти шкіл, медичні служби пенітенціарних закладів та деякі заклади з надання психіатричної допомоги. Скринінг і короткі втручання можуть здійснюватися в терміновому порядку та в економічно ефективний спосіб, що спричиняє до мінімальних перебоїв у наданні інших послуг.

Цільові групи

Цільова група охоплює споживачів наркотиків, включаючи тих, хто відчуває несприятливі наслідки або має вже розвинені розлади, пов'язані з вживанням наркотичних речовин, але не звертається до спеціалізованих закладів охорони здоров'я. Такі заклади є прийнятними для осіб, які вживають наркотики або мають розлади, пов'язані з вживанням наркотичних речовин, включаючи тих, хто використовує шкідливі схеми вживання. Наркозалежні особи можуть потребувати направлення на більш комплексне лікування до спеціалізованих служб. Однак багато осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, можуть отримувати відповідне лікування у неспеціалізованих закладах з підтримкою, в разі необхідності, спеціалізованих служб з лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин.

Цілі

У контексті вживання наркотиків, головною метою закладів є своєчасне виявлення осіб, які вживають наркотики та осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, проведення втручань, щоб вмотивувати цих осіб до зміни поведінки та направити їх на спеціалізоване лікування, в разі необхідності. Для осіб, скринінг на вживання наркотиків яких дає позитивні результати, може бути доцільним та ефективним проведення короткого втручання без суб'єктивних оцінок, з метою мотивації. Скринінг також може сприяти виявленню осіб з розладами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин. Ранні втручання можуть запобігти ускладненням та прогресуванню до пізніх стадій розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, що, зрештою, може вимагати розширеного обстеження та направлення на спеціалізоване лікування. Неспеціалізовані заклади можуть бути зручно розташовані для забезпечення лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, включаючи фармакологічне лікування, зокрема, підтримувальне лікування опіоїдної залежності агоністами опіоїдів. Це потребує відповідної підготовки клінічного персоналу та підтримки з боку спеціалізованих наркологічних служб. За відсутності медичних закладів, спроєктованих і призначених для лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, неспеціалізовані заклади можуть функціонувати як основні лікувальні заклади з надання допомоги при розладах, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин.

Моделі та компоненти

Як правило, скринінг, короткі втручання та направлення на лікування (СКВНЛ) є основним підходом, що застосовується в медичних закладах, які не спеціалізуються на лікуванні розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин. Більш детальну інформацію про СКВНЛ див. в розділі 4.2.1 Систематичний скринінг всіх клієнтів рекомендований в умовах клінічного лікування з високою поширеністю вживання психоактивних речовин серед клієнтів, зокрема:

- заклади первинної медичної допомоги в економічно слабких районах;
- служби охорони психічного здоров'я без спеціалізованих програм лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин;
- заклади загальної практики, включаючи відділення невідкладної допомоги;
- клініки сексуального здоров'я;
- інфекційні клініки, служби діагностики та лікування ВІЛ/гепатиту/туберкульозу;
- соціальні служби та заклади соціального забезпечення, включаючи служби для осіб, які:
 - живуть в небезпечних умовах,
 - живуть і працюють на вулиці,
 - переводяться із закритих установ,
 - дотичні до системи кримінального правосуддя.

Інші заклади можуть вимагати проведення опортуністичного скринінгу на основі конкретних медичних або соціальних параметрів, пов'язаних із вживанням наркотиків або підвищеною ймовірністю їх вживання.

Показники ефективності СКВНЛ можуть охоплювати кількість скринінгів, завершених кожною підготовленою особою в межах закладу; частку пацієнтів, які мали позитивний результат скринінгу (незвично висока або низька кількість позитивних результатів скринінгу може вказувати на проблему); частку пацієнтів, які мали позитивний результат скринінгу та отримали принаймні один короткий сеанс втручання; частку пацієнтів, які мали позитивний результат скринінгу та отримали діагностичну оцінку і направлення на лікування; частку пацієнтів, направлених на лікування, які почали лікування.

Неспеціалізовані лікувальні заклади можуть відігравати важливу роль у наданні фармакологічного та психосоціального лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин. Це особливо актуально, коли зусилля з розроблення заходів протидії розладам, пов'язаним з вживанням наркотичних речовин, зосереджуються на спроможності закладів первинної медичної допомоги подолати наркоманію та розлади, пов'язані з вживанням наркотичних речовин. Підтримка з боку спеціалізованих закладів здійснюється згодом, на більш пізньому етапі. Багато пацієнтів з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, могли б отримувати відповідне лікування у неспеціалізованих закладах при менших загальних витратах для систем охорони здоров'я та клієнтів. Необхідно збільшити спроможність лікарів, медичних сестер, акушерок, клінічних психологів та соціальних працівників у сфері виявлення випадків вживання наркотиків і розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, та залучення пацієнтів до лікування та догляду, дотримуючись захисту конфіденційності даних і прав людини. Це має важливе значення для підвищення рівня охоплення послугами та якості лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин. Неспеціалізовані лікувальні заклади повинні мати можливість діагностувати, вести та, в разі необхідності, направляти пацієнтів у спричинених наркотиками гострих клінічних станах, як-от передозування, абстинентний синдром та наркотичні психози, до спеціалізованих медичних закладів. Важливо формалізувати взаємовідносини між надавачами послуг, а також узгодити процедури направлення і перенаправлення між різними рівнями надання послуг, щоб забезпечити ефективність роботи систем направлення.

Неспеціалізовані заклади реалізують важливу функцію надання та розповсюдження наукової інформації про вживання наркотиків та їхній вплив на здоров'я. Вони відіграють важливу роль у подоланні стигми та дискримінації у зв'язку з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин. Крім того, вони підвищують поінформованість громадськості про вживання наркотиків, їхній вплив на здоров'я та про наявні ефективні та етичні варіанти лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин.

Важливо забезпечити ефективну координацію та організаційні зв'язки між різними рівнями надання послуг. Спеціалізовані лікувальні заклади можуть надавати підтримку персоналу неспеціалізованих закладів, клієнтам яких потрібна консультація фахівця або додаткові послуги, включаючи комплексну діагностичну оцінку або спеціальні методи лікування. Це також можна зробити дистанційно, за допомогою мережевих або телекомунікаційних засобів, особливо в сільських та віддалених районах, де відсутні спеціалізовані наркологічні служби.

Основні вимоги до неспеціалізованих закладів для лікування осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин

- Заклади охорони здоров'я і служби в секторі охорони здоров'я та поза ним, які надають послуги групам з високою поширеністю вживання наркотиків та розладів, пов'язаних з їх вживанням, повинні мати можливість для скринінгу на вживання наркотиків та розлади, пов'язані з їх вживанням.
- Пацієнти в усіх закладах охорони здоров'я повинні проходити скринінг на вживання наркотиків та розлади, пов'язані з їх вживанням, коли є клінічні ознаки вживання наркотиків та їх впливу на здоров'я. Це слід робити з поінформованої згоди пацієнтів та у спосіб, що забезпечує дотримання конфіденційності, приватного характеру інформації та вподобань.
- Працівники закладів медичної й соціальної допомоги повинні пройти підготовку з питань скринінгу, коротких втручань та направлення на лікування пацієнтів з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, і мати доступ до безперервного навчання та нагляду.
- Ризики, пов'язані з СКВНЛ у зв'язку з вживанням наркотиків та розладами, пов'язаними з їх вживанням, необхідно пом'якшити та проводити лікування, дотримуючись прав та поважаючи гідність людини, включаючи гарантію конфіденційності даних про пацієнта.
- Скринінг і подальші лікувальні заходи повинні бути добровільними, виходячи з поінформованої згоди пацієнта та його права відмовитися від участі на будь-якому етапі.
- Неспеціалізовані заклади повинні мати можливість проведення діагностичної оцінки, ведення та, коли це необхідно, направлення на лікування пацієнтів у гострих клінічних станах, спричинених вживанням наркотиків.
- Формальна координація та взаємозв'язки повинні існувати між надавачами послуг, на додаток до процедур направлення і перенаправлення між різними рівнями надання послуг.
- Надання спеціалізованої допомоги, включаючи медичну, психологічну, психотерапевтичну, соціальну та освітню, завжди повинен здійснювати персонал, який має відповідну кваліфікацію та ліцензії.

4.1.3 Спеціалізоване амбулаторне лікування

Опис

Спеціалізовані заклади амбулаторного лікування, як правило, створюються на рівні спільноти, доступні для членів місцевої спільноти та проєктуються і призначені для лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин. Амбулаторні послуги істотно відрізняються за компонентами та інтенсивністю. Зазвичай амбулаторне лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, проводиться або медичними та

соціальними працівниками, які спеціалізуються на лікуванні розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, або в ширшому контексті лікування психічного здоров'я.

Основні лікувальні заходи, які зазвичай пропонуються в амбулаторних умовах, охоплюють:

- комплексну оцінку;
- психосоціальні втручання;
- медикаментозні втручання;
- лікування супутніх фізичних і психічних розладів та соціальну допомогу і підтримку.

Здійснюється оцінка усіх пацієнтів, і кожен пацієнт отримує індивідуальну програму лікування, яка регулярно переглядається. Планування виходу з програми повинно забезпечити безперервність лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, або управління процесом одужання та подальше направлення на лікування супутніх психіатричних та інших захворювань (за показанням).

Цільові групи

Спеціалізовані заклади амбулаторного лікування можуть забезпечити широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів та охопити широке коло осіб. На початковому етапі деякі втручання, як-от психологічна терапія, фармакотерапія або психосоціальні втручання можуть бути більш прийнятними для осіб, мотивованих до лікування. Однак, із додатковими заходами підтримки (зокрема, забезпечення житлом), амбулаторне лікування може принести користь більшості осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин (див. також піраміду надання послуг в главі 3).

Цілі

Основні цілі амбулаторного лікування полягають в тому, що допомогти пацієнтам припинити або зменшити вживання наркотиків; зменшити до мінімуму негативні наслідки вживання наркотиків для здоров'я і соціальної активності; виявити та забезпечити управління супутніми станами психічного і фізичного здоров'я; надати психосоціальну підтримку; зменшити ризик рецидиву і передозування; поліпшити добробут і соціальну активність у процесі довгострокового одужання.

Моделі та компоненти

Послуги й програми амбулаторного лікування істотно відрізняються, залежно від рівня інтенсивності послуг та діапазону втручань, які вони пропонують.

Високоінтенсивні програми

Такі програми, як інтенсивне денне лікування, передбачають взаємодію з пацієнтами (зокрема, щодня або кілька годин інтенсивного лікування протягом одного чи кількох днів на тиждень).

Середньо- та низькоінтенсивні програми

Втручання низької інтенсивності можуть передбачати щотижневі сеанси групової підтримки, індивідуальне психологічне лікування, просвіту з питань здоров'я та вживання наркотиків, підтримку рівних рівними та низькоінтенсивну соціальну підтримку.

Під час амбулаторного лікування медичні працівники можуть проводити регулярні обстеження пацієнтів на вживання наркотиків та інших психоактивних речовин, а також фізичного і психічного стану здоров'я пацієнтів. Поточна співпраця із суміжними службами надання допомоги є надзвичайно важливою і повинна охоплювати інтеграцію або зв'язок

амбулаторного лікування з медичними службами, які займаються лікуванням психічних розладів, ВІЛ, вірусного гепатиту, туберкульозу, інфекцій, що передаються статевим шляхом, а також іншими відповідними службами охорони здоров'я.

Необхідно забезпечити на постійній основі співпрацю зі службами соціальної підтримки та іншими відомствами, в тому числі в питаннях освіти, зайнятості, житла, правової допомоги, добробуту та соціальної підтримки осіб з обмеженими можливостями. Амбулаторні заклади повинні заохочувати пацієнтів до більш активної та дієвої участі в організації й проведенні лікування. Крім того, вони повинні використовувати як ресурс осіб з досвідом вживання наркотиків, лікування наркозалежності та осіб на етапі одужання.

Цілей лікування можна найкраще досягти, використовуючи, коли та якщо це доречно, комбінацію фармакологічних і психосоціальних втручань. В ідеалі, програми амбулаторного лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, повинні пропонувати широкий комплекс послуг для розв'язання різних проблем, що впливають на різні аспекти життя пацієнтів.

Компоненти та заходи в спеціалізованих амбулаторних закладах можуть охоплювати:

- комплексну медичну і психосоціальну оцінку при надходженні до стаціонару;
- розроблення індивідуальних планів лікування (на основі комплексних оцінок);
- постійне оцінювання, клінічну оцінку та огляд прогресу у стані пацієнта у планах лікування і активну участь пацієнта у прийнятті рішень щодо лікування;
- медикаментозну детоксикацію, якщо вона показана;
- психосоціальні лікувальні втручання при розладах, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин;
- фармакологічні лікувальні втручання при розладах, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, зокрема, започаткування підтримувального лікування агоністами опіоїдів, якщо показано;
- медикаментозне і психосоціальне лікування супутніх психічних і фізичних станів;
- встановлення контактів із сім'ями та знаковими особами у соціальній мережі пацієнта для залучення їх до поточного лікування;
- інтенсивну соціальну підтримку, включаючи забезпечення умов для проживання і працевлаштування;
- планування виходу з програми, яке передбачає запобігання рецидиву та передозуванню, направлення до інших служб; управління процесом одужання; продовження лікування супутніх психічних і фізичних станів (в разі необхідності).

Психосоціальні втручання

Психосоціальні втручання необхідно використовувати у програмах амбулаторного лікування для посилення мотиваційних, поведінкових, психологічних та соціальних факторів. Вони повинні мати демонстраційну здатність зменшувати вживання наркотиків, зводити до мінімуму супутні ризики, підвищувати прихильність до лікування, сприяти абстиненції та запобігати рецидивам. У розділі 4.2 наведено більш детальну інформацію про психосоціальні й поведінкові втручання.

Фармакологічні втручання

Медикаментозні засоби істотно сприяють веденню випадків та/або лікуванню різних розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, і станів, спричинених вживанням наркотиків, як-от гостра інтоксикація і передозування, абстинентний синдром, а також різноманітні супутні розлади. Фармакологічні втручання слід застосовувати, коли це необхідно, поряд із психосоціальними втручаннями. Більш детальну інформацію про фармакологічні втручання наведено в розділі 4.2.

Організація лікування

Спеціалізовані заклади амбулаторного лікування повинні мати розроблену структуру і систему управління з чітко окресленими характеристиками окремих посад і визначеними компетенціями персоналу. Методи добору, наймання та навчання персоналу повинні відповідати чинним законодавчим нормам і встановленим внутрішнім правилам. Організація послуг з лікування повинна враховувати потреби й чисельність пацієнтів.

Плани лікування необхідні, щоб забезпечити безперервність допомоги та альтернативні шляхи лікування в разі часткової або повної невдачі початкового плану лікування та виходу з програми лікування.

Для надання спеціалізованого лікування та догляду (зокрема, медичного, психологічного, психотерапевтичного, соціального та освітнього) потрібен персонал відповідної кваліфікації.

Лікування пацієнтів із супутніми захворюваннями повинно проводитися або на місці, в рамках комплексної системи надання послуг, або в інших місцях, як складова супутніх послуг і відповідної системи координації та направлення. Не варто очікувати на абстинентний синдром внаслідок скасування опіоїдів або інших психоактивних речовин, щоб почати лікування туберкульозу, гепатиту або ВІЛ-інфекції.

Примусовий вихід з програми лікування може бути виправданим з метою забезпечення безпеки персоналу та інших пацієнтів. Однак, до примусового виходу важливо вжити розумних заходів для виправлення ситуації, включаючи проведення повторної оцінки застосовуваного підходу до лікування. Недотримання правил програми лікування, як правило, не є підставою для примусового виходу з програми. Якщо вихід неминучий, слід докласти всіх зусиль для направлення пацієнта до інших закладів чи відділень допомоги.

Важливо обговорити випадки, коли працівник порушив права пацієнта, дати їм оцінку та зафіксувати вжиті заходи у відповідних документах.

Управління процесом одужання та соціальна підтримка

Підхід на основі управління процесом одужання передбачає поєднання різноманітних заходів з підтримки та зміцнення внутрішніх і зовнішніх ресурсів (або «капіталу одужання»), щоб допомогти пацієнтам добровільно й активно розв'язувати проблеми, пов'язані з вживанням наркотиків, контролювати схильність до рецидивів та покращувати здоров'я, добробут і соціальну інтеграцію. Деякі з цих заходів вже проводяться на рівні сім'ї пацієнта, найближчого оточення та спільноти, тоді як інші потребують розроблення. У розділі 4.2 наведено більш детальну інформацію про управління процесом одужання.

Основні вимоги до спеціалізованих амбулаторних закладів лікування

- Усі доступні послуги, процедури, стратегії і правила лікування, а також очікування пацієнта щодо програм повинні бути чітко окреслені та доступні (за згодою пацієнта та відповідно до його вподобань і потреб).
- Необхідно передбачити низку структурованих психосоціальних втручань, включаючи, без обмеження, різні форми індивідуального та сімейного консультування; психотерапію та психосоціальні втручання; а також соціальну підтримку в частині забезпечення житлом, роботою, освітою, соціальним пакетом та розв'язання правових питань.
- Фармакологічні варіанти лікування повинні бути доступними, включаючи симптоматичне лікування розладів, пов'язаних із вживанням стимуляторів, канабісу та інших наркотичних речовин (зокрема, розладів, спричинених вживанням полісубстанцій);

фармакологічне лікування у зв'язку з вживанням і скасуванням опіоїдів; налоксон при передозуванні.

- Вибір лікування та розроблення індивідуального плану лікування для особи з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, повинні спиратися на детальну оцінку потреб у лікуванні; придатності того чи іншого метода лікування для задоволення цих потреб; готовності пацієнта до лікування та доступності лікування. Усі пацієнти повинні мати індивідуальні плани лікування, які охоплюють деякі короткострокові цілі з урахуванням перспектив.
- Добровільне тестування на ВІЛ та поширені інфекційні захворювання повинно передбачатися у рамках індивідуальної оцінки, із консультуванням до та після тестування. Крім того, лікування пацієнтів в групі найвищого ризику зараження інфекцією гепатиту В передбачає вакцинацію проти гепатиту В.
- Пацієнтам з ВІЛ, гепатитом або туберкульозом необхідно призначити комплексне лікування або лікування у спеціалізованих медичних закладах, залежно від станів.
- Доступ до інших методів лікування, управління процесом одужання та психосоціальна підтримка пропонується пацієнтам в разі необхідності.
- Пацієнтам та їхнім родичам надається інформація про заклади екстреної допомоги, які працюють цілодобово.
- Пацієнтам із супутніми психіатричними та фізичними проблемами лікування та догляд надаються на місці або, в разі необхідності, у відповідних закладах за направленням.
- Лабораторні послуги повинні бути доступні для моніторингу результатів та дотримання призначеного курсу лікування, коли це необхідно.
- Пацієнти повинні проходити тестування на етапі початкової оцінки фактів недавнього вживання наркотиків (за згодою пацієнтів).
- Процес і результати лікування, що надається, оцінюються на періодичній або постійній основі.
- Планування виходу з програми повинно забезпечувати безперервність допомоги, управління процесом одужання та альтернативні шляхи, які можуть бути застосовані в разі часткової або повної невдачі лікування згідно з первинним планом.
- Як правило, недотримання програми лікування не повинно бути підставою для примусового виходу з програми лікування.
- Повинні бути визначені критерії управління конкретними ризиковими ситуаціями (зокрема, інтоксикацією або ризиком суїциду).
- Лікувальний заклад або програма повинні мати визначену структуру і засоби управління з чітко окресленими функціями та компетенціями у розрізі окремих посад та методи добору, наймання і навчання персоналу, які відповідають чинним законодавчим нормам і встановленим внутрішнім правилам.
- Випадки, пов'язані з порушенням прав пацієнта працівниками, та відповідні заходи, що були вжиті, повинні бути належним чином зафіксовані в особистих справах персоналу.
- Надання спеціалізованої допомоги, включаючи медичну, психологічну, психотерапевтичну, соціальну та освітню, завжди повинен здійснювати персонал, який має відповідні кваліфікацію та ліцензії.

4.1.4 Спеціалізоване короткострокове лікування в умовах стаціонару

Опис

Короткострокове лікування в умовах стаціонару - це середовище, в якому допомога надається цілодобово на рівні, що дозволяє лікувати гострі прояви розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, в тому числі ускладнені стани алкогольного сп'яніння, синдром скасування наркотиків або інші гострі клінічні стани, спричинені наркотиками, у тому числі ті, що можуть виникнути в перші дні і тижні після припинення вживання наркотиків (або полісубстанцій). Короткострокове лікування в умовах стаціонару може надаватися у спеціалізованих лікарнях, де проводиться лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, а також у психіатричних лікарнях або спеціалізованих відділеннях чи

на програмах загальнопрофільних лікарень, якщо вони мають належним чином підготовлений персонал та необхідне медичне обладнання.

Короткострокове лікування в умовах стаціонару дає можливість відмовитися від вживання наркотиків з мінімальним дискомфортом та ризиком для здоров'я шляхом тимчасового послаблення впливу середовищних стресорів на життя. Крім того, це дає можливість розпочати лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, та отримати необхідну психосоціальну підтримку, що може стати початком тривалого процесу одужання. Тривалість перебування в закладі зазвичай коливається від одного до чотирьох тижнів, виходячи з місцевої практики та клінічної ситуації. Залежно від виду наркотиків, абстинентний синдром та інші гострі стани здоров'я, спричинені наркотиками, а також їх лікування можуть нести значні ризики для здоров'я. Відповідно, короткострокове стаціонарне лікування вимагає ретельнішого медичного нагляду, ніж довгострокове стаціонарне лікування, яке, як правило, призначається після гострого періоду абстиненції (див. 4.1.5).

Цільові групи

Типова цільова група охоплює осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин (або полісубстанцій), у яких розвивається тяжкий абстинентний синдром після припинення вживання наркотиків або інші гострі клінічні стани, спричинені вживанням наркотиків. Скасування седативних та опіоїдних препаратів може мати тяжкі симптоми, особливо серед осіб, які застосовують великі дози седативних засобів (зокрема, бензодіазепінів або барбітуратів) або опіоїдів протягом тривалого періоду часу. Короткострокове лікування в умовах стаціонару також можна поєднати з початком підтримувального лікування опіоїдної залежності агоністами опіоїдів.

Будь-яка особа, схильна до тяжкого абстинентного синдрому після припинення вживання наркотиків (або полісубстанцій), або якщо вживання наркотиків (або полісубстанцій) несе значний ризик заподіяння шкоди, може потребувати короткострокового лікування в умовах стаціонару.

Рішення щодо вибору короткострокового лікування в умовах стаціонару або іншого виду лікування повинно враховувати такі критерії:

- вид наркотиків (або інших психоактивних речовин), які використовуються;
- ймовірність абстинентного синдрому;
- тяжкість і складність розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин;
- низький ефект від лікування в умовах амбулаторного або неспеціалізованого лікування;
- супутні медичні та соціальні проблеми;
- супутні психіатричні та фізичні стани.

Цілі

Короткострокове лікування в умовах стаціонару має на меті діагностувати та лікувати клінічні стани, спричинені вживанням наркотичних речовин; сприяти припиненню або зменшенню вживання наркотиків; розпочати лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин та мотивувати пацієнтів до продовження лікування після короткострокового стаціонарного лікування. Лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, може поєднуватися з психологічним і фармакологічним лікуванням на засадах доказової медицини, яке супроводжується, в разі необхідності, соціальною підтримкою. Медикаментозна детоксикація може проводитися в умовах короткострокового стаціонарного лікування. Попри те, що її можна успішно та безпечно проводити в амбулаторних умовах і з меншими витратами ресурсів, швидкість завершення детоксикації може бути нижчою. Наявні дані вказують на високі показники рецидиву вживання наркотиків після короткострокової детоксикації, особливо у випадках опіоїдної залежності. Відповідно,

детоксикація сама по собі не вважається ефективним лікуванням розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, і може призвести до підвищеного ризику передозування опіоїдами.

Моделі та компоненти

Досягнення терапевтичних цілей короткострокового стаціонарного лікування зазвичай вимагає комбінації заходів втручання, як от: фармакотерапія, психотерапія, психоосвіта, мотиваційне консультування і соціальна підтримка шляхом психосоціальних втручань. Інші можливі заходи втручання передбачають долучення до діяльності груп самопомоги або взаємодопомоги, доступні соціальні послуги та направлення для продовження лікування або управління процесом одужання після виходу з програми. Конкретні види та тривалість цих втручань змінюються залежно від характеру, складності і тяжкості розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, а також від наявності супутніх психічних та фізичних проблем.

Управління синдромом абстиненції та інших гострих клінічних станів, спричинених вживанням наркотиків

Нерозпізнаний та нелікований синдром абстиненції становить ризик виведення пацієнтів із процесу лікування. Тому в короткострокових програмах стаціонарного лікування має бути висококомпетентний персонал в питаннях діагностики та лікування абстинентного синдрому і гострих розладів, спричинених наркотиками, а також надання психосоціальної підтримки та фармакологічного лікування. Персонал закладів короткострокового стаціонарного лікування повинен мати можливість перевести пацієнтів з особливо важкими та комплексними станами на інший рівень надання допомоги. Більш детальна інформація про лікування абстинентного синдрому в розділі 4.2.3.

Лікування супутніх психічних і фізичних станів

Вживання різних наркотиків та алкоголю може спричинити або посилити психіатричні симптоми, які можуть зникнути при припиненні вживання наркотиків. В інших випадках психіатричні симптоми можуть зберігатися після припинення вживання психоактивних речовин і потребувати додаткової уваги при короткостроковому стаціонарному лікуванні. Див. розділ 4.2 для отримання більш детальної інформації про супутні проблеми психічного і фізичного здоров'я.

Управління процесом одужання і соціальна підтримка

Започаткування і проведення короткострокового стаціонарного лікування може бути важливим кроком у лікуванні розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин. Однак дуже важливо, щоб пацієнти підтримували сталу здорову поведінку після завершення стаціонарного лікування, оскільки ризик рецидиву і передозування істотно зростає відразу після виходу з програми. Тому необхідно продовжувати психосоціальні та орієнтовані на управління процесом одужання втручання після короткострокового стаціонарного лікування. Стратегії, які допомагають пацієнтам успішно перейти до наступного етапу лікування та допомоги, повинні бути вбудовані в ефективне лікування на основі плану надання допомоги та подальшої реабілітації. Це збільшує ймовірність підтримання фізичного і психологічного здоров'я. Працівники охорони здоров'я і соціальних служб повинні співпрацювати у сфері забезпечення пацієнтів необхідними ресурсами та надання допомоги при плануванні виходу із програми лікування в стаціонарному закладі для участі у довгостроковій реабілітаційній програмі, лікування в амбулаторних умовах або управління процесом одужання.

Після короткострокового стаціонарного лікування пацієнти повинні мати доступ до довгострокового медикаментозного лікування, якщо воно призначене; психосоціальної

підтримки та супроводу в системі соціальної допомоги з метою професійного навчання, стабільного житла та іншої підтримки, в разі необхідності; продовження лікування супутніх фізичних і психіатричних станів; інших заходів щодо профілактики передозування. Більш детальну інформацію про управління процесом одужання див. в розділі 4.2.6.

Компоненти лікування

Короткострокові програми стаціонарного лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин (та полісубстанцій), повинні охоплювати такі компоненти лікування:

- всебічна оцінка вживання наркотиків (та полісубстанцій), медична та психологічна оцінка, – зокрема, оцінка психічного і фізичного здоров'я;
- індивідуальні плани лікування;
- медикаментозне лікування абстинентного синдрому, якщо показано;
- ініціювання лікування опіоїдної залежності опіоїдними агоністами, якщо показано;
- втручання з метою сприяння мотивації пацієнтів змінити свою поведінку;
- контакт зі знаковими особами в соціальній мережі пацієнтів та їх долучення до плану лікування (за згодою пацієнта);
- обмін інформацією та налагодження зв'язків із групами взаємодопомоги;
- ініціювання психосоціальних або поведінкових заходів втручання щодо розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин;
- ініціювання (або направлення на) лікування пацієнтів із супутніми розладами психічного і фізичного здоров'я, якщо дозволяє час та умови;
- постійне оцінювання прогресу пацієнта на етапі планування та огляду лікування, а також клінічної оцінки, яка вбудована в програму;
- планування виходу з програми з профілактикою рецидивів та передозування; стратегія безперервного догляду після стаціонарного лікування (зокрема, підтримувальне медикаментозне лікування, якщо воно призначене); відповідний рівень психосоціального лікування; управління процесом одужання та безперервне лікування супутніх психіатричних і фізичних станів.

Потрібна всебічна медична та психосоціальна оцінка (бажано до або під час приймання на короткострокове стаціонарне лікування), яка допоможе визначити конкретні потреби кожного пацієнта та розробити індивідуальний план лікування. Оцінка повинна охоплювати історію психічного і фізичного здоров'я пацієнта, історію фармакологічного лікування, обстеження фізичного і психічного здоров'я, а також стандартну оцінку історії інфекційних захворювань. Крім того, може бути корисним проведення лабораторних досліджень, зокрема, аналіз сечі на наркотики та тестування на ВІЛ, гепатит або туберкульоз. В усіх випадках пацієнти повинні бути поінформовані про те, як виявити та діяти при передозуванні, а також отримувати інформацію про інші варіанти лікування, підтримки та догляду.

Підготовлений персонал може застосовувати стандартизовані методи оцінки для отримання більш детальної оцінки пацієнтів (див. розділ 4.2.1 щодо переліку інструментів оцінки).

Після приймання на короткострокове стаціонарне лікування пацієнтів слід контролювати кілька разів на день на наявність симптомів абстиненції та будь-яких гострих психічних або фізичних станів. Після стабілізації та усунення гострих проблем, необхідно зосередити щоденний моніторинг на психічному та фізичному стані пацієнта, а також на його мотивації та розробленні цілей і планів лікування після виходу з програми.

Критерії виконання програми та показники ефективності

Оцінка успішності завершення короткострокового стаціонарного лікування для кожного пацієнта проводиться на основі кількох факторів, а саме:

- придушення симптомів абстинентного синдрому;
- розуміння пацієнтом розладів вживання наркотичних речовин і пов'язаних з цим проблем;
- готовність брати участь у програмі подальшого лікування після виходу з програми довгострокової реабілітації або амбулаторного лікування;
- поліпшення фізичного і психічного здоров'я;
- зниження тяги до вживання наркотиків та розвиток навичок контролю над факторами (думками, емоціями та поведінкою), що призводять до вживання наркотиків.

Показники результатів можуть допомогти оцінити ефективність короткострокових програм стаціонарного лікування. Показники охоплюють частку пацієнтів, які беруть участь у подальшому лікуванні після виходу з програми, або пацієнтів, які утримуються або зменшують вживання психоактивних речовин на основі довгострокового спостереження, наприклад, протягом шести місяців (хоча цей тип показників результатів вимагає відстеження і тривалого спостереження за пацієнтами).

Основні вимоги до короткострокового лікування в умовах стаціонару

- Усі наявні послуги, процедури, критерії та правила лікування, а також очікування пацієнта від програми повинні бути чітко окреслені та доступні (за згодою пацієнта).
- Пацієнти повинні мати індивідуальні плани лікування, які регулярно переглядаються та оновлюються персоналом за участю пацієнта, щоб забезпечити належне лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, та супутніх станів здоров'я.
- Вибір способу лікування та розробка індивідуального плану лікування пацієнта з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, повинні спиратися на детальну комплексну оцінку вживання наркотичних та інших психоактивних речовин; стан здоров'я і психосоціальні проблеми; потреби у лікуванні; відповідність лікування потребам; згоду пацієнта на лікування та його доступність.
- Необхідно мати чітко визначені протоколи призначення лікарських засобів, психосоціальних та інших втручань, що відповідають конкретним потребам пацієнта, які спираються на результати досліджень або відповідають визнаним належним клінічним практикам.
- Необхідно запровадити протоколи управління конкретними ризиковими ситуаціями (включаючи інтоксикацію та суїцид).
- На території і поза територією установи мають бути доступні лабораторні та інші діагностичні об'єкти.
- Доступні послуги невідкладної допомоги або можливість транспортування пацієнта у відповідні заклади у разі небезпечних для життя ускладнень, пов'язаних з абстинентним синдромом або іншими станами.
- При розгляді процедури з відомими ризиками проводиться ретельна оцінка ризиків/користі, за підсумком якої відбирається варіант, що становить найменший ризик.
- Забезпечується доступ до груп самопомоги та інших груп підтримки. Незалежно від того, чи є абстиненція метою лікування, вживаються заходи зі зменшення шкоди внаслідок тривалого вживання наркотиків. (Серед іншого, заходи охоплюють здоров'я, здорове харчування, стерильне ін'єкційне обладнання, запобігання передозуванню та застосування налоксону.)
- Плани лікування забезпечують безперервність надання допомоги пацієнтам в умовах амбулаторного лікування, довгострокового реабілітаційного лікування або управління процесом одужання.
- Є взаємозв'язок між програмами лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, та іншими послугами з підтримки втручань щодо дітей та інших членів сім'ї споживачів наркотиків, які їх потребують.
- Проводиться періодична або постійна оцінка процесу і результатів наданого лікування.
- Визначається структура і засоби управління організацією або програмою лікування, з визначенням функцій і повноважень у розрізі конкретних посад та забезпеченням

відповідності методів наймання і навчання персоналу чинним правовим нормам і встановленим внутрішнім правилам.

- Ведення письмових або електронних записів пацієнтів із дотримання конфіденційності даних про пацієнта.
- Служба має політику щодо створення безпечних умов праці та способів управління небезпечними ситуаціями.
- Випадки, пов'язані з порушенням працівниками прав пацієнта реєструються в картотеці персоналу, в разі необхідності, і вживаються відповідні заходи.
- Спеціалізоване короткострокове лікування в умовах стаціонару розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, проводиться лише персоналом, який має відповідну кваліфікацію та ліцензії (наприклад, у медичній, психологічній, психотерапевтичній, соціальній та освітній галузях).

4.1.5 Спеціалізоване довгострокове або реабілітаційне лікування

Опис

Довгострокове або реабілітаційне лікування, як правило, передбачає послуги для осіб, які вживають наркотики або мають розлади, пов'язані з вживанням інших психоактивних речовин, проживають у спільному середовищі з іншими особами, які мають подібні стани. Ці особи експліцитно зобов'язуються утримуватися від вживання наркотиків, алкоголю та інших психоактивних речовин. Вони залишаються в реабілітаційному закладі та беруть участь в інтенсивній щоденній програмі. Програми передбачають широкий спектр втручань, що проводяться в різних місцях, зокрема, спільні збори і групову роботу; індивідуальні психосоціальні втручання; сімейну психосоціальну терапію; взаємодопомогу та самодопомогу; активну участь у житті спільноти; здобуття життєвих навичок і професійної підготовки. Приймання до програми лікування зазвичай вимагає визнання правил і норм лікувального закладу, який її реалізує.

Довгострокове реабілітаційне лікування відрізняється від лікування в умовах тимчасового проживання, яке в основному функціонує як форма лікування з проживанням на місці лікування, хоча пацієнти можуть відвідувати амбулаторні програми лікування. Крім того, заклади довгострокового або реабілітаційного лікування відрізняються від центрів примусового тримання під вартою осіб, які вживають наркотики, де зазначені особи утримуються без їх згоди та часто без належних процедур діагностичної оцінки та етичного і такого, що спирається на доказові дані, лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин.

Тривале перебування в реабілітаційному закладі або лікарні (як правило, протягом трьох місяців, а часто і набагато довше, залежно від потреб пацієнта) допомагає пацієнтам уникнути іноді хаотичного і стресового середовища, яке могло сприяти вживанню наркотиків. У новому терапевтичному середовищі, вільному від наркотиків, пацієнти більше не піддані впливу звичних тригерів, що спонукають їх до пошуку наркотиків, і їм простіше утримуватися від вживання психоактивних речовин і працювати над одужанням. Попри те, що традиційні моделі довгострокового реабілітаційного лікування охоплюють лише методи психосоціального лікування, сучасні підходи можуть передбачати використання медикаментів для зменшення тяги до наркотиків та лікування супутніх психіатричних симптомів.

Довгострокові реабілітаційні програми, зокрема модель терапевтичної спільноти, використовують програму спільного проживання, долучаючи інших клієнтів, персонал і соціальний контекст до активного лікування та управління процесом одужання. В довгострокових реабілітаційних програмах лікування існують правила і заходи, призначені для допомоги клієнтам реабілітаційних закладів у розвитку кращих навичок самоконтролю. Програми допомагають пацієнтам або клієнтам реабілітаційних закладів набути навичок контролю над тягою та запобігти рецидиву вживання психоактивних речовин, поліпшити

контроль імпульсів, відтермінувати потребу в отриманні задоволення від приймання наркотиків та розвинути нові міжособистісні навички. Крім того, вони допомагають розвинути особисту підзвітність, відповідальність, а також здатність впоратися зі стресом та покращити самооцінку. Заклад реабілітаційного лікування пропонує комплексні послуги, включаючи навчання професійних навичок, професійну підготовку, психосоціальну підтримку та, іноді, лікування розладів психічного здоров'я.

Інтенсивний і підтримувальний догляд, який пацієнти отримують в умовах реабілітаційних лікувальних закладів, вважається адекватним заходом протидії пережитому минулому, яке часто характеризується неналежним батьківським піклуванням, емоційною байдужістю, фізичним або сексуальним насильством, травмами, міжособистісним насильством та соціальним відчуженням.

Цільові групи

Програми довгострокового або реабілітаційного лікування в першу чергу призначені для осіб, які не вживають наркотики на час вступу на програму, але потребують інтенсивного і постійного лікування та догляду за розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, для розв'язання складних проблем зі здоров'ям та психосоціальних проблем, пов'язаних із зазначеними розладами. У них можуть виникнути серйозні труднощі з підтриманням абстиненції в умовах соціуму або амбулаторного лікування, і вони бажають добровільно брати участь у структурованій реабілітаційній програмі, яка дає можливість розпочати зміни в різних сферах життя та навчитися нових навичок, які допомагають підтримувати одужання, покращуючи якість життя та інтеграцію в суспільство.

Послуги реабілітаційного лікування, як правило, призначаються особам:

- з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин (або полісубстанцій), значного ступеня тяжкості, які впливають на їх освіту, працевлаштування і процес соціальної інтеграції;
- з важкими супутніми розладами фізичного і психічного здоров'я, які впливають на їх безпеку і добробут поза структурованими середовищами (і зазвичай потребують госпіталізації);
- з анамнезом невдалого лікування, які не піддавалися лікуванню або мали неодноразові рецидиви після короткострокового стаціонарного або амбулаторного лікування;
- з обмеженими особистими ресурсами/у маргіналізованому стані (включаючи доходи та житло);
- із соціальними та сімейними проблемами та обмеженою соціальною підтримкою;
- які є соціально ізольованими або соціально вразливими;
- яким не вдається розірвати зв'язки зі своїм оточенням та дистанціюватися від злочинних груп і мереж наркоторгівлі для досягнення цілей лікування;
- які добровільно хочуть утриматися від вживання наркотиків, визнають свої потреби та готові до кардинальних змін у способі життя та набутті нових навичок у реабілітаційному закладі.

Цілі

Основною метою довгострокового або реабілітаційного лікування є зменшення ризику повернення до активного вживання наркотиків, підтримання абстиненції, покращення здоров'я та особистісної й соціальної поведінки, а також сприяння реабілітації та соціальній реінтеграції. Конкретні цілі довготривалого лікування є такими:

- зменшити ризик рецидиву вживання психоактивних речовин;
- розвивати навички опанування потягу до наркотиків та стресовими ситуаціями в житті без наркотиків;

- забезпечити лікування та догляд за супутніми психіатричними та адиктивними розладами за допомогою психосоціальної терапії та, в деяких закладах, - фармакотерапії;
- покращити здоров'я, особистісну і соціальну активність, в тому числі в робочому середовищі;
- розвивати ефективні взаємостосунки з іншими людьми, а також міжособистісні та комунікативні навички, необхідні для формування кола друзів, які відмовились від вживання наркотиків;
- будувати здорове сімейне середовище та стосунки в сім'ї, включаючи зв'язки батьків та дітей; реінтегруватися у спільноту і сприяти соціальній зв'язності;
- набути нових соціальних навичок та здобути впевненість у собі, а також здобути визнання позитивної поведінки;
- набути навичок здорового способу життя, включаючи правильне харчування, стабільний режим сну/прокидання, регулярний моніторинг стану здоров'я і дотримання режиму лікування;
- вдосконалювати освіту та розвивати професійні навички для поступового відновлення контролю над своїм життям після завершення лікування.

Моделі та компоненти

Програми довгострокового лікування можуть відрізнятися підходами до лікування. Пацієнти зобов'язані утримуватися від вживання психоактивних речовин і, в разі необхідності, повинні пройти лікування абстинентного синдрому в межах одного лікувального закладу або в спеціалізованих стаціонарних чи амбулаторних закладах згідно з вимогами відповідних розділів цього документа (див. розділи 4.2.3).

Різноманітність моделей довгострокового реабілітаційного лікування є результатом розробки власного підходу лікувального закладу.

- До складу закладів входять автономні довгострокові лікувально-профілактичні центри або реабілітаційні відділення, створені спеціально для лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин. Зазначені відділення, як правило, мають власні принципи та підходи до лікування, які не є взаємозаперечними й охоплюють формальні терапевтичні спільноти, програми взаємодопомоги «12 кроків», реабілітаційні програми релігійних організацій та професійні програми.
- Програми лікування в умовах лікарні (як правило, у спеціальному відділенні або в психіатричній лікарні) можуть бути орієнтовані виключно на пацієнтів, які вживають наркотики, або пацієнтів із супутніми розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин (або полісубстанцій), та психіатричними розладами. Такі програми можуть бути терапевтичними спільнотами або лікарняними реабілітаційними програмами, які передбачають як фармакологічні, так і психосоціальні втручання.

Затримані особи з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, можуть отримувати послуги в рамках довгострокових реабілітаційних програм лікування в пенітенціарних закладах. Вони можуть бути організовані як терапевтичні спільноти або спеціальні програми реабілітації правопорушників із розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, як правило, у спеціалізованому відділенні в'язниці. Див. розділ 5.3, в якому наведено детальну інформацію про лікування осіб, дотичних до системи кримінального правосуддя.

Приймання

Різні види довгострокових реабілітаційних програм лікування можуть мати різні критерії приймання учасників. Добровільний запит або згода пацієнта на лікування в рамках довгострокової реабілітаційної програми є вимогою до усіх програм. Деякі служби можуть

вимагати від пацієнта відвідування відділення та його визнання групою спільноти. В інших службах рішення може залежати від медичного персоналу і пацієнта.

Кожна програма повинна мати політику приймання на основі добровільної письмової згоди пацієнта. Така політика повинна чітко описувати критерії прийнятності та виключення. Крім того, програми повинні мати письмову процедуру приймання / орієнтації, яка стосується всіх учасників реабілітаційної програми. Під час приймання нові учасники повинні отримати відповідний інструктаж, а також документацію програми, включаючи її цілі, методи лікування і правила. Важливо інформувати пацієнтів про їхні зобов'язання і права, недоторканість приватного життя, недискримінацію та конфіденційність. Необхідно інформувати пацієнтів про роль персоналу, основні положення і принципи програми щодо спілкування з відвідувачами і людьми поза програмою. Необхідно обговорити адміністративні деталі, як-от вартість програми і способи оплати. Політику і процедури приймання має добре знати персонал. Зрештою, необхідно обговорити і підписати договір про лікування, в якому чітко визначено всі послуги, процедури, політику і правила лікування, а також очікування пацієнта від програми.

Якщо потенційному пацієнту або клієнту реабілітаційного закладу відмовляють у прийманні до програми, йому та органу, який направив на лікування, надається вичерпне відповідне пояснення, в усній і письмовій формі, не порушуючи конфіденційність. Важливо зробити відповідне подальше направлення будь-якої особи, не прийнятої на програму. Персонал, який проводить оцінювання, співпрацюючи з наявною мережею служб, повинен бути обізнаний з відповідними альтернативними службами для направлень.

Деякі особи з особливими потребами у лікуванні та догляді можуть потребувати лікування в окремих довгострокових реабілітаційних лікувальних закладах. До таких осіб належать жінки, діти та підлітки, особи з подвійним діагнозом та особи з вадами розвитку. Якщо можливо, вони повинні мати доступ до спеціалізованих програм довгострокового лікування. Детальнішу інформацію про методи адаптації програм до груп з особливими потребами див. у главі 5.

Оцінка

До очної оцінки попередня оцінка може проводитися телефоном. У рамках довгострокових реабілітаційних програм лікування проводиться комплексна психосоціальна і медична оцінка кожного нового пацієнта, щоб визначити його індивідуальні потреби та відповідність вимогам програми. Пацієнти із тяжкими психічними та фізичними станами можуть потребувати лікування у закладах, які забезпечують належний рівень медичної й психіатричної допомоги. Для цього потрібна інформована згода пацієнтів.

Перша зустріч призначається для ознайомлення персоналу з потенційним клієнтом реабілітаційного закладу, а остання - з реабілітаційною програмою. Це перший крок у формуванні терапевтичного альянсу. Зустріч зазвичай дає можливість потенційним клієнтам реабілітаційного закладу вирішити, чи варто брати участь у програмі, а остання – вирішити, чи приймати потенційних клієнтів на програму.

Після того, як пацієнт надав свою згоду на участь у програмі, необхідно обговорити його потреби і призначення закладів і лікарів, що направляють. Обговорення повинні включати план лікування абстиненції, якщо воно необхідне.

Плани лікування розробляються на основі комплексних оцінок, бажано із застосуванням стандартних методів і процедур, як-от Індекс тяжкості залежності або Зведена міжнародна діагностична співбесіда – модуль розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин (перелік інструментів оцінки див. в розділі 4.2).

Важливе значення для оцінки мають такі аспекти:

- попереднє коротко- та довгострокове лікування та сприйняття попереднього лікування;
- загальний стан здоров'я, включаючи поточні проблеми зі здоров'ям та психічні, сенсорні або когнітивні розлади;
- психічне здоров'я, включаючи анамнез травм і зловживань (фізичного, емоційного та сексуального характеру), ризик насильства та суїциду, поточний психологічний та міжособистісний функціонал;
- поточні умови життя, включаючи безпечне розміщення і житло та систему підтримки за місцем проживання;
- сімейне життя, включаючи стосунки з біологічною родиною, інтимні стосунки та дітей-утриманців;
- дружні стосунки, включаючи стосунки «рівні рівним», позитивні або негативні впливи та осіб, які можуть підтримати тривалу абстиненцію;
- освіта і робота, включаючи досвід освіти і роботи, рівень професійної підготовки та потреби, дохід (легальний та нелегальний);
- проблеми із законом, включаючи причетність до злочинних дій, пов'язаних із вживанням наркотиків;
- дозвілля й хобі.

Лікування з проживанням протягом тривалого періоду часу дає змогу провести ретельну оцінку, а також оцінку після початкового періоду абстиненції, щоб упевнитися в тому, що перша оцінка не була спотворена ефектами інтоксикаційного або абстинентного синдромів і пацієнт повністю розуміє сутність лікування і здатен надати повністю свідому згоду на його проведення. Спільне проживання серед інших пацієнтів і персоналу дозволяє проводити оцінку рис характеру і функціоналу, що може бути дуже корисним при складанні індивідуально підібраного курсу лікування.

Участь у лікуванні

Вищі рівні участі у лікуванні можуть сприяти досягненню його більш позитивних результатів. Визначають такі змінні, що сприяють прихильності до лікування:

- рівень мотивації до початку лікування
- рівні вживання наркотиків або алкоголю до лікування
- історія дотичності до системи кримінального правосуддя
- міцність терапевтичного альянсу
- сприйняття корисності послуг з лікування і корисності лікування;
- співпереживання з боку обслуговчого персоналу.

Перші три тижні та, зокрема, перші дні тривалого реабілітаційного лікування характеризуються найвищим ризиком вибуття та рецидивів. Тому важливо, щоб клієнтам приділялася належна увага в індивідуальному порядку з акцентом на підвищенні мотивації до продовження лікування. Особливо в цей час у багатьох клієнтів реабілітаційних закладів може виникати психологічний стрес, пов'язаний із затяжною абстиненцією (безсоння, тривога, дратівливість і тяга до наркотиків). Вони можуть відчувати сумніви щодо доцільності відмови від наркотиків, а також труднощі з пристосуванням до правил програми.

Для розв'язання проблем з мотивацією та неоднозначністю щодо програми лікування персонал повинен зосередити увагу на таких аспектах:

- підтримувати доброзичливу і привітну атмосферу;
- на початку процесу створити терапевтичний альянс, побудований на довірі;
- швидко реагувати на прохання надати лікування, щоб максимально активізувати мотивацію пацієнта щодо участі у лікуванні;
- надавати інформацію про принципи програми, очікувані результати, підхід до лікування та управління процесом одужання, утримання та результати для здоров'я, а також

проблеми, з якими клієнти реабілітаційних закладів часто стикаються на перших етапах лікування;

- зосередження на безпосередніх інтересах клієнта, а не на інтересах програми;
- надання більш інтенсивної підтримки клієнтам у перші 72 години лікування, використовуючи такі методи як ретельне спостереження, підвищення загальної взаємодії та «робота в парі з досвідченим партнером» (робота нових клієнтів з досвідченим пацієнтом);
- розробка реалістичних та індивідуально підібраних планів і цілей лікування, які віддзеркалюють потреби клієнта і є досить гнучкими для адаптації у міру виконання клієнтом програми;
- створення усвідомлення однорідності клієнтів, зокрема, у процесі групової терапії;
- турботливий і шанобливий підхід в усіх аспектах програми лікування, оскільки протистояння часто призводить до гніву та дострокової відмови від лікування;
- об'єктивні зауваження щодо проблем і процесів змін з метою зміцнення репутації і довіри;
- розроблення мотиваційних стратегій, орієнтованих на конкретного пацієнта.

Терапевтичні втручання

Як мінімум, довгострокове реабілітаційне лікування повинно забезпечувати середовище вільне від наркотиків і алкоголю, можливості для індивідуальної психосоціальної підтримки, втручання з метою набуття життєвих навичок та різноманітні регулярні групові заняття, наприклад, ранкові заняття, неконфронтуючі групи, групи, створені з урахуванням їх гендерної належності, групи взаємодопомоги та підтримка рівних рівним. Реабілітаційні програми на базі лікарень також повинні забезпечити медичний і психіатричний догляд пацієнтів, індивідуальну і групову терапію, а також заняттями з членами сім'ї. Попри те, що деякі довгострокові програми реабілітаційного лікування забезпечують лише психосоціальне лікування, інші можуть запропонувати фармакологічну підтримку, включаючи підтримувальну терапію агоністами опіоїдів, якщо її призначено.

Довгострокові реабілітаційні програми можуть включати широкий спектр терапевтичних методів, як-от індивідуальні та групові психосоціальні втручання, навчання життєвим навичкам, професійно-освітня підготовка та оздоровчі заходи. Втручання на основі доказових даних, які регулярно застосовуються в амбулаторних умовах, також можуть бути адаптовані та залучені в умовах довгострокового стаціонарного лікування. До окремих застосованих психосоціальних методів лікування належить когнітивно-поведінкова терапія; терапія непередбачених ситуацій та терапія посилення мотивації; сімейна або поведінкова терапія пар; навчання соціальних навичок; інші методи, описані в розділі про терапевтичні втручання (див. розділ 4.2). Структуровані програми профілактики рецидивів є важливими складовими підготовки клієнтів реабілітаційних закладів до реінтеграції в суспільство. Терапевтичні втручання, як-от художня і творча терапія, рухова терапія, медитація, релаксація та фізичні навантаження (наприклад, фізичні вправи та командні види спорту) можуть допомогти пацієнтам освоїти і розвинути нові хобі і варіанти дозвілля, які сприятимуть підтриманню одужання і поверненню в соціум.

Оскільки зайнятість є важливим критерієм реінтеграції та управління процесом одужання, програмами передбачена підготовка клієнтів до працевлаштування шляхом надання освітніх і професійних послуг та професійного навчання. Професійні послуги охоплюють консультування з питань пошуку роботи, підготовку до співбесіди, навчання складанню резюме, а також написання заяви на приймання на роботу та працевлаштування. Професійна підготовка дозволяє клієнтам опанувати навичками та розвинути впевненість у собі. Робоча та освітня діяльність використовуються як терапевтичні втручання у поєднанні з іншими методами з метою підготовки клієнтів до повернення в соціум.

Як і в будь-яких інших умовах лікування, слід уникати жорстких вербальних конфронтацій або принижень. Також важливо уникати застосування каральних або обмежувальних

методів (включаючи фізичне обмеження) та будь-якого іншого втручання, яке загрожує безпеці або гідності особистості.

Документація пацієнта

Паперовий або електронний облік оцінок пацієнтів ведеться в конфіденційному порядку, документація зберігається в безпечному місці, і доступ до неї надається тільки для персоналу, який безпосередньо бере участь у лікуванні. Мінімальний обсяг документації є таким:

- згода пацієнта на лікування, засвідчена його підписом та згода дотримуватися правил програми
- підписання політики конфіденційності та етики
- оцінка пацієнта
- плани лікування і ведення для кожного клієнта
- регулярні огляди або оновлення планів лікування з внесенням детальних відомостей про лікування, досягнуті результати та будь-які зміни початкових цілей
- вихід пацієнта з програми із резюме про завершення лікування (узгодження змісту з пацієнтом).

Тривалість лікування

Довгострокове стаціонарне лікування повинно тривати принаймні три місяці і, найімовірніше, набагато довше, залежно від потреб пацієнта. Достатня тривалість та інтенсивність лікування збільшує шанси клієнтів консолідувати та інтерналізувати будь-які зміни в поведінці та їх готовність до життя без наркотиків у своїх спільнотах. Тривалість лікування, необхідна для досягнення цього етапу, є різною для кожного клієнта.

Вихід з програми та подальше спостереження

Багато пацієнтів потребують постійної фармакологічної і психосоціальної підтримки після виходу з програми довгострокового стаціонарного лікування. Ефективне управління направленням на подальше спостереження (або постійний догляд) має бути забезпечене для спостереження за клієнтами після виходу з програми. Детальніше про управління процесом одужання див. у розділі 4.2.6.

Укомплектованість персоналом

Укомплектованість лікувальних закладів довгострокової стаціонарної реабілітації залежить від типу послуг і категорії пацієнтів. Залежно від обсягу програми лікування, для надання оптимальної допомоги зазвичай потрібен багатопрофільний колектив кваліфікованих фахівців і волонтерів.

Терапевтичні спільноти та інші послуги з тривалого реабілітаційного лікування потребують певного медичного нагляду. Медики, включаючи психіатрів, якщо це можливо, повинні бути доступні на місці або за викликом протягом певної кількості годин щотижня. В реабілітаційних лікувальних закладах для осіб з тяжкими супутніми станами необхідно передбачити медичну допомогу на місці протягом дня та за викликом вночі.

Консультанти, медичні сестри та соціальні працівники повинні бути завжди присутніми на місці реалізації реабілітаційної програми. Колишні клієнти та особи, які перебувають на етапі одужання після розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, і працюють як штатний персонал, можуть бути корисним прикладом для наслідування. Бажано, щоб вони мали досвід роботи поза програмою лікування і проходили професійну підготовку консультанта або групового працівника. Бажано, щоб фахівці, які починають працювати у

рамках довгострокової реабілітаційної програми, долучились на певний час до роботи на програмі до наймання або негайно після цього.

Вимоги до безпеки

Усі стаціонарні програми реабілітації повинні забезпечувати безпечне середовище для персоналу і клієнтів, щоб створити психологічно та фізично безпечні умови проживання і навчання.

Фізичне середовище та зовнішній вигляд закладу, в якому реалізується програма, дуже важливі, оскільки клієнти будуть перебувати в програмі кілька місяців. Заклад повинен виглядати як затишне житло, а не в'язниця чи лікарня. Утримання від алкоголю і наркотиків є обов'язковою і контрольованою умовою. При цьому, психоактивні препарати, які використовуються під медичним наглядом для лікування психіатричних або адиктивних розладів, як-от антидепресанти, метадон або бупренорфін, не слід скасовувати, якщо скасування не показано з терапевтичних міркувань. Необхідно передбачити процедури зберігання, відпуску та введення призначених препаратів з метою їх контролю.

Деякі вчинки неприпустимі в програмі, наприклад, вживання наркотиків або алкоголю, насильство, крадіжки та сексуальні відносини між клієнтами, і можуть стати підставою для виходу з програми. Токсикологічне дослідження сечі, яке клієнти регулярно проходять після повернення до лікувального закладу після тимчасового від'їзду, а також при підозрі на вживання наркотиків, сприяє підтриманню вільного від наркотиків середовища. Необхідно передбачити процедури повідомлення про небезпечні випадки, як-от фізичне або сексуальне насильство, та їх контролю. Повинен бути чіткий порядок реагування на порушення правил і цінностей програми у спосіб, пропорційний конкретним обставинам. Контакти з відвідувачами слід обмежувати, контролювати або відстежувати, особливо на ранніх стадіях лікування.

Якщо пацієнта виведено з програми або не прийнято на лікування, його слід поінформувати про способи виявлення ознак та надання допомоги при передозуванні, а також про інші варіанти лікування, підтримки та догляду.

Критерії завершення програми та показники результативності

Оцінка успішності лікування та готовності до виходу з програми зумовлена низкою факторів, зокрема:

- поліпшення стану фізичного і психічного здоров'я;
- мотивація до продовження лікування та управління процесом одужання після виходу з програми;
- здатність та мотивація до роботи або освіти та внеску в життя соціуму;
- вдосконалені навички самоконтролю і вміння регулювати емоції;
- розуміння факторів і тригерів, що сприяють вживанню наркотиків та виникненню рецидивів, а також демонстрація навичок їх розпізнавання і контролю за тягою до наркотиків;
- поліпшення соціальних зав'язків, функціонування і готовності віддалитися від осіб, що вживають наркотики, до тих кіл, які цінують абстиненцію та управління процесом одужання;
- подальший розвиток нових навичок, хобі та інтересів після виходу з програми.

Деякі довгострокові реабілітаційні програми лікування передбачають перехідний етап або етап повернення в соціум, щоб підготувати клієнтів до виходу із програми. Під час цього етапу клієнти поступово проводять все більше часу поза лікувально-реабілітаційною спільнотою (в разі освіти або роботи), продовжуючи брати участь у програмі, як її учасники. Цей період посиленних контактів із зовнішньою спільнотою, зберігаючи при цьому безпеку,

стабільність та підтримку, що забезпечуються програмою, дозволяє клієнтам відпрацьовувати набуті навички, підтримувати абстиненцію, налагоджувати нові відносини й сприятливі дружні зв'язки та, у відповідних випадках, відновлювати зв'язки зі своїми близькими родичами.

Загальне функціонування та ефективність довгострокової реабілітаційної програми лікування можна оцінити за допомогою комбінації показників процесу (в тому числі, які послуги надаються або які цілі досягаються пацієнтами під час перебування на лікуванні) та об'єктивних оцінок довгострокових результатів після виходу з програми.

Показники можуть включати частку пацієнтів, які:

- завершили лікування;
- долучилися до подальшого лікування або управління процесом одужання після виходу з програми, наприклад, частка пацієнтів, які після виходу долучилися до програми спостереження;
- завершили лікування та підтримують абстиненцію в умовах спостереження (наприклад, із шестимісячними інтервалами), що підтверджується власними звітами та іншими маркерами одужання.

Основні вимоги до закладів довгострокової реабілітації

- Заклад довгострокової реабілітації має планову терапевтичну програму. Усі пацієнти проходять комплексну оцінку.
- Усі пацієнти мають письмовий індивідуальний та регулярно оновлюваний план лікування на основі їх оцінки.
- Є структурований та узгоджений щоденний графік групових заходів.
- Програма лікування має чіткий ланцюжок клінічної підзвітності.
- Є чітко визначені переваги з обґрунтуванням та способом їх розподілу.
- Заклад бере на себе відповідальність за покращення та підтримання стану фізичного здоров'я пацієнта.
- Є письмово оформлена політика, процедури та адекватний клінічний нагляд за фармакологічною терапією і введенням призначених лікарських засобів.
- Заклад має необхідне обладнання для підготовки клієнтів до самостійного життя у соціумі.
- Сертифіковані будинки-інтернати та інші заклади тривалого лікування відповідають національним мінімальним стандартам щодо житлових приміщень.
- Є визначені критерії виходу пацієнтів з програми, серед іншого, за порушення правил надання лікувальних послуг, насильство та продовження вживання непризначених препаратів.
- Є суворий кодекс етики для персоналу. Доцільно створити зовнішню раду для здійснення нагляду, забезпечуючи тим самим, щоб директори та працівники закладів довгострокового лікування дотримувались належної практики та етики й утримувалися від зловживання владою.
- Є визначені критерії втручання в конкретні ризикові ситуації (наприклад, інтоксикація та ризик суїциду).
- Рішення про вихід з програми приймається з урахуванням стану одужання пацієнта.
- Увага приділяється подальшому лікуванню й підтримці (з боку сім'ї, соціальних служб та ін.), які можуть бути необхідні на підставі діагнозів, цілей та ресурсів пацієнтів.
- Розроблено плани лікування, які передбачають альтернативні тактики, яких дотримуються в разі часткової або повної невдачі первісного плану або виключення з медикаментозного лікування.
- Надавач послуг має політику щодо безпечних умов праці та управління небезпечними ситуаціями.

- Визначено структуру і засоби управління програмою довгострокового лікування, яка прописує функції та компетенції у розрізі окремих посад та забезпечує відповідність методів добору, наймання та навчання персоналу чинним законодавчим нормам і встановленим внутрішнім правилам.
- Паперовий або електронний облік оцінок пацієнтів ведеться в конфіденційному порядку.
- Випадки, пов'язані з порушенням прав пацієнта працівниками, і заходи яких було вжито, в разі необхідності, фіксуються в обліковій документації персоналу.
- Спеціалізоване лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, проводиться лише персоналом, який має відповідну кваліфікацію та ліцензії (наприклад, у медичній, психологічній, психотерапевтичній, соціальній та освітній галузях), і завжди за згодою пацієнта.

4.2 Методи лікування і втручання

4.2.1 Скринінг, короткострокові втручання та направлення на лікування

Опис

Скринінг, коротке втручання та направлення на лікування або скринінг та короткі втручання - це втручання на основі доказових даних, яке використовується для виявлення, зменшення та запобігання розладам, пов'язаним з вживанням наркотичних речовин, зокрема у лікувальних закладах, які не спеціалізуються на лікуванні зазначених розладів (WHO, 2016). Усі медичні працівники можуть поліпшити свою роботу, долучившись до навчання з СКВНЛ, зокрема, персонал, який працює з групами з високою поширеністю вживання наркотичних речовин або з особами, які мають розлади, пов'язані з їх вживанням.

Скринінг

Скринінг - це короткий процес виявлення показників, що вказують на наявність конкретного стану. Ці показники віддзеркалюють потребу особи в лікуванні та визначають, чи є ретельна оцінка обґрунтованою (SAMHSA, 2015). Інструменти скринінгу, що використовуються для цих цілей, можна згрупувати у дві категорії, а саме:

Інструменти самозвіту (інтерв'ю, анкети для самозвіту)

Біологічні маркери (рівень алкоголю у крові, вміст наркотиків у слині або сечі, серологічний тест на наркотики).

Перевага інструментів самозвіту полягає у відсутності необхідності втручання в організм (неінвазивність) та низькій вартості. Позитивні характеристики інструменту самозвіту такі: короткий за часом, легкий у використанні та нескладний для пацієнта, спрямований на виявлення алкоголю та інших психоактивних речовин, а також клінічно чутливий та достатньо конкретний для виявлення осіб, які потребують короткострокового втручання чи направлення на лікування.

Для того, щоб підвищити точність інструмента самозвіту, важливо, щоб пацієнт мав гарантії конфіденційності, опитування необхідно проводити в умовах, що сприяють чесним відповідям, і ставити чітко сформульовані та об'єктивні запитання.

Є ціла низка перевірених інструментів для скринінгу розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, як-от: скринінг-тест на алкоголь, куріння та вживання наркотиків (ASSIST), інструмент скринінгу на основі доказових даних, розроблений та рекомендований BOO3 (WHO, 2010a). Інструмент ASSIST складається з восьми запитань стосовно вживання алкоголю, тютюну та наркотиків (включаючи ін'єкційні наркотики). Запитання визначають

небезпечне, шкідливе або залежне використання для людини. Розроблений спеціально для закладів первинної медичної допомоги, рекомендований для співбесіди або самооцінки.

Після скринінгу, для отримання більш детальної оцінки пацієнтів, можуть використовуватися додаткові інструменти, включаючи Індекс тяжкості залежності (ASI або IT3) (McLellan, Luborsky & Woody, 1980), який оцінює ступінь тяжкості розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних та інших психоактивних речовин, і супутніх проблем (включаючи психіатричні, фізичні та сімейні проблеми). Якщо пацієнт не перебуває у стані гострої абстиненції, можна розглянути структуроване інтерв'ю для виявлення психічних розладів, використовуючи такі інструменти, як Коротке міжнародне нейропсихіатричне інтерв'ю (MINI або КМНІ) (Sheehan et al, 1998; Sheehan, 2016), Структуроване клінічне інтерв'ю для виявлення психічних DSM-5-розладів (SCID або СКІД) (First et al, 2015) або Структурований міжнародний діагностичний опитувальник-програму з питань наркозалежності (CIDI-SAM або СМДО-ПНЗ) (Cottler, 2000). Вони надзвичайно корисні для діагностики розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, а також для виявлення супутніх психічних станів.

Попри те, що біологічні маркери можуть бути корисними в рамках СКВНЛ, коли пацієнт не в змозі відповісти на запитання під час особистого інтерв'ю (наприклад, перебуваючи в непритомному стані у відділенні інтенсивної терапії), для отримання результатів скринінгу потрібна інформація. Однак, інструмент скринінгу для самозвіту бажано використовувати для пацієнтів у стадії свідомості.

Коротке втручання

Коротке втручання – це структурована терапія короткої тривалості (як правило, 5-30 хвилин), яка має на меті допомогти особі припинити або зменшити вживання психоактивних речовин, або (рідше) вирішити інші аспекти життя. Воно призначене в першу чергу для застосування лікарями загальної практики та іншими працівниками первинної медичної допомоги (WHO, 2001; WHO, 2010b). Дотримуючись орієнтованого на клієнта та заснованого на сильних сторонах підходу, пацієнти мають змогу і мотивацію брати на себе відповідальність за процес зміни поведінки щодо вживання психоактивних речовин. За наявності та необхідності, короткострокові втручання можуть бути подовжені на один або два сеанси, щоб допомогти пацієнтам розвинути навички та ресурси, необхідні для змін або для подальшого контролю з метою оцінки необхідності в подальшому лікуванні.

Ефективне короткострокове втручання потребує кількох основних кроків. По-перше, лікар загальної практики зачіпає тему вживання наркотиків у контексті здоров'я і добробуту пацієнта, а також впливу на ситуацію, в якій пацієнт опинився. Оскільки дискусія орієнтована на пацієнта, лікар вислуховує його і застосовує такі методи, як узагальнення та рефлексія, для забезпечення зворотного зв'язку. Пацієнту пропонують розповісти про зміни та встановити реалістичні цілі. Сеанс закінчується підбиттям підсумків і наданням схвальних відгуків лікарем загальної практики, щоб спонукати пацієнта узяти на себе відповідальність за зміну своєї поведінки.

Компоненти ефективних короткострокових втручань підсумовані в системі FRAMES:

- **F**eedback - забезпечення зворотного зв'язку щодо особистого ризику або погіршення здоров'я;
- **R**esponsibility – акцент на власній відповідальності
- **A**dvice – надання рекомендації щодо можливих змін;
- **M**enu – пропозиції щодо альтернативних підходів до лікування та самопомоги;
- **E**mpathic – емпатичне ставлення;
- **S**elf-efficacy - віра у власну спроможність до змін.

ВООЗ рекомендує такий дев'ятикроковий підхід до короткострокових втручань після скринінг-тестування - ASSIST (WHO, 2010b):

- запитати клієнтів, чи цікаво їм бачити свої оцінки в опитувальнику ASSIST;
- використовувати звітну картку зворотного зв'язку ASSIST для забезпечення персоналізованого зворотного зв'язку з клієнтами щодо їх оцінок;
- надання рекомендацій щодо зменшення ризику, пов'язаного з вживанням наркотиків, що дозволяє клієнтам нести всю відповідальність за свій вибір;
- запитати клієнтів, наскільки вони стурбовані своїми оцінками;
- зважування позитивних і негативних аспектів вживання наркотиків;
- узагальнення та аналіз висловлювань клієнтів про вживання ними наркотиків з акцентом на «негативних аспектах»;
- запитати клієнтів, наскільки вони стурбовані негативними аспектами;
- надання клієнтам матеріалів для домашнього використання з метою посилення ефекту короткого втручання.

Направлення на лікування

Особи, які пройшли скринінг, за підсумками якого у них встановлено клінічно значущий розлад, пов'язаний з вживанням наркотиків або полісубстанцій, або серйозний супутній стан фізичного або психічного здоров'я, негайно направляються на лікування в найбільш прийнятний для цього заклад. Прискорити направлення можна, записавши пацієнта на приймання до лікувального закладу в його присутності, використовуючи стратегію «навігаторів пацієнта», які супроводжують пацієнта до лікувального закладу, контролюючи його прийняття на програму лікування. Найбільш ефективний метод направлення передбачає ініціювання та лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, в умовах закладу, який проводить СКВНЛ.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ВООЗ

(Настанови mhGAP з надання допомоги у зв'язку з психічними та неврологічними розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я, 2012 р.)

- Особам, що вживають канабіс і психостимулятори, у разі їх виявлення у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я, пропонується короткострокове втручання. Коротке втручання складається з одного сеансу тривалістю 5-30 хвилин, включаючи індивідуальний зворотний зв'язок та рекомендації щодо зменшення або припинення вживання канабісу/психостимулятора і подальших заходів.
- Особи з поточними проблемами, пов'язаними з вживанням канабісу або психостимуляторів, які не піддаються лікуванню у рамках короткого втручання, направляються на спеціалізоване обстеження.

4.2.2 Психосоціальні втручання на основі доказових даних

Опис

Психосоціальні методи втручання використовуються в амбулаторних програмах лікування для розгляду мотиваційних, поведінкових, психологічних та інших психосоціальних факторів, пов'язаних з розладами, спричиненими вживанням наркотиків. Ці втручання виявились ефективними щодо зменшення вживання наркотиків, сприяння абстиненції та запобігання рецидиву. Психосоціальні втручання також можуть застосовуватися для посилення прихильності до лікування та дотримання режиму приймання прописаних медикаментів. Широкий спектр розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин,

потребує інших втручань. З-поміж них ефективними виявились такі: психоедукація; когнітивно-поведінкова терапія; мотиваційне інтерв'ю; терапія за участю близького соціального оточення; терапія посилення мотивації; сімейна терапія; ситуаційний вплив; діалектична поведінкова терапія; когнітивна терапія на основі усвідомленості; терапія прийняття та прихильності; когнітивно-поведінкова терапія, орієнтована на травми; групи взаємодопомоги (включаючи групи 12-ти кроків); підтримка в питаннях забезпечення житлом і працевлаштування тощо (WHO, 2016).

Когнітивно-поведінкова терапія

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) спирається на розуміння того, що поведінкові моделі і когнітивні процеси вживання наркотиків є результатом набуття навичок, який можна скоригувати. У процесі лікування пацієнти знайомляться з новими навичками подолання труднощів і когнітивними стратегіями для заміни деструктивних моделей поведінки й мислення. Структура сеансів КПТ представлена набором конкретних цілей, які мають бути досягнуті на кожному сеансі з акцентом на невідкладних проблемах, з якими стикається пацієнт. КПТ може застосовуватися як короткостроковий підхід, який можна адаптувати до широкого кола пацієнтів та умов і застосувати як до індивідуальних, так і до групових сеансів лікування. КПТ сумісна з низкою інших психосоціальних і фармакологічних методів лікування.

Ситуаційний вплив

У процесі ситуаційного впливу (СВ) пацієнти отримують конкретні грошові винагороди для підтримки позитивної поведінки (абстиненція, відвідування лікування, дотримання режиму приймання медикаментів) або своїх конкретних цілей лікування. Для забезпечення ефективності СВ необхідно мати узгоджений позитивний результат з об'єктивним заходом (як правило, токсикологічне тестування сечі та негативний результат скринінгу на вживання наркотиків) та негайний зворотний зв'язок. Результати тестів на наркотики є показником прогресу лікування і можуть обговорюватися на терапевтичних сеансах для кращого розуміння стану пацієнта. Метод СВ часто використовується як частина лікування, яка фокусується на підтримці нових форм поведінки, що суперечать вживанню наркотиків, і може поєднуватися з КПТ.

Серед пацієнтів, до яких застосовувався метод СВ, відмічено вищий показник відмови від вживання наркотиків у процесі лікування порівняно з пацієнтами, до яких застосовувалися інші методи лікування. Разом з тим, малоймовірно, що ці ефекти зберігатимуться без використання СВ у комбінації з іншими підходами до лікування. Метод СВ виявився особливо корисним у лікуванні пацієнтів з розладами, пов'язаними з вживанням амфетаміну і кокаїну, сприяючи зниженню відсотка тих, хто відмовився від лікування і зменшив вживання наркотиків. Інші дослідження показали, що СВ, при якому використовувалися ваучери для винагороди пацієнтів за значні досягнення в лікуванні, вплинув на розширення участі споживачів наркотиків в лікуванні. Попри те, що метод грошової винагороди використовується в багатьох наукових випробуваннях, важливо адаптувати використання ситуаційного впливу до культури і населення за участю пацієнтів.

Терапія за участю близького соціального оточення

Терапія за участю близького соціального оточення - це поведінковий підхід до зменшення вживання наркотиків, при якому особи з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, прагнуть змінити спосіб взаємодії зі своїм соціальним оточенням, щоб отримати більше позитивного підкріплення від таких взаємодій. Практики терапії за участю близького соціального оточення заохочують клієнтів до прогресивної розробки цілої низки приємних немедичних заходів, як-от позитивна сімейна взаємодія, здорова соціальна діяльність або зайнятість. Стратегії терапії за участю близького соціального оточення передбачають розвиток навичок (комунікаційних, соціальних, професійних, розв'язання проблем, відмови від наркотиків та запобігання рецидивам) в осіб з розладами, пов'язаними з вживанням

наркотичних речовин; заохочення клієнтів до зосередження на кожному аспекті життя, важливому для їх щастя, та співпрацю з членами сім'ї й іншими членами спільноти клієнта з метою заохочення їх до більш позитивної взаємодії.

Мотиваційне інтерв'ю та мотиваційно-стимулююча терапія

Мотиваційне інтерв'ю - це метод психосоціального втручання з метою підвищення мотивації до зміни поведінки, який передбачає співпрацю, спонукає до роздумів та визначає автономність пацієнта. Спеціаліст виконує консультативну, а не авторитарну функцію і прагне зрозуміти, що цінно для пацієнта. Цей процес викликає почуття емпатії (співпереживання) і формує терапевтичний альянс, який може стимулювати зміни поведінки. Пацієнт може зрозуміти, що поведінка, пов'язана з вживанням наркотиків, суперечить речам, які для нього важливі.

Мотиваційне інтерв'ю також є перспективним підходом до зменшення таких форм ризикової поведінки, як незахищений секс та обмін голками. При легких формах вживання наркотиків достатньо провести один-два сеанси мотиваційного інтерв'ю. Мотиваційне інтерв'ю може бути розширене до шести і більше сеансів (цей підхід називається терапією посилення мотивації) для лікування тяжких розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин.

Сімейно-орієнтовані підходи до лікування

Сімейно-орієнтовані формальні підходи до лікування - це сукупність методів, які визнають важливість сімейних стосунків і культур для поведінки. Підходи застосовують або використовують сімейні системи або стосунки, щоб позитивно впливати на поведінку членів сім'ї з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин. Поняття сім'ї може включати багато сімейних стосунків, а саме: подружні пари без дітей, традиційні нуклеарні або розширені сім'ї, партнери, що живуть спільно з дітьми або без них, неповні сім'ї та «змішані» сім'ї, в яких є партнери з дітьми від попередніх стосунків.

Сімейно-орієнтовані підходи до лікування довели свою ефективність у підвищенні зацікавленості до лікування, зменшенні вживання наркотиків та розширенні участі у подальших програмах допомоги порівняно з лікуванням, орієнтованим на окремого пацієнта. Сімейно-орієнтовані підходи особливо корисні в питаннях просвіти пацієнтів і членів їхніх сімей щодо характеру розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, та процесу одужання. До ефективних сімейно-орієнтованих підходів до лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, належать: поведінкова терапія сімейних пар, короткострокова стратегічна сімейна терапія, функціональна сімейна терапія, мультисистемна сімейна терапія та багатоаспектна сімейна терапія.

Мультиаспектна сімейна терапія вважається особливо ефективною для лікування канабіоїдної залежності в підлітковому віці. Поведінкова терапія сімейних пар досліджувалася більше як частина лікування алкогольної залежності та пацієнтів з розладами, пов'язаними з вживанням опіоїдів і кокаїну, і також може застосовуватися до лікування інших розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин.

Робота з сім'єю з використанням таких підходів, як одностороння сімейна терапія або терапія за участю близького соціального оточення та сімейне навчання також може бути корисною, коли пацієнт відмовляється від лікування. УНЗ ООН розробила загальнодоступні навчальні матеріали² щодо сімейної терапії для лікування розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин серед підлітків.

Коли це можливо і доречно, сім'ї та опікуни осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, повинні брати участь у процесах лікування та підтримувати їх,

² Доступні за посиланням: https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/Updated_Final_UNFT_to_share.pdf.

дотримуючись конфіденційності інформації про пацієнтів. Це передбачає обмін достовірною інформацією про розлади, пов'язані з вживанням наркотичних речовин, та їх лікування (з урахуванням питань конфіденційності); оцінку потреб особистісного, соціального і психічного здоров'я; полегшення доступу до груп підтримки сімей та опікунів (за наявності) та інших соціальних ресурсів.

Групи взаємодопомоги

Групи взаємодопомоги, як-от «Анонімні наркомани», програми підтримки рівних рівними «12 кроків» та інші організації, побудовані за принципом «рівні рівним», або організації взаємодопомоги можуть надавати підтримку особам з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин. Такі групи надають інформацію, забезпечують структуровані заходи та підтримку рівних рівним в неупередженому середовищі. Необхідно надати пацієнтам інформацію про місцеві групи взаємодопомоги, а також їхні контактні дані. Постачальники послуг можуть також сприяти взаємодії з пацієнтами шляхом безпосереднього направлення пацієнтів до представників місцевих доступних ініціатив з підтримки рівних рівними та підтримання постійних тривалих контактів з ними.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ВООЗ

(Настанови mhGAP з надання допомоги у зв'язку з психічними та неврологічними розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я, 2012 р.)

- Психосоціальні втручання, в тому числі ситуаційний вплив, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) та сімейна терапія, можуть бути запропоновані для лікування залежності від психостимуляторів.
- Психосоціальні втручання на основі когнітивно-поведінкової терапії, мотиваційно-стимулювальної терапії (МСТ) або сімейної терапії можуть бути запропоновані для лікування канабіоїдної залежності.
- Психосоціальні втручання, включаючи когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), терапію сімейних пар, психодинамічну терапію, поведінкову терапію, терапію за участю найближчого соціального оточення, ситуаційний вплив і мотиваційні втручання, а також групова терапія «12 кроків» можуть застосовуватися для лікування алкогольної залежності.

4.2.3 Фармакологічні втручання на основі доказових даних

Опис

Медичні препарати можуть бути дуже дієвим засобом стримування розвитку та/або лікування низки розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, як-от наркотична інтоксикація, передозування, абстинентний синдром, залежність, та спричинених або пов'язаних з наркотиками психіатричних розладів. Фармакологічні втручання необхідно застосовувати одночасно з психосоціальними втручаннями.

Фармакологічні втручання для лікування абстинентного синдрому

Нерозпізнаний та нелікований синдром абстиненції призводить до ризику виведення пацієнта із програми лікування. Лікування абстиненції, також відоме як «детоксикація», як правило, є першочерговою проблемою, якщо пацієнт має недавній анамнез тяжкої і часто затяжної залежності від опіоїдів, алкоголю, бензодіазепіну, барбітурату або полісубстанцій. Це вимагає створення протоколів скасування на основі доказових даних, на підставі яких

фармакотерапія застосовується у поєднанні з відпочинком, харчуванням та мотиваційними консультаціями.

Скасування опіоїдів

Фармакологічне лікування опіоїдної абстиненції передбачає короткострокове лікування метадоном і бупренорфіном або агоністами альфа-2-адреностимулюючої дії (клонідин або лофексидин). Якщо жодного з них немає, іншим варіантом може бути зменшення дози слабких опіоїдів, а також медичні препарати для лікування конкретних симптомів при їх появі. Однак особи з опіоїдною залежністю, як правило, краще реагують на тривале лікування агоністами опіоїдів, оскільки детоксикація сама по собі спричиняє до більшого ризику передозування.

Основною метою лікування абстиненції є стабілізація фізичного і психологічного стану пацієнта під час лікування симптомів припинення або зменшення вживання наркотиків. Необхідно провести лікування абстиненції до початку подальшого лікування антагоністами опіоїдів. Однак в цей час пацієнти є особливо вразливими, оскільки недавні періоди відмови від вживання наркотиків є основними факторами ризику смерті від передозування опіоїдами через зниження стійкості та серйозну небезпеку неточного розрахунку дози опіоїдів. Зменшення щоденних доз метадонону і бупренорфіну (при їх наявності) під наглядом протягом одного-двох тижнів може безпечно та ефективно застосовуватися з метою детоксикації. В інших випадках можуть використовуватися клонідин або лофексидин у малих дозах або поступове зменшення слабкіших опіоїдних препаратів у поєднанні зі специфічними препаратами для лікування симптомів опіоїдного абстинентного синдрому при їх появі. Однак лікарі-клініцисти повинні призначати седативні препарати лише протягом коротких періодів і ретельно стежити за реакцією на лікування, оскільки триваліше приймання деяких препаратів може спричинити звикання та нецільове використання. Ефективність лікування може підвищуватися, якщо у процесі лікування абстиненції надається психологічна допомога.

Якщо можливо, налоксон видається особам з опіоїдною залежністю і членам їхніх сімей додому, при цьому вони повинні пройти навчання реанімаційним заходам у разі передозування.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ВООЗ

(Настанови ВООЗ щодо фармакологічного лікування опіоїдної залежності із заходами психосоціального супроводу, 2009 р.)

- Послуги щодо лікування опіоїдного абстинентного синдрому повинні бути структуровані таким чином, щоб лікування абстинентного синдрому не було самостійною послугою, а було інтегровано у вже розпочаті методи лікування.
- Лікування опіоїдного абстинентного синдрому необхідно планувати в комбінації з вже розпочатим лікуванням.
- Для лікування опіоїдної абстиненції, як правило, призначаються опіоїдні агоністи зменшуваними дозами, попри те, що можна також призначати агоністи альфа-2-адреностимулюючої дії.
- При лікуванні опіоїдної абстиненції лікарям-клініцистам не слід призначати комбінацію опіоїдних антагоністів із сильною седативною дією.
- При лікуванні опіоїдної абстиненції лікарям-клініцистам не слід, в порядку звичайної практики, призначати комбінацію опіоїдних антагоністів і мінімальну седативну дозу.
- Психосоціальна підтримка повинна пропонуватися в порядку звичайної практики, в комплексі з фармакологічним лікуванням опіоїдної абстиненції.

Скасування седативних, снодійних або анксиолітичних препаратів

Пацієнтів, допущених до участі в програмі лікування, слід запитати про вживання полісубстанцій, включаючи вживання алкоголю і седативних препаратів, та здійснювати моніторинг стану пацієнтів на предмет появи симптомів абстиненції або проводити профілактичне лікування, якщо пацієнт знаходиться в групі високого ризику скасування седативних, снодійних або анксиолітичних препаратів (тривале або у великих дозах вживання, або історія попередніх епізодів абстинентного синдрому).

Синдром скасування седативних, снодійних або анксиолітичних препаратів можна ефективно лікувати бензодіазепінами тривалої дії, починаючи з дози, достатньої для полегшення симптомів, з поступовим зниженням протягом декількох днів або тижнів. Необхідно здійснювати моніторинг стану пацієнтів на предмет появи тяжких симптомів алкогольної абстиненції або відмови від седативно-снодійних препаратів, включаючи судоми, серцево-судинну недостатність та делірій. Необхідно забезпечити, щоб лікування не просто продовжувало вживання седативно-снодійних препаратів.

Скасування стимуляторів

Синдром скасування стимуляторів визначено не так чітко, як синдром скасування депресантів центральної нервової системи. Однак, скасування стимуляторів проявляється помітною депресією, яка супроводжується нездужанням, інертністю та нестабільністю настрою. Фармакологічне лікування синдрому скасування стимуляторів, якщо воно показано, повинно бути симптоматичним або орієнтованим на придушення симптомів.

Скасування канабісу

Синдром скасування канабісу, який супроводжується безсонням, головними болями, пригніченим настроєм та дратівливістю, може виникнути в активних споживачів. Фармакологічне лікування скасування канабісу, якщо воно показано, повинно бути симптоматичним або орієнтованим на придушення симптомів.

Інші психоактивні речовини

Полегшення симптомів скасування інших психоактивних речовин, включаючи нові психоактивні речовини, повинно спиратися на (нові) доказові дані щодо найкращих практик.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ВООЗ

(Настанови mhGAP з надання допомоги у зв'язку з психічними, неврологічними та адитивними розладами у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я, 2012 р.)

- Ведення пацієнтів із синдромом скасування канабісу, кокаїну або амфетамінів найкраще проводиться у сприятливому середовищі. Жодні конкретні препарати для лікування синдрому скасування цих наркотиків не рекомендовані.
- Полегшення симптомів (наприклад, збудження, порушення сну) може досягатися застосуванням симптоматичних препаратів на період синдрому скасування. Рідше, під час скасування, може виникати депресія або психоз, у цих випадках пацієнт потребує ретельного моніторингу та звернення за допомогою до відповідних фахівців, якщо вони є.
- Ведення пацієнтів із синдромом скасування бензодіазепінів найкраще проводити у плановому (виборному) порядку із застосуванням тактики поступового зменшення дози протягом 8-12 тижнів і переходу на бензодіазепіни тривалої дії, а не використання короткодійних препаратів. Психосоціальна підтримка корисна для осіб, які перебувають у режимі поступового зменшення дози. Синдром скасування

бензодіазепіну, якщо його не контролювати, може бути тяжким; якщо при раптовому скасуванні цих препаратів розвивається (або виникає непередбачувано) сильна абстиненція, потрібна консультація фахівця щодо початку режиму седації бензодіазепіну у високих дозах та госпіталізації.

- В осіб, які відмовляються від бензодіазепінів, наявність ознак фізичної коморбідності (зокрема, судом або хронічного болю) або психіатричної коморбідності може бути додатковим показанням до госпіталізації.

Фармакологічні втручамодеління для лікування опіоїдної залежності

Розлади, пов'язані з вживанням опіоїдів, як правило, мають хронічний перебіг з рецидивами, отже, для осіб, які припинили та бажають не повертатися до вживання опіоїдів, необхідно проводити довгострокове лікування з метою профілактики рецидивів. Лікування з метою профілактики рецидивів має передбачати фармакотерапію у комбінації з психосоціальною підтримкою. Результати лікування, яке передбачає тільки психосоціальні методи, нижчі, ніж при лікуванні, в яке також включені відповідні медичні препарати.

Є дві основні фармакологічні (терапевтичні) стратегії, які застосовуються для лікування опіоїдної залежності (WHO, 2009).

- Підтримувальна терапія агоністами опіоїдів (ПТАО) тривалої дії (метадон або бупренорфін) у комбінації з психосоціальною допомогою є найбільш ефективною фармакологічною терапією опіоїдної залежності.
- Детоксикація з подальшим лікуванням з метою профілактики рецидивів із застосуванням антагоніста опіоїдних рецепторів (налтрексон) особливо корисна для пацієнтів, мотивованих на утримання від вживання опіоїдів

Підтримувальна терапія агоністами опіоїдів

Основною метою ПТАО є зменшення або припинення немедичного використання опіоїдів і пов'язаних з цим ризиків та підтримка відмови від вживання, запобігаючи симптомам абстиненції, а також зменшення до мінімуму тяги до наркотиків та послаблення дії інших опіоїдів в разі їх вживання.

Усі пацієнти, які отримують ПТАО, повинні мати доступ до психосоціальних втручань та підтримку у процесі одужання. Для забезпечення такої підтримки слід встановити зв'язок між різними методами лікування. Як правило, недотримання лише правил програми лікування не повинно бути підставою для примусового виведення з програми лікування. Однак, до початку примусового виведення з програми лікування слід вжити розумних заходів для поліпшення ситуації, в тому числі шляхом повторної оцінки використовуваного підходу до лікування. Якщо виведення з програми неминуче, важливо докласти максимум зусиль, щоб направити пацієнта до інших закладів або секторів допомоги та запобігти передозуванню.

Підтримувальне лікування метадоном

У порівнянні з немедикаментозним лікуванням лікування пацієнтів метадоном відрізняється значним зменшенням вживання героїну та інших наркотиків, нижчим рівнем смертності, меншою кількістю медичних ускладнень, нижчими показниками передачі ВІЛ та гепатиту, зниженням рівня злочинної діяльності та підвищенням соціальної й професійної активності.

На початковому етапі лікування важливо дотримуватися загального правила «поступового підбору мінімальної дози» метадонону. Після безпечного введення початкової дози, слід підібрати оптимальну дозу для довгострокового підтримувального лікування, щоб запобігти тязі та вживанню незаконних опіоїдів. Необхідно поступово коригувати початкову дозу у напрямку її збільшення до рівня оптимальної дози, яка виключає тягу до опіоїдів, не

викликаючи при цьому седативного ефекту або почуття ейфорії, що забезпечує оптимальне функціонування пацієнтів в усіх сферах життя. Лікар повинен скорегувати дозу у напрямку збільшення, якщо пацієнт вживає героїн та у напрямку зменшення, якщо пацієнт вживає будь-які заспокійливі препарати або готовий припинити лікування.

Ефективність доз метадонової терапії залежить від окремих факторів, як-от здатність метаболізувати медикаменти та порушення метаболізму, спричинені іншими медичними препаратами (наприклад, препаратами для лікування ВІЛ-інфекцій і туберкульозу, психіатричних або серцево-судинних розладів), які можуть змінити рівень метадону в плазмі крові. Для підтримання адекватних рівнів у плазмі та уникнення симптомів скасування опіоїдів важливо щодня вводити метадон і проводити регулярний моніторинг пацієнтів на предмет дотримання режиму приймання препаратів. На початковому етапі лікування метадон вводиться під наглядом. Після стабілізації стану пацієнта можна почати видачу доз додому з урахуванням місцевого законодавства та індивідуальної оцінки ризику і користі.

Одним зі способів зменшення використання метадону не за призначенням є видача спостережуваної дози додому за умови низької ймовірності її використання не за призначенням.

Бупренорфін і комбінація бупренорфін+налоксон

Підтримувальне лікування бупренорфіном і метадоном має подібні цілі та принципи. Однак, на відміну від методу, рекомендованого для введення метадону («поступовий підбір мінімальної дози») бупренорфін необхідно вводити швидко, переходячи до оптимальної дози, коли перша доза виявиться добре переносимою. Це пояснюється тим, що при введенні бупренорфіну ризик токсичності є порівняно низьким через часткову дію агоніста препарату.

У порівнянні з метадоном, бупренорфін менше взаємодіє з іншими загальнозастосовними препаратами. Як і у випадку з метадоном, дози бупренорфіну слід вводити під наглядом, поки стан пацієнта не буде стабільним. Потім можна видавати дози додому, з урахуванням місцевого законодавства та індивідуальної оцінки ризику і користі.

Для запобігання немедикаментозному використанню бупренорфіну, в тому числі ін'єкційного і таблетованого, препарат також існує у комбінації бупренорфін+налоксон. Ця комбінація робить його менш привабливим для немедичного застосування, а застосування може спричинити симптоми абстиненції, в разі ін'єкції. Оскільки сублінгвальна рецептура може зайняти до 15 хвилин для повного розчинення в роті, також була розроблена плівкова композиція, яка твердне при контакті з водою і робить ін'єкцію набагато складнішою.

Лікування антагоністом опіоїдних рецепторів (налтрексоном)

Лікування антагоністом опіоїдів тривалої дії (налтрексоном) можна розпочати лише після детоксикації осіб, які утримувалися від вживання опіоїдів протягом тижня і більше (як правило, тих, хто залишає реабілітаційне лікування). Налтрексон застосовується для профілактики рецидивів; він блокує дію опіоїдів на один - два дні. Якщо пацієнти не є достатньо мотивованими, рівень відмови від лікування може бути високим.

Налтрексон може бути корисним для пацієнтів, які:

- не мають доступу до лікування з використанням агоністів;
- мають сильну мотивацією до утримання від всіх опіатів;
- не можуть проходити лікування з використанням агоністів через побічні ефекти;
- успішно проходять лікування з використанням агоністів, але хотіли б перервати його і бути захищеними від рецидивів.

Налтрексон випускається у формі таблеток для перорального приймання щодня або тричі на тиждень для підтримання ефективної концентрації речовини в плазмі крові, необхідної для отримання терапевтичного ефекту. Налтрексон також випускається у формі депопрепаратів пролонгованої дії (у вигляді ін'єкцій або як імплант), разова доза яких може підтримувати терапевтичний рівень речовини в організмі протягом трьох-шести тижнів. В обігу перебуває низка налтрексонових імплантів, які, як повідомляють, мають навіть більшу тривалість блокування опіоїдів.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ВООЗ

(Настанови ВООЗ щодо фармакологічного лікування опіоїдної залежності із заходами психосоціального супроводу, 2009 р.)

- Психосоціальне фармакологічне лікування не повинно бути обов'язковим.
- Лікування повинно бути доступним для малозабезпечених верств населення.
- Фармакологічне лікування опіоїдної залежності повинно бути широко доступним, включаючи лікування в умовах закладів первинної медичної допомоги. Пацієнтів із супутніми захворюваннями можна лікувати у закладах первинної медичної допомоги, якщо є необхідний доступ до консультації фахівця, в разі необхідності.
- На момент початку надання послуги з лікування необхідно мати реалістичну перспективу щодо фінансової життєздатності послуги.
- Основні варіанти фармакологічного лікування повинні складатися з підтримувального лікування агоністами опіоїдів та послуг з лікування опіоїдної абстиненції. Як мінімум, це буде включати або метадон, або бупренорфін для підтримувального лікування агоністами опіоїдів та амбулаторного лікування абстинентного синдрому.
- Щоб досягти оптимального охоплення і результатів лікування, лікування опіоїдної залежності повинно надаватися безкоштовно або покриватися державним медичним страхуванням.
- Фармакологічне лікування опіоїдної залежності повинно бути доступним для всіх, хто його потребує, включаючи осіб, які перебувають у пенітенціарних закладах та інших закладах закритого типу.
- Варіанти фармакологічного лікування передбачають як метадон, так і бупренорфін для підтримувального лікування агоністами опіоїдів та лікування опіоїдної абстиненції, агоністами альфа-2 адреностимулюючої дії для лікування опіоїдної абстиненції, налтрексон для профілактики рецидивів та налоксон для лікування передозування.
- Дози метадону і бупренорфіну слід контролювати під безпосереднім наглядом у ранній фазі лікування.
- Для опіодозалежних пацієнтів, до початку підтримувальної терапії опіоїдними агоністами слід розглянути фармакотерапію антагоністами з використанням налтрексону після припинення симптомів опіоїдної абстиненції.
- Дози додому рекомендовано брати, коли доза та соціальна ситуація стабільні і коли існує низький ризик вживання не за призначенням.
- Пацієнтам можуть бути надані дози додому, коли переваги від зменшення частоти відвідувань перевищують ризик вживання не за призначенням, за умови регулярного огляду.
- Для забезпечення максимальної безпеки та ефективності підтримувальних програм лікування агоністами, політики та правила повинні заохочувати до гнучкості при доборі дози (низькі початкові дози й високі підтримувальні дози), без обмежень щодо рівня дози та тривалості лікування.
- Психосоціальна підтримка повинна бути доступною для всіх опіодозалежних пацієнтів у поєднанні з фармакологічними методами лікування опіоїдної залежності.
- Для всіх пацієнтів ведеться сучасна медична документація, яка охоплює, як мінімум, анамнез, клінічне обстеження, дослідження, діагностику, стан здоров'я і соціальний

статус, плани лікування та їх перегляд, направлення, підтвердження наявності згоди, призначені медичні препарати та інші отримані види лікування. Слід забезпечити конфіденційність записів пацієнтів.

- Примусове виведення з програми лікування може бути виправданим в інтересах забезпечення безпеки персоналу та інших пацієнтів. Однак, до примусового виведення важливо вжити розумних заходів для поліпшення ситуації, включаючи повторну оцінку застосовуваного підходу до лікування.
- Органи охорони здоров'я повинні забезпечити наявність у лікарів достатніх навичок та кваліфікації для належного контролю за вживанням психоактивних речовин. Ці вимоги можуть передбачати післядипломну освіту та сертифікацію, безперервну освіту і ліцензування та виділення фінансування для моніторингу й оцінки.
- Необхідно запровадити документовані процеси безпечних і законних закупівель, зберігання, видачі та дозування медичних препаратів, зокрема метадону та бупренорфіну.
- Необхідно запровадити систему моніторингу безпеки послуг з лікування, включаючи оцінку ступеня вживання препаратів не за призначенням.

Фармакологічне лікування розладів, пов'язаних із вживанням психостимуляторів

Психостимулятори, як-от амфетаміни та кокаїн, є одними з найчастіше використовуваних та проблемних психоактивних речовин у багатьох регіонах світу. Сьогодні немає жодного медикаментозного препарату з доведеною стабільною ефективністю при лікуванні розладів, пов'язаних із вживанням психостимуляторів. Фармакологічні препарати, що застосовуються, насамперед застосовуються для лікування супутніх психіатричних розладів та симптомів абстиненції.

При виявленні симптомів синдрому скасування стимулятора припустимо призначення симптоматичних препаратів, однак лікарі-клініцисти повинні призначати ці препарати з обережністю, лише на короткий термін, і уважно стежити за реакцією на лікування, оскільки при тривалому застосуванні може виникати ризик розвитку толерантності та використання препарату не за призначенням.

Нейролептики та седативні препарати можуть використовуватися для лікування психотичних синдромів, що виникають при гострій інтоксикації. Оскільки понад половина пацієнтів з розладами, пов'язаними з вживанням психостимуляторів, обтяжені супутніми психіатричними розладами (наприклад, значний депресивний розлад, біполярний розлад або шизофренія), відповідні психотропні препарати відіграють важливу роль у лікуванні таких пацієнтів. Часто пацієнти з розладами, пов'язаними з вживанням психостимуляторів, є споживачами полісубстанцій і можуть мати додаткові розлади (включаючи алкогольну або опіоїдну залежність), спричинені вживанням інших речовин, які слід лікувати з використанням фармакологічної, а також психосоціальної терапії.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ВООЗ

(Настанови mhGAP з надання допомоги у зв'язку з психічними, неврологічними та адитивними розладами у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я, версія 2.0, 2016 р.)

- Для лікування залежності від психостимуляторів можуть призначатися психосоціальні втручання, включаючи лікування гострих станів, когнітивно-поведінкова терапія (ТГС) та сімейна терапія.

- Дексамфетамін не рекомендовано призначати для лікування розладів, пов'язаних із вживанням стимуляторів у неспеціалізованих закладах.

Фармакологічні втручання для лікування розладів, пов'язаних із вживанням канабісу

На сьогодні, затвердженого фармакологічного лікування розладів, пов'язаних із вживанням канабісу, не існує, і основним підходом залишається психосоціальне лікування. У разі виникнення абстинентного синдрому, припустимо призначення симптоматичних препаратів для придушення симптомів абстиненції, якщо це необхідно. Однак лікарі-клініцисти повинні призначати психоактивні препарати лише на короткий термін і ретельно стежити за реакцією на лікування, оскільки тривале використання може підвищити ризик розвитку толерантності та використання не за призначенням.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ВООЗ

(Настанови mhGAP з надання допомоги у зв'язку з психічними, неврологічними та адитивними розладами у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я, версія 2.0, 2016 р.)

- Для лікування залежності від канабісу можуть застосовуватися психосоціальні втручання на основі когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), мотиваційно-стимулювальної терапії (МСТ) або сімейної терапії.

4.2.4 Виявлення та лікування передозування

Передозування опіоїдами

Опіоїди є потужними депресантами дихальної функції, і передозування опіоїдами, що призводить до пригнічення дихання і смерті, є основною причиною летальних випадків пов'язаних із вживанням опіоїдів. Особи з опіоїдною залежністю - це група, яка найімовірніше матиме передозування, особливо якщо опіоїди вводяться шляхом ін'єкцій або використовуються у поєднанні з іншими седативними речовинами, що мають потенціал пригнічення дихання (наприклад, алкоголь, бензодіазепіни або барбітурати). Знижена толерантність після періоду абстиненції значно підвищує ризик передозування опіоїдами. Періоди підвищеного ризику припадають на перші тижні після проведення детоксикації у стаціонарному або реабілітаційному закладі або після припинення лікування наркотичної залежності з використанням налтрексону; звільнення з місць позбавлення волі.

Передозування опіоїдами можна виявити за сукупністю трьох симптомів: сильно звужені зіниці, втрата свідомості та пригнічення дихання. Запобігти смерті від передозування опіоїдами може екстрена реанімація із проведенням заходів щодо базового життєзабезпечення та/або своєчасне введення налоксону. Налоксон (антагоніст опіоїдів) – з лікувальним засобом порятунку життя, який може за лічені хвилини повністю усунути наслідки передозування опіоїдами, і включений до Типового списку основних лікарських засобів ВООЗ. Враховуючи багаторічну історію клінічної ефективності препарату та надзвичайно рідкісні побічні ефекти, налоксон має бути в усіх медичних закладах, зазначених в цьому документі, та в усіх закладах охорони здоров'я, які можуть проводити лікування передозування опіоїдами. Попри те, що доступ до налоксону часто обмежений медичними працівниками, люди, які можуть бути свідками передозування опіоїдами, наприклад, аутріч-працівники, поліція, колеги, близькі друзі і члени сім'ї, повинні мати доступ до налоксону та отримувати інструктаж щодо його застосування у гострих станах при підозрі на передозування опіоїдами (WHO, 2014a).

Налоксон призначається внутрішньом'язово, підшкірно та внутрішньовенно або інтраназально. Інтраназальні препарати налоксону є більш концентрованими, ніж ті, що використовуються для ін'єкцій, оскільки слизова порожнини носа може всмоктати разово обмежену кількість рідини, тому дози, що застосовуються при інтраназальному введенні, напевно, мають бути вищими, ніж ті, що вводяться внутрішньом'язово.

Крім введення налоксону, лікування передозування опіоїдами передбачає відновлення прохідності дихальних шляхів, реанімаційні заходи (зокрема, підтримку органів дихання методом штучної вентиляції легень), виклик швидкої допомоги та спостереження за особою до повного одужання.

Передозування стимуляторами

Передозування стимуляторами проявляється симптомами та ознаками вираженої гострої інтоксикації із поведінковими та фізіологічними проявами перезбудження симпатичної нервової системи, спричиненого підвищеною активністю нейромедіатора катехоламіну, яке може бути небезпечним для життя. Клінічні симптоми проявляються збудженням, сильним почуттям тривоги, параноєю, уповільненим мисленням та неадекватною поведінкою, почуттям власної величі, судомами і частими повномасштабними психотичними станами, які супроводжуються гіпертермією, вираженою тахікардією, гіпертонією, серцевою аритмією або інфарктом міокарда та рабдоміолізом. Ці симптоми зазвичай розвиваються після введення високих доз кокаїну, амфетамінів або інших стимуляторів.

Лікування передозування стимуляторами зосереджено на лікуванні синдромів та симптомів передозування за допомогою бензодіазепінів та іноді антипсихотичних препаратів для заспокоєння та моніторингу стану пацієнта, підтримуючи та відновлюючи функції життєдіяльності, із зосередженням уваги на серцево-судинних функціях та гідратації.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ВООЗ

(Настанови mhGAP з надання допомоги у зв'язку з психічними та неврологічними розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я, 2012 р.)

- Особи з ознаками передозування опіоїдами повинні мати доступ до налоксону, а також навички його введення у рамках екстрених заходів рятування життя при підозрі на передозування.
- Налоксон є ефективним при внутрішньовенному, внутрішньом'язовому, підшкірному та інтраназальному введенні. Особи, які застосовують налоксон, повинні вибрати спосіб введення, виходячи з лікарської форми, навичок введення, закладу і місцевих умов.
- При підозрі на передозування опіоїдами в першу чергу слід зосередитись на відновленні прохідності дихальних шляхів, проведенні підтримувальної вентиляції легень та введенні налоксону.
- Після успішної реанімації за допомогою введення налоксону слід уважно спостерігати за рівнем свідомості та диханням постраждалої особи до повного одужання.

4.2.5 Лікування супутніх розладів психічного і фізичного здоров'я

Супутні психічні розлади

Супутні психічні розлади, включаючи розлади настрою, тривогу або страх, зокрема, пов'язані зі стресом (як-от посттравматичний стресовий розлад), шизофренію або інші первинні психотичні розлади, можуть ускладнити природну причину розладів, пов'язаних із

вживанням наркотичних речовин, та участь у лікуванні. Вживання різних психоактивних речовин і алкоголю може спричинити загострення або посилення симптомів і синдромів психічних розладів, як-от депресія або маніакальні симптоми, тривога та психотичні симптоми, як-от марення або галюцинації. Ефект може зникнути або значно зменшитися з припиненням вживання наркотиків. Важливо провести скринінг всіх пацієнтів із розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин на супутні психічні розлади. Початковий скринінг можна проводити в будь-якому лікувальному закладі, але більш жорстко – в амбулаторних та стаціонарних закладах. Утримання від вживання наркотиків не може бути умовою для початку лікування супутніх психічних розладів: всі пацієнти з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, повинні мати доступ до оцінки психічного здоров'я та лікування, що вимагає їх усвідомленої згоди та дотримання конфіденційності.

Першим кроком у точній оцінці симптомів психічних розладів у пацієнтів з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, є критично важливе розмежування незалежних психіатричних розладів від розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, при яких розвивається абстинентний синдром. Короткострокове стаціонарне лікування може дати можливість провести комплексну діагностичну оцінку і встановити, збільшуються чи зменшуються психіатричні симптоми, коли припиняється вживання наркотиків, а також розпочати медичне або психосоціальне лікування супутніх розладів, не пов'язаних з абстинентним синдромом.

Структуровані психіатричні інтерв'ю з використанням діагностичних інструментів, як-от Міні-міжнародне нейропсихіатричне інтерв'ю для DSM 5, Комплексне міжнародне діагностичне інтерв'ю або Структуроване клінічне інтерв'ю для DSM 5, а також використання інших інструментів діагностики психічних розладів можуть бути особливо корисними. Інтерв'ю допоможе діагностувати супутні стани, як-от глибока депресія, біполярні та тривожні розлади. Більш докладні рекомендації щодо лікування психічних розладів наведені в Настановах mhGAP (WHO, 2016).

Оцінка та управління ризиком самоушкодження та/або суїциду

Суїцид - це дія навмисного вбивства, тоді як самоушкодження - це ширший термін, який стосується умисної спроби завдати собі будь-якої шкоди, як-от отруєння чи травма, з умислом заподіяння смерті або без умислу заподіяння смерті або летального наслідку. У осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, важливо виявляти ризик самоушкодження та/або суїциду. Під час первинної оцінки та періодично, в разі необхідності, кожну особу з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, просять розкрити свої думки або плани щодо самоушкодження, які вона мала попереднього місяця, або акти самоушкодження, які вона вчинила попереднього року.

При проведенні оцінки самоушкодження та/або ризику суїциду важливими є такі фактори:

- оцінка неминучого ризику, інакше кажучи, теперішніх або нещодавніх (протягом попереднього місяця) актів, думок або планів щодо самоушкодження та/або суїциду, а також надзвичайного збудження, насильства, пригніченого стану чи відсутності комунікації;
- історія попередніх актів заподіяння собі умисного тілесного ушкодження (а також історія травм або отруєнь);
- наявність будь-яких супутніх фізичних або психічних станів;
- наявність хронічного болю;
- вираженість емоційних симптомів;
- наявність соціальної підтримки.

Якщо в особи раніше були думки, плани або акти самоушкодження, застосовується низка профілактичних стратегій (WHO, 2016).

- Важливо порадити особі, її родині та іншим особам обмежити доступ до засобів самоушкодження (як-т пестициди та інші токсичні речовини, медпрепарати або вогнепальна зброя).
- Необхідно встановити регулярні контакти (телефонні дзвінки, домашні візити, листи, контактні картки та контакти за допомогою короткострокової інтервенції) з неспеціалізованим закладом. Спочатку контакти мають бути частими, а потім ставати рідшими, у міру поліпшення стану особи. Стан особи визначає інтенсивність і тривалість контактів.
- Якщо людські ресурси дозволяють, структурований підхід до розв'язання проблем є рекомендованим лікуванням для осіб, які здійснили акти самоушкодження попереднього року.
- Соціальна підтримка (з наявних неформальних та/або формальних ресурсів громади) повинна бути доступною для осіб, які добровільно надають інформацію про думки щодо самоушкодження або яких визначено, як таких, що мали плани щодо самоушкодження попереднього місяця або акти самоушкодження минулого року.
- З метою запобігання самоушкодженню, осіб у групі ризику самоушкодження не слід регулярно госпіталізувати до непсихіатричних служб загальнопрофільних лікарень. Однак, напевне їх необхідно буде прийняти до загальнопрофільної лікарні з метою лікування медичних наслідків акту самоушкодження; у таких випадках важливо уважно стежити за поведінкою особи, щоб запобігти подальшому самоушкодженню під час перебування в лікарні.
- У випадку, якщо медичного працівника турбує неминучий ризик серйозного самоушкодження (наприклад, коли особа відчайдушна, надзвичайно збуджена чи некомунікативна), важливо розглянути екстрене направлення до служби психічного здоров'я. За відсутності такої служби, необхідно мобілізувати сім'ю, друзів, зацікавлених осіб та інші наявні ресурси, щоб пильно стежити за особою допоки зберігається неминучий ризик.

В усіх вищезазначених випадках дуже важливо оцінити та адекватно керувати супутніми психічними і медичними захворюваннями.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ВООЗ

(Настанови mhGAP з надання допомоги у зв'язку з психічними, неврологічними та адитивними розладами у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я, версія 2.0, 2016 р.)

- Неспеціалізовані заклади надання медичної допомоги повинні запитувати осіб старше 10 років, які страждають депресією, біполярним розладом, шизофренією, епілепсією, розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю, розладами, пов'язаними з вживанням заборонених наркотичних речовин, деменцією, дітей з діагнозом «психічні розлади» або осіб, які страждають на хронічний біль або гострий емоційний дистрес, пов'язаний з наявним міжособистісним конфліктом, недавньою втратою чи іншою тяжкою життєвою подією, про думки або плани самоушкодження попереднього місяця або акти самоушкодження попереднього року при первинній оцінці та періодично, в разі потреби.

Депресія

Глибока депресія є найбільш поширеним супутнім психічним розладом серед осіб з розладами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин (Torrens et al, 2015). Особи, які страждають на депресію, відчувають цілу низку симптомів, включаючи пригнічений настрій, втрату інтересу або здатність насолоджуватися діяльністю, яка раніше була

приємною, зниження енергійності або підвищення стомлюваності принаймні протягом двох тижнів.

Між вживанням психоактивних речовин і депресією існує складний зв'язок: розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, сприяють розвитку депресії, і їх вживання може поставити під загрозу результати лікування; своєю чергою, депресія може сприяти збільшенню вживання наркотиків і прискоренню прогресування зазначених розладів (WHO, 2004). Депресивні симптоми можуть виникати під час синдрому скасування та зникати у фазі абстиненції, але вони також можуть зберігатися протягом тривалого часу після припинення вживання психоактивних речовин. Тому необхідно проводити регулярні оцінки пацієнтів. У випадку, якщо депресивні симптоми зберігаються і діагностується депресивний епізод, важливо одночасно лікувати обидва розлади за допомогою інтегрованої моделі лікування. Важливо, щоб вживання наркотиків або розлади, пов'язані з їх вживанням, не перешкоджали лікуванню депресії.

Після адекватної оцінки пацієнта існує можливість використання низки фармакологічних і психосоціальних варіантів. Пацієнт може потребувати фармакологічного лікування антидепресантами, якщо депресивні симптоми зберігаються і заважають щоденному функціонуванню. Психосоціальне втручання при депресії включає психоедукацію, управління стресом, когнітивно-поведінкову терапію, поведінкову активацію, навчання релаксації, групову міжособистісну терапію та посилення соціальної підтримки. Більш детальні рекомендації щодо лікування глибокої депресії у неспеціалізованих медичних закладах наведені у відповідних Настановах mhGAP (WHO, 2016).

Занепокоєння

Незабаром після припинення вживання наркотиків у багатьох пацієнтів спостерігається почуття занепокоєння або безсоння, які можуть лікуватися симптоматичними препаратами. Однак седативно-снодійні препарати, як-от бензодіазепіни, слід застосовувати з обережністю як терапію першої лінії лікування через високий потенціал залежності. Крім того, вони можуть підвищити ризик летального кінця внаслідок передозування, якщо пацієнт вживає препарати, які можуть викликати пригнічення дихання (наприклад, опіоїди). Альтернативні препарати, як-от антидепресанти, слід розглядати у контексті з психосоціальним та поведінковим лікуванням.

Психотичні розлади

Особи з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, можуть також страждати на шизофренію або інші первинні психотичні розлади. Психотичні розлади характеризуються спотвореними думками та сприйняттями, а також емоційними та поведінковими розладами. Також спостерігається незв'язна і безглузда мова. Можуть проявлятися такі симптоми, як галюцинації, марення, серйозні розлади поведінки (неорганізована поведінка, збудження, хвилювання, бездіяльність або гіперактивність), а також психічні та емоційні розлади.

Психоз може розвинути під час інтоксикації або відмови від деяких психоактивних речовин. Однак він може виникати та при абстиненції внаслідок незалежних супутніх психічних розладів. Важливо розрізнити психотичні симптоми, пов'язані з вживанням психоактивних речовин (які зникають з абстиненцією), і незалежні психотичні розлади. Гострі або стійкі психотичні симптоми можуть потребувати консультації з (та/або) направленням до фахівців з психічного здоров'я для проведення фармакологічного і психосоціального лікування, включаючи показання до застосування антипсихотичних та/або нормотимічних препаратів, психоедукації, сімейної терапії, когнітивно-поведінкової терапії, навчання життєвих і соціальних навичок та підтримуваного працевлаштування. Більш докладні рекомендації щодо фармакологічного і психосоціального лікування психозів (включаючи біполярний розлад) наведені у відповідних Настановах mhGAP (WHO, 2016).

Вживання полісубстанцій

Деякі особи з розладами, пов'язаними із вживанням наркотичних речовин, можуть вживати кілька психоактивних речовин, змішуючи опіоїди, стимулятори, алкоголь, канабіс та інші психоактивні речовини. Це може перешкоджати діагностичним і лікувальним процесам та збільшувати ризик ускладнень, спричинених фармакологічними взаємодіями. Наприклад, вживання речовин із седативним ефектом збільшує ризик передозування опіоїдами. Початкова оцінка повинна містити достатньо детальних даних про всі використовувані речовини, частоту та інтенсивність вживання, а також обстеження на інші медичні та психіатричні супутні захворювання.

Розлади, пов'язані з вживанням алкоголю

Розлади, пов'язані з вживанням алкоголю, часто супроводжують розлади, пов'язані з вживанням наркотичних речовин. Діагностика та оцінка ступеня тяжкості розладу, пов'язаного з вживанням алкоголю, є важливою, оскільки вона вказує на необхідність терапевтичних втручань. Гостра алкогольна абстиненція в осіб з алкогольною залежністю може потребувати медичного втручання, оскільки це може призвести до судом, гострого психозу (делірію), а в деяких випадках - смерті.

Під час первинної оцінки важливо вивчити історію вживання алкоголю, наявність супутніх розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, та необхідність лікування алкогольної абстиненції. Опитувальники, як-от скринінг-тест на алкоголь, куріння та вживання наркотиків (WHO, 2010a) та тест на виявлення розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю (WHO, 2001), є корисними для скринінгу пацієнтів у рамках подальшої діагностичної оцінки. Опитувальник щодо тяжкості алкогольної залежності (Stockwell et al., 1979) та Опитувальник з алкогольних проблем (Drummond, 1990) можуть допомогти в оцінюванні ступеня вираженості алкогольної залежності та інших проблем.

Якщо виникає необхідність у лікуванні алкогольної абстиненції та супутніх розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, його проводять під наглядом кваліфікованого персоналу згідно з відповідними рекомендаціями.

Супутні стани фізичного здоров'я

Кожен гострий медичний стан, який спостерігається при прийманні, може потребувати лікування до або під час подальшого лікування або догляду. Серед іншого, до таких станів можна віднести лихоманку, гострий біль, шлунково-кишкові або інші кровотечі, судоми, пневмонію та гострі серцево-судинні стани.

Залежно від місцевих умов, лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, включаючи опіоїдну залежність, слід поєднувати, за необхідності, з лікуванням туберкульозу, ВІЛ, гепатиту та інших інфекційних або неінфекційних захворювань (WHO, 2012b). Короткострокова програма стаціонарного або реабілітаційного лікування може не мати достатньої кількості медичних ресурсів, експертного потенціалу або часу для початку такого лікування, але повинні бути доступними консультування та направлення до відповідних служб.

Гепатит В поширений у багатьох групах, які вживають наркотики, особливо (але не виключно) серед тих, хто вживає ін'єкційні наркотики. Короткострокове стаціонарне лікування може стати можливістю зробити щеплення проти гепатиту В. Залежно від тривалості лікування, особи, які раніше не проходили повний курс вакцинації проти гепатиту В, можуть скористатися прискореним графіком вакцинації, що складається з двох-трьох доз, не обов'язково попередньо проходячи серологічні дослідження (WHO, 2012a).

Хронічний біль - ще одна поширена проблема, яка може сприяти вживанню заборонених наркотиків, зокрема опіоїдів, та ризику рецидиву і передозування. Необхідно направити пацієнта для подальшої оцінки джерела болю і розробити конкретні стратегії лікування болю.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ВООЗ

(Настанови щодо поліпшення станів фізичного здоров'я дорослих осіб, які страждають на тяжкі психічні розлади. ВООЗ, 2018 р.)

- Для осіб з тяжкими психічними розладами та супутніми розладами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин (наркотиків та/або алкоголю), втручання розглядаються відповідно до Настанов mhGAP (ВООЗ).
- Немедикаментозні втручання (наприклад, мотиваційне інтерв'ю) можуть бути розглянуті й адаптовані до потреб осіб з тяжкими психічними розладами та розладами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин.
- Лікарі, які призначають медичні препарати, повинні враховувати можливу взаємодію лікарських засобів, які використовуються для лікування розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин та тяжких психічних розладів.

4.2.6 Управління процесом одужання

Опис

Управління процесом одужання, також відоме як «долікування», «безперервна допомога» або соціальна підтримка, передбачає поліпшення здоров'я і добробуту пацієнтів, а також їх підтримку у реабілітаційний період після розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин. Управління процесом одужання - це еволюційний підхід до довготривалого лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, який виходить за рамки одного епізоду лікування або короткострокової програми долікування. Він повинен підтримувати пацієнтів протягом усього процесу лікування в різних закладах і за допомогою різних методів. Після стабілізації стану пацієнта у період абстиненції, досягнутої за допомогою амбулаторного або реабілітаційного лікування, необхідно забезпечити управління процесом одужання. У цьому процесі увага зосереджується на зниженні ризику рецидиву вживання наркотиків шляхом всебічної підтримки соціальної активності, добробуту, а також соціальної реінтеграції у спільноту та суспільство. Відповідно до перспективи життєвого шляху, управління процесом одужання сприяє поліпшенню здоров'я і самопочуття, стабілізуючи та зміцнюючи одужання, а також соціальної активності пацієнтів, дозволяючи їм зміцнювати свій життєвий потенціал, зосереджуючись на особистій відповідальності за контроль розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин.

Стабільне одужання реалізується принаймні у 50% пацієнтів, які страждають розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин (White, 2012).

В ідеалі, після довгострокового реабілітаційного та інтенсивного амбулаторного лікування пацієнтів необхідно переводити на менш інтенсивний рівень допомоги або довгострокове управління одужанням. Орієнтований на тривалий догляд період одужання є альтернативою поширеному методу надання допомоги, який полягає у проведенні серії коротких епізодів лікування, без безперервності та повторних рецидивів, що пов'язане з погіршенням результатів та підвищенням ризику передозування тощо. Безперервне лікування та догляд, орієнтований на одужання, є підходом до довгострокового ведення пацієнтів в мережі ресурсів і послуг на базі спільнот. Професійно орієнтоване управління процесом одужання, як і ведення інших хронічних розладів здоров'я, зміщує фокус

лікування з курсу, який спрямований на «приймання, лікування та виписку», на стале партнерство між медичними службами і пацієнтом. У рамках цієї моделі, традиційний процес виписки пацієнта заміщується постстабілізаційним моніторингом, навчанням з питань одужання, коучингом з одужання, налагодженням зв'язків з терапевтичними спільнотами з питань одужання (як-от 12-крокова групова терапія), розвитком ресурсів та швидким доступом до лікування, в разі необхідності.

Довгостроковими дослідженнями неодноразово доведено, що лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, істотно зменшує вживання психоактивних речовин, проблеми, пов'язані з наркотиками та витрати для суспільства. Однак рецидиви після виходу із програми та можлива повторна госпіталізація є дуже поширеними. Фактично, більшість пацієнтів зізнавалися до лікування, що вже лікувалися раніше. Ризик рецидиву зменшується, але лише після чотирьох-п'яти років успішної абстиненції (Dennis, Foss and Scott, 2007). Тому всіх пацієнтів, незалежно від стадії одужання, необхідно поінформувати про способи виявлення та надання допомоги при передозуванні і супутніх ризиках.

Зосередженість на тривалому лікуванні, на відміну від епізодичного, підкріплюється доказовими даними про те, що наркозалежність краще розуміти та лікувати як хронічне, часто рецидивуюче захворювання, подібне до інших багатофакторних захворювань, як-от гіпертонія, астма та діабет, а не як гостру хворобу чи епізод (DuPont, Compton and McLellan, 2015). Таким чином, особи з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, повинні мати довічний доступ до медичних і психосоціальних втручань, інтенсивність яких відповідає рівню вираженості симптомів. Підходи до управління процесом одужання повинні передбачати довгострокові фармакологічні, психосоціальні та середовищні втручання, спрямовані на зменшення вживання наркотиків та проявів злочинної поведінки, сприяючи, при цьому, поліпшенню загального фізичного і психічного здоров'я, добробуту та соціальної активності. Доведено, що втручання в період одужання є ефективними (McCullister et al., 2013) і що долучення пацієнтів до 12-тижневої програми групової терапії допомагає їм утримуватися від вживання незаконних наркотиків та алкоголю, що приводить до зменшення проблем (Dunovan et al., 2013; Hai et al., 2019). Медичні працівники можуть покращити долучення пацієнтів до програми групової терапії шляхом заохочення відвідувань.

Забезпечення ефективного управління процесом одужання потребує активізації всієї системи, інтегрування всіх методів лікування та участі зацікавлених сторін поза сектором охорони здоров'я. До процесу одужання необхідно долучити широке коло зацікавлених сторін у громадах, які відіграють важливу роль, як-от сім'ї та піклувальники, друзі, сусіди, групи взаємодопомоги, духовні та громадські лідери, зацікавлені сторони із сектору освіти, системи кримінального правосуддя, а також спортивно-оздоровчі заклади.

Стигматизація та дискримінація осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, можуть перешкоджати доступу і зменшувати успіх лікування та реабілітації. Необхідно вжити всіх необхідних заходів для підвищення обізнаності, підтримки нестигматизуючого ставлення та подолання структурної дискримінації щодо осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин.

Цільові групи

Більшість пацієнтів потребує управління процесом одужання протягом тривалого часу після первинного курсу лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, з інтенсивністю, що відповідає індивідуальним потребам пацієнта. Пацієнти з високою тяжкістю множинних епізодів рецидиву, розладами фізичного і психічного здоров'я, недостатньою підтримкою з боку сім'ї і спільноти, фінансовими, юридичними та/або житловими проблемами, потребують управління процесом одужання в першу чергу.

Пацієнти з серйозною складністю розладів, зокрема, на ранній стадії розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, та істотно гіршою соціальною активністю, поганими життєвими навичками та обмеженими способами та засобами боротьби зі стресом потребують більш інтенсивних програм управління одужанням. Принципово важливо, щоб пацієнти з високим рівнем вразливості до рецидивів, скористалися відповідними персоналізованими компонентами управління процесом одужання перед виходом з програми реабілітаційного закладу довгострокового лікування або амбулаторного закладу інтенсивного лікування.

Цілі

Основною метою етапу заходів з управління процесом одужання є підтримання результатів, отриманих на попередніх етапах лікування, шляхом постійної індивідуалізованої підтримки потреб пацієнта. Орієнтований на одужання догляд мінімізує ризики, пов'язані з вживанням наркотиків, підтримує абстиненцію або зниження рівнів вживання наркотиків та контролює поведінку шукача наркотиків на етапах інтенсивного лікування. Згодом він передбачає допомогу пацієнту у розвитку та закріпленні особистих і соціальних ресурсів, які необхідні пацієнту, щоб впоратися із зовнішніми обставинами та вести здоровий спосіб життя. Це охоплює безперервне прагнення до особистого і соціального одужання в рамках вільного від наркотиків життя, розвиток здатності самопомоги в інтересах фізичного і психологічного добробуту та відновлення власної гідності, самооцінки, духовного зростання та соціальної реінтеграції.

Одужання може успішно забезпечуватися тими особами, які залишаються активно залученими до лікування (включаючи фармакологічні та психосоціальні втручання) та/або зберігають зв'язки з ширшими реабілітаційними спільнотами, як-от групи взаємодопомоги або програми групової терапії (включаючи групи Анонімних наркоманів та 12-тижневі групи). Орієнтована на одужання допомога підтримує розвиток навичок контролю за поточним стресом, пов'язаним з проблемами відсутності житла, роботи або проблем на роботі, соціальною ізоляцією або незадовільними взаємостосунками. Зокрема, пацієнти потребують підтримки до і під час криз та конфліктів, щоб контролювати дисфункціональні та емоційно інтенсивні реакції. Через усі ці елементи, процес лікування, орієнтований на одужання, і втручання, пов'язані з управлінням одужанням, сфокусовані на нівелюванні стрес-подразників, які можуть спровокувати виникнення компульсивної тяги до наркотиків. Загалом, орієнтована на одужання допомога допомагає пацієнтам покращити та стабілізувати якість життя і можливості соціальної реінтеграції у соціум.

Моделі та компоненти

Тривале лікування та управління процесом одужання дають змогу пацієнтам підтримувати контакти із системою охорони здоров'я, соціальними службами та лікувальними закладами. Зазвичай консультант або інший фахівець (соціальний працівник чи медична сестра) координує ведення пацієнта, організує часті зустрічі із пацієнтом, надає конструктивну підтримку, стимулює долучення до спільноти та допомагає контролювати стресові умови, що виникають. Консультант допомагає пацієнту встановити контакт з іншими фахівцями, які здатні підтримати його у процесі соціальної реінтеграції. Зокрема, у відповідь на конкретні потреби, консультант направляє пацієнтів до соціальних працівників і психологів, лікарів, спеціалістів з охорони репродуктивного здоров'я та юристів.

Багатьом пацієнтам з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, необхідне постійне фармакологічне і психосоціальне лікування та підтримка, включаючи належне направлення, подальше лікування у будь-якій формі та підтримку у процесі долікування. Необхідно встановити зв'язки між різними гілками допомоги, щоб забезпечити належне функціонування лікування та підтримки. Наприклад, пацієнти з комплексними розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, яким не вистачає соціальної підтримки, потребують короткострокового стаціонарного лікування з

подальшим направленням на тривале реабілітаційне лікування. Для пацієнтів із менш тяжкими розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, і кращою соціальною підтримкою показано амбулаторне лікування. Пацієнти повинні мати підтримку для орієнтації в системі соціальної допомоги, щоб отримати доступ до професійної підготовки, стабільного житла та інших послуг за потребою.

Принципи управління процесом одужання

Підхід до управління процесом одужання характеризується низкою факторів.

Зосередженість на розвитку сильних сторін, замість скорочення недоліків. Підхід, орієнтований на одужання, має на меті виявлення, збереження та розвиток навичок, талантів, ресурсів та інтересів клієнта, а не загострення уваги на потребах, недоліках та патологіях.

Гнучкий, а не фіксований підхід. Програми управління процесом одужання повинні реагувати на зміни в житті пацієнта, пропонуючи широкий спектр засобів підтримки і послуг, здатних задовольнити потреби конкретної особи.

Увага до автономності пацієнта. Управління процесом одужання - це підхід на основі самостійної роботи, який заохочує та підтримує пацієнта у прийнятті обґрунтованих рішень щодо свого життя та лікування. Важливість врахування рішень пацієнта наголошується і в інших галузях медицини, особливо в лікуванні хронічних захворювань, і доведено, що така автономність сприяє розвитку у пацієнта відповідальності за власне лікування.

Участь спільноти. До заходів з управління процесом одужання долучені сім'я, друзі та ширші кола з метою зміцнення соціальних аспектів процесу одужання, замість того щоб боротися з адикцією в ізоляції. Такий підхід заохочує оточуючих до більш активної участі у процесі одужання пацієнта, використовуючи ресурси соціального оточення, як-от професійні та громадські організації, НУО, взаємодопомогу або підтримку рівних рівними, релігійні організації, школи та інші освітні заклади.

Заходи у рамках управління процесом одужання

Управління процесом одужання охоплює широкий спектр заходів і видів діяльності, які сприяють розвитку і зміцнюють внутрішні і зовнішні ресурси, щоб допомогли пацієнтам добровільно вирішувати проблеми, пов'язані з вживанням наркотиків та активно контролювати схильність до рецидивів. Деякі заходи вже реалізуються в контексті сім'ї, медичних закладів, найближчого оточення і громади, тоді як інші ще треба розробити.

Наведені нижче фактори і заходи спрямовані на зміцнення соціальної реінтеграції та підвищення ймовірності стабільної ремісії і одужання:

- зміцнення в особи стійкості, самодостатності та впевненості у собі для розв'язання поточних проблем і подолання стресу, зберігаючи при цьому прихильність ідеї одужання та уникаючи рецидивів вживання психоактивних речовин;
- підтримувальне соціальне середовище (зокрема, партнери, піклувальними, члени сім'ї і друзі), яке може контролювати стабільність процесу одужання, утримання від наркотиків та дотриманням режиму лікування;
- пояснення пацієнтам різних факторів, що сприяють вживанню ними наркотиків, та надання їм стратегій щодо створення та підтримання сприятливого соціального середовища, яке сприяє здоров'ю та одужанню;
- інформування пацієнтів щодо систем медичної й соціальної допомоги та супровід в цих системах;
- надання пацієнтам доступу до тривалого фармакологічного лікування, якщо показано;

- інформування пацієнтів щодо стратегій і методів запобігання та лікування передозування наркотиками та надання їм доступу до цих стратегій і методів;
- навчання пацієнтів методам виявлення та лікування передозування наркотиками, включаючи використання налоксону при передозуванні опіоїдами;
- взаємодія з окремими особами і соціальними мережами друзів і колег, які можуть надати підтримку у підтриманні абстиненції та досягненні цілей одужання;
- змістовна і гідна робота;
- зменшення тягаря стигми та дискримінації за ознаками здоров'я, віку, статі, сексуальної орієнтації, класової, расової, культурної ідентичності тощо;
- свобода від насильства і зловживань;
- активна соціальна позиція та інтеграція в освітні і професійні напрямки діяльності, включаючи волонтерську і громадську роботу;
- активна участь в роботі груп самодопомоги, взаємодопомоги, релігійних або інших груп підтримки;
- активна позиція в соціальній, культурній, політичній, гуманітарній та духовній сфері, що забезпечує спосіб досягнення більш амбітної мети в житті, права на сексуальну орієнтацію;
- стабільне розміщення;
- розв'язання правових і фінансових проблем.

Критерії виконання програми та показники ефективності

З урахуванням перспективи «життєвого курсу», управління одужанням є необмеженим часовими рамками процесом, який може тривати протягом усього життя, спираючись на підхід до лікування хронічних захворювань, який має на меті допомогти особам ефективно керувати своїми проблемами зі здоров'ям і, таким чином, покращувати своє здоров'я та добробут.

Оцінюючи успішність заходів і програм управління процесом одужання, важливо враховувати їх здатність знижувати ризик рецидиву та передозування, зменшувати вживання психоактивних речовин і супутню шкоду, а також поліпшувати фізичне і психологічне здоров'я, добробут, соціальну активність та реінтеграцію в суспільство. Індекс тяжкості наркоманії і подібні структуровані інструменти оцінки загального функціонування пацієнтів у контексті розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, можуть використовуватися для оцінки прогресу за багатьма напрямками здоров'я та функціонування. Оцінка ефективності управління процесом одужання потребує зосередження на оцінюванні прогресу «капіталу одужання», тобто запасу внутрішніх і зовнішніх ресурсів, які можуть бути залучені для ініціювання або підтримання процесу одужання.

Основні вимоги до управління процесом одужання

Індивідуальні плани лікування є ключовим аспектом забезпечення того, щоб кожен пацієнт отримав користь від орієнтованого на одужання лікування. Розроблення планів лікування базується на оцінках, проведених за сприяння групи фахівців та за участю самого пацієнта. Плани лікування підбираються індивідуально під пацієнта і відповідають принципам ведення пацієнтів з іншими хронічними захворюваннями і станами здоров'я. На відміну від програм інтенсивної терапії, плани лікування, орієнтовані на підтримання одужання, охоплюють не лише медичну допомогу, а й соціальні аспекти управління одужанням та залучення фахівців з інших галузей. В ідеалі, фахівці діють як мультидисциплінарна команда (у складі соціальних працівників, психологів, консультантів за принципом рівний рівному і, можливо, осіб старшого віку, духовних лідерів та інших лідерів громад), з долученням друзів і членів сім'ї.

Після завершення програми амбулаторного, стаціонарного або реабілітаційного лікування на базі спільнот планування долікування формалізується в індивідуальних планах

управління одужанням, які охоплюють особистісні стратегії щодо запобігання рецидивам вживання наркотиків або полісубстанцій (з високим ризиком передозування); житлові питання; пошук або влаштування на роботу; створення або підтримання конструктивних соціальних мереж; реінтеграцію у спільноту. Плани також передбачають швидкий доступ до лікування в разі рецидиву.

В ідеалі, управління процесом одужання передбачає організацію регулярних зустрічей з моніторингу або спостереження (контролю), або телефонних дзвінків консультанта з питань лікування наркозалежності, психолога, іншого фахівця або лікаря первинної ланки допомоги чи медичної сестри. Заходи контролю сприяють підтриманню одужання та запобігання рецидивам. Під час контролю пацієнта можуть попросити надати інформацію про свою роботу, умови життя та механізми подолання стресу або підтримання здорових стосунків. Заходи контролю у рамках процесу одужання можуть охоплювати добровільне токсикологічне тестування, при цьому передбачається можливість проходити обстеження в громаді. Мета тестування - надати пацієнтам стимул бути «вільними від наркотиків», виявити рецидив і, в разі необхідності, дати їм змогу скористатися можливостями своєчасного повторного втручання. З'являються нові докази того, що заходи контролю за одужанням є ефективними методами управління процесом одужання у часі, а також рентабельними та потенційно економічними стратегіями сприяння абстиненції й зменшенню вживання психоактивних речовин серед осіб з хронічними розладами, спричиненими їх вживанням (White, 2007; McCollister et al., 2013; Miller, 2013; Dennis, Scott and Laudet, 2014; Гарнер et al., 2014).

ГЛАВА 5. Групи з особливими потребами у лікуванні та догляді

У *Стандартах* визнається, що ряд груп має особливі потреби в лікуванні та догляді й може потребувати розгляду й впровадження індивідуальних втручань для лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин.

У цій главі розглядається неповний перелік категорій або груп, які мають особливі потреби у лікуванні та догляді. Ряд груп можуть потребувати спеціальних підходів до лікування та догляду. До зазначених груп належать особи у розрізі конкретних схем вживання наркотиків (включаючи вживання полісубстанцій); потреб в охороні здоров'я (особи з коморбідними станами, зокрема, ЛЖВ, особи з психічними розладами та обмеженими можливостями); віку (наприклад, діти та підлітки, а також особи старшого віку); потреб в соціальній допомозі та підтримці (безпритульні, соціально маргіналізовані, бідні, неграмотні особи та особи з неповною освітою; місця проживання (особи, які проживають у віддалених і сільських районах, мігранти). Крім того, жінки, включаючи вагітних, сексуальні меншини, секс-працівники, релігійні та етнічні меншини, корінне населення та особи, дотичні до системи кримінального правосуддя, потребують індивідуальних втручань і спеціальних умов для лікування. Стандартні принципи лікування та догляду, викладені в главі 2, стосуються всіх осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин. Для більшості зазначених груп населення поєднання стигми та дискримінації часто створює перешкоди для лікування. Належна організація клінічної практики повинна гарантувати кожній особі рівний доступ до лікування та догляду. Необхідно докласти спільних зусиль для усунення структурних бар'єрів для доступу до лікування, запобігання соціальній маргіналізації та підтримки відмови від стигматизації.

У розділі 5 викладено міркування та оцінки потреб у лікуванні, що сприяють наданню медичних послуг особам і групам з особливими потребами у лікуванні та догляді. Місцеві системи лікування мають бути розроблені, сплановані й профінансовані для забезпечення належного, географічно й фінансово доступного лікування та догляду відповідно до принципів, викладених у цьому документі.

5.1 Вагітні жінки з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин

5.1.1 Опис

Жінки з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, утворюють унікальну групу пацієнтів з особливими потребами в лікуванні головним чином з двох причин. По-перше, вживання наркотиків може впливати на матір і плід, тоді як лікування також може негативно позначитися на обох фігурантах цієї пари. Лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, у вагітних жінок може спричинити до медичних та етичних проблем. По-друге, як і всі батьки, більшість вагітних жінок з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, та їхні партнери можуть скористатися навчанням батьківським навичкам та підтримкою у сфері догляду за дитиною та її розвитку. Крім того, після пологів дитина може потребувати медичних та інших послуг, враховуючи ймовірність виникнення несприятливих умов під час формування плоду. З іншого боку, можливість лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних (та інших психоактивних) речовин, у вагітних жінок має величезний потенціал для позитивних змін у житті як матері, так і плоду, за умови надання послуг їм обом. Таким чином, в лікуванні вагітних жінок з

розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, виділяють дві «пари» фігурантів лікування: пара «мати-плід» і пара «мати-дитина». Сімейна динаміка й підтримка відіграють важливу роль у перебігу вагітності та результатах лікування. З цієї причини лікування вагітних з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, повинно включати вагомий компонент заходів, що передбачають роботу з сім'єю.

Проблематика розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, у вагітних жінок відповідає проблематиці таких самих розладів у більшості дорослих. Деякі проблеми актуальні як для чоловіків, так і для жінок, в тому числі вагітних, зокрема, відсутність формальної освіти або ймовірні проблеми із законом. Більш негативний вплив на жінок можуть мати деякі інші проблеми, як-от стигма, почуття сорому та відсутність позитивних і підтримувальних стосунків – це ключові причини, через які жінки часто не звертаються за медичною допомогою або не беруть участі в лікуванні. Крім того, деякі гендерно чутливі послуги з лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, ще більше обмежують доступ до лікування навіть тих жінок, які готові брати участь у лікуванні та отримувати підтримку. Жінки з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, з більшою ймовірністю, ніж чоловіки, чутливі до жорстокого поводження з дітьми та/або нехтування батьківськими обов'язками, систематичного вчинення актів міжособистісного насильства, фінансової залежності від інших для виживання та відсутності доступу до формальної освіти або працевлаштування. З початком вагітності ці проблеми можуть загострюватися, перешкоджаючи доступу, участі в лікуванні та отриманню необхідних результатів. Багато вагітних жінок з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, можуть відчувати суперечливі почуття, сором і почуття провини щодо (на їхній погляд) своєї неспроможності контролювати поведінку, пов'язану з вживанням наркотиків.

Вагітні жінки з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, мають таке ж право на лікування, як і невагітні або вагітні жінки, які не мають зазначених розладів, і їх не можна виводити з програми лікування або перешкоджали проходженню лікування через вагітність. Лікування жінок з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, не складніше, ніж лікування інших пацієнтів. Жінок з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, не можна змушувати робити аборти та стерилізацію. Щобільше, у програмах лікування мають бути передбачені процедури та встановлені гарантії запобігання затриманню й примусовому лікуванню вагітних жінок. Зрештою, жінки мають кращі довгострокові результати, коли вони отримують лікування, сфокусоване на питаннях, з якими частіше стикаються жінки із розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, у порівнянні з методами лікування, які не орієнтовані на потреби жінок.

5.1.2 Моделі та компоненти

Скринінг та відбір

Як правило, всі жінки дітородного віку, які отримують послуги з лікування, повинні проходити обстеження на вагітність за допомогою анамнезу та аналізу сечі. Служби, які надають лікування вагітним жінкам з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, та їхнім дітям, як правило, проводять процедуру скринінгу та відбору, яка допомагає визначити відповідність жінок вимогам участі у програмі. Як мінімум, у ході скринінгу слід оцінити три фактори ризику: гострі захворювання, що потребують невідкладної медичної допомоги; ризик абстиненції та необхідність лікування абстиненції та/або детоксикації; а також ризик заподіяння шкоди собі та/або іншим. Якщо виявлено хоча б один з цих трьох факторів, жінка може бути переведена або направлена до спеціалізованого медичного або психіатричного закладу для проведення заходів зі зменшення ризику, принаймні, в короткостроковій перспективі, до прийняття до спеціалізованої програми лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин. Потреби вагітної жінки та питання про те, чи відповідають вони послугам, що надаються у рамках програми, є першим кроком у налагодженні відносин й зміцненні довіри між пацієнтом і надавачем послуг.

Важливо документально оформити правила проведення скринінгу й відбору вагітних жінок з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин (і супутніми станами), які охоплюють такі елементи:

- опис скринінгових процедур і заходів відбору та/або співбесід; у міру можливості, всі заходи відбору, інструменти та засоби оцінювання повинні бути визнані прийнятними та затверджені для використання щодо вагітних жінок з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин навчання персоналу з питань проведення відбору та скринінгу;
- принципи відповідності вимогам програми та процедури, у рамках яких повідомляється про нелопущення до участі в програмі, а також інформація про те, куди можна звернутися за допомогою.

Уся клінічна інформація зберігається в безпечному місці та фіксується в обліковій документації щодо пацієнтів.

Оцінка

Після прийняття до програми вагітній жінці з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, проводиться клінічна оцінка, метою якої є детальне вивчення відповідних аспектів її життєвих обставин з трьох причин: поставити правильний діагноз; вибрати відповідну тактику лікування; розробити відповідні плани й цілі лікування. Основна мета оцінки полягає в тому, щоб визначити поточні життєві обставини та зібрати інформацію про фізичний, психологічний, наркологічний, сімейний та соціальний статус. Це має дуже важливе значення для складання індивідуального плану лікування, який відповідає сильним сторонам і потребам. Також, важливою є інформація, що стосується вагітності, наприклад, термін вагітності, минулі вагітності та очікувана дата пологів. В ідеалі, оцінка повинна складатися на основі кількох джерел інформації, щоб отримати повний анамнез хвороби жінки та психосоціального контексту, в якому вона живе. Необхідно провести початкову оцінку, яка потім повинна трансформуватися у постійний процес, який періодично повторюється у процесі лікування. Враховуючи зміни у фізичному, психологічному та соціальному функціонуванні особи, з якими вона стикається, критично важливо оцінювати пацієнта-жінку протягом усього періоду лікування, адаптуючи плани лікування до зміни потреб в міру одужання. Частота таких оцінок буде залежати від клінічного курсу лікування та будь-яких невдач, що виникають у процесі лікування. Стандарти оцінювання аналогічні тим, що застосовуються до скринінгу та відбору, які розглянуто вище.

Планування лікування

Персонал програми розробляє індивідуальний план лікування вагітної жінки на основі оцінки з урахуванням її побажань і всебічної участі у процесі планування й визначення цілей. Плани лікування регулярно переглядаються, особливо зважаючи на швидкі зміни, що відбуваються протягом вагітності і після пологів. Вагітну жінку з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, слід розглядати не як пасивного одержувача інформації, а як активного учасника процесу планування лікування. Жінка повинна брати активну участь у процесі прийняття терапевтичних рішень, які стосуються не лише її, але й плода. Плани лікування передбачають співпрацю з акушерками та гінекологами. Також може бути необхідним забезпечення ретельного моніторингу розвитку плода.

Підходи до лікування

Вибір підходів до лікування вагітних жінок з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, значною мірою залежать від рівня і схем вживання психоактивних (та інших) речовин. У певних обставинах доцільно розглянути можливість проведення короткострокового втручання закладом первинної медичної допомоги або акушером-

консультантом з акцентом на навчання з оцінки ризиків. Однак, враховуючи можливі ризики для плода, такі втручання застосовуватимуться лише до дуже обмеженої кількості випадків. Програми лікування вагітних жінок, які вживають психоактивні речовини, повинні залучати підходи на основі доказових даних.

Вагітні жінки можуть отримувати лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, в амбулаторних, стаціонарних або реабілітаційних закладах. Лікування може включати психосоціальні втручання та фармакотерапію, залежно від виду вживаних психоактивних речовин та тяжкості чи складності проблем.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ВООЗ

(Настанови з виявлення та лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин під час вагітності, 2014 р.)

- Медичні працівники повинні запитувати всіх вагітних жінок про вживання алкоголю та інших психоактивних речовин (в минулому і тепер) якомога раніше під час вагітності та під час кожного відвідування закладу антенатальної допомоги.
- Медичні працівники повинні пропонувати короткострокове втручання всім вагітним жінкам, які вживають алкоголь чи наркотики.
- Медичні працівники, які у період вагітності та після пологів ведуть жінок з розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю та інших речовин, повинні пропонувати комплексну оцінку та індивідуальну допомогу.
- Медичні працівники повинні якомога раніше рекомендувати вагітним жінкам, залежним від алкоголю чи наркотиків, припинити вживання алкоголю чи наркотиків й провести (або направити на) детоксикацію під медичним наглядом, якщо це необхідно й застосовно.

Особливі міркування щодо умов фармакологічного лікування під час вагітності

Міркування щодо фармакологічних умов лікування мають надзвичайно важливе значення для жінок з розладами, пов'язаними з вживанням опіоїдів, при яких медикаментозне лікування є важливою частиною лікування. Жінкам з розладами, пов'язаними з вживанням опіоїдів, не можна відмовляти у лікуванні опіоїдними агоністами через вагітність. Вибір опіоїдних препаратів робиться індивідуально, з урахуванням особливостей пацієнта. Метадонова і бупренорфінова терапії є ефективними тактиками лікування зі сприятливим співвідношенням ризику і користі (але вони не завжди рівноцінні для окремо узятого пацієнта). Дослідження свідчать про менш тяжкий неонатальний абстинентний синдром (НАС) або неонатальний синдром скасування (НСС) у новонароджених внаслідок впливу бупренорфіну у внутрішньоутробному періоді у порівнянні з метадоном. Однак синдром неонатальної абстиненції легко діагностується і піддається лікуванню, і є лише одним з аспектів, які необхідно враховувати лікарю і вагітній жінці при всебічній оцінці співвідношення ризику і користі у процесі прийняття рішень щодо медикаментозної терапії під час вагітності.

І метадон, і бупренорфін ефективно знижують вживання опіоїдів і дозволяють пацієнтам отримати користь від психосоціальної терапії. Дози медикаментозних препаратів необхідно періодично переглядати та коригувати під час вагітності, як правило, в сторону збільшення, щоб підтримувати терапевтичні концентрації медикаментозних препаратів у плазмі, зменшуючи ризик синдрому опіоїдної абстиненції та тяги, а також знижуючи або повністю припиняючи немедичне вживання наркотику.

Якщо жінка завагітніла під час метадонової або бупренорфінової терапії, їй необхідно продовжувати вже почату терапію, особливо якщо вона добре реагує на лікування. Терапевтична абстиненція щодо агоністів опіоїдних рецепторів під час вагітності не рекомендована. Абстиненція пов'язана з високим відсотком вибуття з лікування і рецидивів, а також із супутнім ризиком для жінки і плода. Крім того, опіоїдна абстиненція збільшує ризик викидня.

Достатніх доказових даних на підтримку фармакотерапії під час вагітності для лікування залежності від стимуляторів амфетамінового ряду, канабісу, кокаїну або летючих речовин немає. Однак, фармакологічну терапію можна застосовувати для лікування коморбідних станів, якщо це доречно. Психофармакологічні препарати можуть бути корисними при лікуванні симптомів психіатричних розладів у вагітних з абстинентним синдромом, залежних від стимуляторів. Проте, приймати препарати постійно непотрібно.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ВООЗ

(Настанови з виявлення та лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин під час вагітності, 2014 р.)

- Вагітні жінки, залежні від опіоїдів, заохочуються до підтримувальної терапії агоністами опіоїдів, в разі їх доступності, замість спроб опіоїдної детоксикації.
- Вагітним жінкам із залежністю від бензодіазепіну поступово зменшують дози, використовуючи бензодіазепіни тривалої дії.
- При лікуванні абстинентного синдрому у вагітних жінок із залежністю від стимуляторів психофармакологічні препарати можуть бути корисними для полегшення симптомів психіатричних розладів, але вони не приймаються постійно.
- Фармакотерапія для планового лікування залежності від стимуляторів амфетамінового ряду, канабісу, кокаїну або летючих препаратів вагітних пацієнток не рекомендована.
- Вагітним жінкам з опіоїдною залежністю рекомендовано продовжувати або починати підтримувальну терапію агоністами опіоїдів або метадоном чи бупренорфіном.

Комплексне лікування

Модель орієнтованого на жінку комплексного лікування полягає у лікуванні організму в цілому і пари «матір-дитина», яке передбачає численні різноманітні заходи і послуги, як-от групове та індивідуальне лікування з урахуванням травм, догляд за дитиною та навчання навичкам батьківського догляду; загальну медичну допомогу; акушерський та гінекологічний нагляд; втручання та послуги з коморбідних психічних розладів; ранні втручання; соціальну підтримку, включаючи професійну реабілітацію, житло і транспорт; правову допомогу. Надання цих послуг необхідне, але недостатнє для орієнтованого на жінок лікування. Для того, щоб оптимізувати результати лікування, у програмі лікування, орієнтованій на вагітних жінок, які вживають наркотики, необхідно враховувати специфічні біологічні, культурні, соціальні та середовищні фактори, що впливають на вживання наркотиків жінками.

Є й інші міркування, які слід враховувати при лікуванні жінок з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин:

- Значущі міжособистісні стосунки та сімейний анамнез відіграють важливу роль у прийнятті рішення про започаткування та продовження вживання наркотиків.
- Стигматизація та обмежена доступність гендерно чутливих послуг з лікування стримують бажання жінок почати лікування.

- Жінки часто отримують лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, за направленням розгалуженої мережі закладів.
- Жінки більшою мірою стикаються з проблемами при зверненні за допомогою, на початку лікування та при проходженні лікування у зв'язку з встановленими ролями, гендерними очікуваннями та соціально-економічними труднощами. Ці бар'єри можуть привести до несвоєчасного початку лікування або звернення за допомогою на більш тяжкій стадії хвороби, з додатковими медичними та психіатричними патологіями.
- Жінки частіше схильні до пошуку допомоги та дотримання терапевтичного режиму після долучення до програми лікування.
- Вагітні жінки можуть потребувати скоригованого фармакологічного лікування й дозування препаратів.
- Жінки можуть потребувати лікування, орієнтованого на жінок, у безпечному закладі, призначеному виключно для жінок, щоб отримати максимальну користь.
- Жінки можуть потребувати навчання й підтримки з таких питань, як репродуктивне здоров'я, контрацепція, батьківство та догляд за дітьми.
- Оскільки жінки і діти є більш вразливими до ризику домашнього насильства та сексуальних зловживань, їм буде корисно мати зв'язок із закладами соціального захисту.
- В лікувальних програмах необхідно передбачити догляд за дітьми, щоб їхні матері мали можливість отримувати лікування.

Протокол акушерської допомоги

Програми послуг із приймання пологів у вагітних жінок з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, повинні передбачати документально оформлений протокол приймання пологів із визначенням можливих проблем як при пологах, так і при лікуванні пацієнта. Як мінімум, необхідно встановити, де будуть прийматися пологи та хто буде поінформований, яких заходів потребують мати й дитина, а також як вони забезпечуватимуться. Також необхідно буде передбачити відповідні процедури купірування болю. Багато жінок з розладами, пов'язаними з вживанням опіоїдів, більш чутливі до болю, ніж жінки, не обтяжені такими розладами. Якщо нелікований біль унеможливує догляд матері за новонародженим, це може спричинити рецидив вживання наркотиків та інші несприятливі наслідки для матері та немовляти.

Протокол післяпологового (постнатального) лікування

В усіх програмах, за якими надаються послуги вагітним жінкам з розладами, пов'язаними із вживанням наркотичних речовин, необхідно передбачити протокол післяпологового (постнатального) лікування. Жінкам не можна відмовляти в лікуванні виключно на підставі вагітності або післяпологового стану. Необхідно також передбачити методи підтримки пари «мати-немовля», включаючи, принаймні, базові батьківські навички.

Грудне вигодовування

Попри те, що необхідно докласти максимум зусиль для заохочення до грудного вигодовування матерів з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, можливість грудного вигодовування необхідно оцінювати в індивідуальному порядку. Грудне вигодовування може бути протипоказане ВІЛ-позитивним матерям і матерям з іншими захворюваннями, лікування яких передбачає приймання деяких психотропних препаратів. Інші протипоказання або запобіжні заходи щодо грудного вигодовування виникають у випадках використання матер'ю інгалянтів, метамфетамінів, стимуляторів, транквілізаторів та алкоголю. Лікарям бажано укласти чіткі, документально оформлені, угоди з матерями щодо практики грудного вигодовування.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ВООЗ

(Настанови з виявлення та лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин під час вагітності, 2014 р.)

- Матері з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, повинні заохочуватися до грудного вигодовування, якщо ризики явно не перевищують користь.
- Годуючим жінкам, які вживають алкоголь або наркотики, рекомендовано (з наданням відповідної підтримки) припинити вживання алкоголю або наркотиків; однак вживання психоактивних речовин не обов'язково є протипоказанням до годування груддю.
- Контакт «шкіра-до-шкіри» є важливим незалежно від вибору годування, тому необхідно активно заохочувати до нього матерів з розладами, пов'язаними із вживанням наркотичних речовин, які здатні реагувати на потреби дитини.
- Матерів, які стабільно дотримуються підтримувального лікування агоністами опіоїдів або метадоном чи бупренорфіном, необхідно заохочувати до грудного вигодовування, якщо ризики явно не перевищують користь.

5.1.3 Лікування новонароджених, які перебувають під пасивним впливом опіатів в утробі

Опис

Кількість новонароджених, які пережили внутрішньоутробний стійкий вплив опіоїдів та інших психоактивних речовин, визначити складно. Але в усіх випадках прогноз для здоров'я новонароджених покращується, якщо їхні матері проходять комплексне медичне, психосоціальне та медикаментозне лікування. Однак, коли ці послуги не надаються, немовля наражається на ризик розвитку недоношеності, затримки внутрішньоутробного розвитку, неонатального сепсису, мертвородження, перинатальної асфіксії, поганого зв'язку між матір'ю і немовлям, депривації, бездоглядності, зниження прибавки маси тіла та синдрому раптової дитячої смерті. Однією з найсерйозніших патологій, яка може існувати у 50-80% новонароджених, підданих дії внутрішньоутробного впливу опіоїдів, є абстинентний синдром новонароджених (АСН) або неонатальний абстинентний синдром (НАС). НАС проявляється **перехідними змінами** в центральній нервовій системі (які, як правило, супроводжуються дратівливістю, високотональним криком, тремором, гіпертонією, посиленням рефлексів, порушенням сну); шлунково-кишковому тракту (зокрема, зриванням, неоформленим стільцем, посиленням смоктальним рефлексом, аритмічним смоктанням і ковтанням, поганим апетитом і втратою ваги); дихальній системі (зокрема, закладеністю носа і пришвидшенням дихання) і в автономній нервовій системі (зокрема, чханням й позіханням) в перші дні та тижні після народження у немовлят, підданих впливу опіоїдів або інших седативних препаратів внутрішньоутробно. У новонароджених НАС розвивається в результаті вживання матір'ю опіоїдів, придбаних на вулиці або за рецептом лікаря у рамках опіоїдної терапії, в тому числі метадоноу або бупренарфіну, для лікування розладів, пов'язаних із вживанням опіоїдів.

Лікування неонатального абстинентного синдрому

Лікування НАС передбачає немедикаментозні втручання з подальшою медикаментозною терапією (коли це необхідно) після комплексної оцінки. Заходи підтримки передбачають спільне перебування матері та дитини в одній кімнаті, грудне вигодовування, використання соски (смоктання для заспокоєння), щільне сповивання з необмеженою рухомістю рук для смоктання, без переодягання та тілесний контакт з матір'ю. Необхідно проводити аспірацію вмісту носогорла новонародженого і часте годування (кожні дві години) невеликими

порціями (якщо зберігається мляве смоктання) без перегодовування, з правильним положенням тіла на боку з метою зменшення аспірації в разі блювоти або зригування (які є вираженими симптоми НАС).

Фармакологічне лікування НАС відкладати не можна. Найчастіше використовуваними препаратами при НАС, пов'язаному з опіоїдним впливом, є морфій або метадон перорально відповідно до індексу маси тіла. При наявності у новонародженого абстиненції від інших речовин (наприклад, барбітуратів, етанолу та седативних і снодійних засобів), як правило, призначають фенобарбітал. Медикаментозна терапія призначається, щоб частково зняти симптоми абстиненції та заспокоїти дитину з метою нормалізації звичних функцій приймання їжі, сну та виділення. Дозу медпрепаратів необхідно невідкладно збільшувати, бажано, у відповідь на часті перевірки рівня тяжкості НАС з використанням валідованих інструментів, і так само невідкладно зменшувати у міру зменшення вираженості симптомів НАС.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ВООЗ

(Настанови з виявлення та лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин під час вагітності, 2014 р.)

- Медичні заклади з надання акушерської допомоги повинні мати протокол виявлення, оцінки, моніторингу й втручання, використовуючи немедикаментозні та фармакологічні методи лікування новонароджених, пренатально схильних до опіоїдів.
- Опіоїд слід застосовувати як початковий засіб лікування немовляти з неонатальним абстинентним синдромом, пов'язаним з вживанням опіоїдів, якщо необхідно.
- Якщо у немовляти є ознаки НАС внаслідок відмови від заспокійливих засобів або алкоголю, або психоактивна речовина, яка впливала на немовля, невідома, бажаним варіантом для початкового лікування може бути фенобарбітал.

5.1.4 Підготовка фахівців та документація

Підготовка фахівців

Будь-який фахівець, який безпосередньо контактує з пацієнтами (секретарі, керівники відділень), повинен бути обізнаним в питаннях, з якими стикаються вагітні жінки. Фахівці повинні пройти підготовку, щоб знати, що робити у випадку пологів: кого інформувати, як реагувати та куди звертатися за медичною допомогою. Багато вагітних жінок, які мають розлади, пов'язані з вживанням наркотичних речовин, можуть відчувати суперечливі почуття, сором і почуття провини щодо (на їхній погляд) своєї неспроможності контролювати поведінку, пов'язану з вживанням наркотиків. Фахівці повинні усвідомлювати ці почуття і побоювання, і бути готовими адекватно на них реагувати. Осуд і стигматизація жінок за вживання наркотиків під час вагітності не є ефективним методом лікування для захисту плода від впливу наркотиків або покращення здоров'я матері. Навпаки, це може спричинити до збільшення частки відмов від лікування.

Кожен медичний працівник, долучений до догляду за новонародженими, повинен пройти підготовку з виявлення ознак і симптомів синдрому абстиненції у новонароджених (або неонатального абстинентного синдрому), а також неонатальних станів, які можуть проявлятися аналогічно НАС (наприклад, септицемія, енцефаліт, менінгіт, постаноксичне подразнення центральної нервової системи, гіпоглікемія, гіпокальціємія та крововиливи у мозок).

Документація

Незалежно від типу закладу та інтенсивності допомоги, що надається, лікування вагітних з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, належним чином фіксується у поточній документації або картках пацієнтів, включаючи договір про лікування, оцінку, індивідуальний план лікування та ведення пацієнта. Не менш важливими є огляди лікування та внесення змін до плану лікування, управління цілями й результатами проведеного лікування. Послуги вагітним жінкам з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, фіксуються усіма медичними, психіатричними та лікувальними службами, щоб забезпечити реалізацію всіх рекомендованих заходів щодо надання допомоги та тісної координацію між різними закладами. Будь-яка оцінка абстинентного синдрому у новонароджених фіксується разом з медикаментозними та немедикаментозними втручаннями, що надаються для мінімізації НАС.

5.2 Діти та підлітки з розладами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин

5.2.1 Опис

Вживання психоактивних речовин зазвичай починається в підлітковому віці (10-19 років) і навіть в дитячому віці. Чим раніше починається вживання психоактивних речовин, тим більшими є ризики для швидшого прогресування до надмірного вживання та розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин.

Більшість дітей та підлітків не вживає психоактивні речовини. Діти, які вживають наркотики, зазвичай піддані більшій кількості факторів ризику і мають менше захисних факторів. Вони можуть бути жертвами бездоглядності та фізичного, сексуального й емоційного насильства. Їх використовують на війні, у тероризмі й торгівлі наркотиками, і вони можуть бути піддані багатьом формам насильства. Такі діти можуть потерпати від депривації, бідності, безпритульності, голоду, гендерної дискримінації та частих вимушених переміщень. Внаслідок цього у них можуть розвиватися різні психічні та фізичні стани. Діти, працю яких експлуатують для вирощування, виробництва та розповсюдження наркотичних речовин, можуть бути неграмотними й підданими протиправним діям на кожному етапі наркоторгівлі. Діти, чиї родини займаються вирощуванням наркотичних рослин і виробляють наркотики, можуть бути піддані дії токсичних залишків цих речовин і диму внаслідок пасивного паління. Діти, які живуть у країнах конфлікту, стають вразливими до значних ризиків з багатьох причин. Діти-солдати мають легкий доступ до наркотиків, що використовуються як стимулятори, які змушують їх не спати, воювати та вчиняти інші страшні дії, а також справлятися з пораненнями.

Діти та підлітки, які вживають психоактивні речовини, не вважають вживання психоактивних речовин проблемою для себе або інших людей у своєму житті та можуть не звертати уваги на значну шкоду, яку спричиняє вживання наркотиків на їхній мозок та психосоціальний розвиток. Щобільше, вживання наркотиків у дитячому і юнацькому віці пов'язане із підвищеним ризиком уживання психоактивних речовин протягом усього життя та іншими станами психічного здоров'я. Як наслідок, існує більша ймовірність того, що такі діти можуть згодом потребувати лікування станів, спричинених вживанням наркотиків, і розладів психічного здоров'я.

Дитинство та юність є важливими періодами розвитку, коли мозок особливо вразливий до вживання наркотиків і розладів, спричинених їх вживанням. Враховуючи нейротоксичну дію наркотиків або алкоголю на мозок, що розвивається, виявити та розв'язати проблему потреби у вживанні психоактивних речовин необхідно якомога раніше. Діти та підлітки також можуть скористатися з втручань щодо вживання психоактивних речовин, навіть якщо у них немає залежності від якоїсь конкретної речовини. Негайне припинення дії психоактивної речовини може сприяти мінімізації ризиків подальшої шкоди для фізичного та/або психічного здоров'я. Регулярні медичні, шкільні й інші заходи, пов'язані з охороною здоров'я, дають можливість запитати дітей та підлітків про вживання психоактивних

речовин. Підлітки відповідатимуть чесно в разі відсутності будь-яких негативних наслідків у відповідь на чесну відповідь. Сімейна терапія передбачає заходи втручання на основі доказових даних, призначені як для підлітків з розладами, пов'язаними з вживанням наркотиків, так і для підлітків, в анамнезі яких є злочини.

Підлітки – вже не діти, але ще не дорослі. Цей період життя, який характеризується фізіологічним дозріванням всіх систем організму та іншими трансформаціями, що змінюють життя, у тому числі з дитячої залежності від батьків та вихователів до незалежності дорослих, потребує спеціалізованих медичних і освітніх послуг, захисту та зміцнення здоров'я з урахуванням стадії розвитку і потреб.

Підлітки стикаються з певними бар'єрами в отриманні медичної допомоги та інформації. Вони часто вважають державні служби охорони здоров'я неприйнятними через відсутність поваги, недоторканості приватного життя та конфіденційності, страх стигми, дискримінації та медичних працівників, які нав'язують їм моральні цінності. Крім того, медичні служби часто потребують підтримки або дозволу батьків і партнерів, в тому числі щодо таких чутливих питань, як сексуальне та репродуктивне здоров'я. Підліткам може бракувати батьківської підтримки. Вони можуть перебувати під контролем своїх батьків або партнерів відповідно до соціокультурних і гендерних норм - факт, який часто підкріплюється законами та положеннями про згоду. Все це може ще більше заважати їм звертатися по допомогу.

Подібно до інших вікових груп, такі перешкоди, як необізнаність в питаннях здоров'я, бідність та маргіналізація, також негативно впливають на доступ підлітків до допомоги, але, ймовірно, більшою мірою.

5.2.2 Моделі та компоненти

Діти та підлітки, які вживають наркотики, можуть проживати зі своїми сім'ями, але можуть також жити на вулиці після того як стали сиротами, були покинуті своїми сім'ями або в закладах пенітенціарної системи. Як наслідок, обставини та умови лікування для цих двох груп дітей та підлітків можуть суттєво відрізнятися від звичайного амбулаторного або реабілітаційного лікування і можуть передбачати ширше залучення аутич-центрів і центрів низькопорогового доступу у порівнянні з лікуванням розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, серед дорослих. Підлітків можуть приводити на лікування їхні батьки, стурбовані недавнім вживанням наркотиків.

Дослідження щодо лікування дітей та підлітків залишаються обмеженими, і раніше методичні матеріали щодо лікування дітей часто спиралися на результати досліджень щодо лікування дорослих. Попри те, що є обнадійливі докази щодо ефективності психосоціальної терапії для підлітків, дуже мало доказів є щодо лікування дітей молодшого віку. Для лікування дітей з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, необхідно розробити психосоціальні методи лікування відповідно до їх рівня когнітивного розвитку та життєвого досвіду. Своєю чергою, це може спричинити непередбачені проблеми, як-от різниця в реакції на медпрепарати між підлітками та дорослими.

Є й інші фактори, які необхідно враховувати при лікуванні дітей та підлітків з розладами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин.

- Юридичний статус дітей та підлітків щодо їх компетенції та здатності надавати згоду на лікування у різних країнах неоднаковий. Необхідно врахувати це та звернути увагу на згоду чи участь батьків, в разі необхідності.
- Діти та підлітки, які вживають наркотики, мають унікальні потреби в лікуванні та догляді, зумовлені їх незрілим мозком і когнітивним функціоналом, а також браком навичок подолання стресових ситуацій (коупінг), пов'язаним із незавершеним психосоціальним розвитком.

- Підліткам притаманна підвищена тяга до ризику та новацій, і вони дуже легко піддаються тиску з боку однолітків.
- Для наркозалежних підлітків характерна велика поширеність коморбідних психічних розладів та сімейних дисфункцій, які мають бути у центрі уваги процесу лікування.
- На відміну від дорослих, діти та підлітки менше схильні бачити смисл в обговоренні своїх проблем, у них більш конкретне мислення, менш розвинені мовні навички, й вони менш інтроспективні.
- Поведінкова терапія має бути адаптованою, з урахуванням обмежених когнітивних можливостей дітей та підлітків.
- Діти та підлітки можуть мати інші мотивації, ніж дорослі, щодо участі у лікуванні та обговоренні спільних цілей лікування з лікарем.

Лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, має бути індивідуально адаптоване до унікальних потреб підлітків, з урахуванням потреб в масштабах особистості, а не в контексті вживання наркотиків. При першій можливості, у процесі лікування необхідно якомога швидше виявити факти насильства над дитиною, жорстокого поводження з дитиною та ризик суїциду і заподіяння шкоди та вжити відповідних заходів для захисту дитини чи підлітка. Моніторинг вживання психоактивних речовин є ключовою умовою успішності лікування підлітків з метою забезпечення необхідної підтримки й додаткових структур, поки мозок підлітка знаходиться на стадії розвитку. У процесі лікування підлітки потребують більш різноманітних заходів підтримки, ніж дорослі. З огляду на початок статевого життя й більшу ймовірність сексуального насильства серед підлітків з наркотичною залежністю, добровільне тестування на захворювання, що передаються статевим шляхом, як-от ВІЛ, а також гепатити В і С, є важливою складовою лікування наркотичної залежності у підлітків. У процес лікування необхідно також включити такі стратегії: розвиток соціальних навичок, професійне навчання, сімейні втручання та охорона репродуктивного здоров'я, включаючи профілактику небажаної вагітності та захворювань, що передаються статевим шляхом.

У ході лікування необхідно намагатися залучати інші сфери соціального життя підлітків, як-от сім'я, школа, спорт і хобі, та визнати важливість позитивних стосунків з однолітками. Лікування підлітків повинно сприяти конструктивній участі батьків, коли це необхідно, та забезпечувати доступ до органів опіки й піклування.

Лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, та психічних розладів необхідно спланувати з урахуванням унікальних особливостей дітей та підлітків, та забезпечити його гнучкість у виявленні та задоволенні потреб в системі, яка найкращим чином захищає дітей та підлітків від шкоди, задовольняючи їх індивідуальні потреби в охороні здоров'я.

Аутріч-служби

Метою аутріч-програм є виявлення дітей та підлітків, які можуть потребувати медичних та соціальних послуг. Відповідні програми надають такі послуги у межах можливостей, враховуючи обмеження, пов'язані з умовами життя дитини (наприклад, на вулиці або в місцях позбавлення волі). Таким чином, аутріч-персонал працює з дітьми та підлітками в групі ризику, а потім виступає в ролі посередника в питаннях організації надання необхідних послуг. Ці послуги надаються для вирішення будь-якої із численних проблем, включаючи лікування психічних, поведінкових та соціальних розладів. У рамках аутріч-роботи скринінг може проводитися у форматі співбесіди з аутріч-персоналом з метою збору необхідної інформації для визначення потреби в направленні на лікування по різних напрямках та відігравати активну роль в організації направлення або лікування. Аутріч-служби можуть також проводити оцінку динаміки міжсімейних відносин та джерел вразливостей у сімейних стосунках. Причина і масштаби проблеми є менш важливими, ніж початок лікування.

Скринінг і оцінка

Традиційні програми стаціонарного та амбулаторного лікування дітей та підлітків зазвичай передбачають процедури скринінгу й відбору, які визначають прийнятність дитини чи підлітка для участі у програмі. Відповідно, під час приймання необхідно, як мінімум, забезпечити скринінг за трьома факторами ризику: серйозність розладу, пов'язаного з вживанням наркотичних речовин; ризик самоушкодження та заподіяння шкоди іншим; а також інші проблеми безпеки, як-от вразливість до зловживань (емоційна, сексуальна та/або фізична). Сукупність факторів ризику, а також ускладнення, пов'язані з іншими супутніми розладами, можуть вказувати на необхідність направлення дитини чи підлітка на більш прийнятне стаціонарне лікування, якщо амбулаторне лікування не може гарантувати належної підтримки та безпеки. В ході оцінки з'ясовуються життєві обставини, в яких перебуває дитина або підліток, та збирається її/його фізичний, психологічний, сімейний та соціальний анамнез для виявлення специфічних потреб у лікуванні та складання індивідуального плану лікування, який віддзеркалює сильні сторони та потреби дитини. Стандарти скринінгу та оцінки дітей і підлітків не повинні відрізнятися від стандартів, що використовуються для інших категорій населення.

Планування лікування

Дітей та підлітків з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, необхідно розглядати як невіддільну складову лікувальної групи, яка зосереджується на фізичному й психологічному здоров'ї. Дітей та підлітків необхідно розглядати не просто як пацієнтів, яких необхідно пасивно інформувати про стан їхнього здоров'я, а як активних учасників процесу прийняття клінічних рішень в парі з лікарем.

Крім того, на ранньому етапі процесу планування, ведення випадку необхідно ув'язати з відповідними громадськими службами, а у випадку стаціонарного лікування – прийняти рішення про повернення дитини в соціум. Планування лікування також вимагає співпраці зі шкільною системою і має враховувати потребу в безперервній формальній освіті.

Підходи до лікування

Вибір підходу до лікування дітей та підлітків з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, значною мірою залежать від використовуваної речовини (речовин). Як і в інших групах пацієнтів, лікування повинно включати психосоціальні втручання у поєднанні з медикаментозними препаратами, якщо необхідно. Однак існує мало досліджень щодо ефективності такої фармакотерапії для лікування зазначених категорій підлітків, і ще менше щодо їх ефективності для лікування дітей: у зв'язку з цим немає препаратів, дозволених для застосування у цих вікових групах. Існують певні підстави щодо використання агоністів опіоїдних рецепторів, як-от метадон та бупренорфін, для лікування підлітків у тих випадках, коли вони вважаються дієздатними для надання юридичної згоди на таке лікування. Таке лікування слід застосовувати тільки для підлітків з вираженою опіоїдною залежністю і високим ризиком продовження вживання наркотичної речовини. Дозвіл від батьків щодо будь-якого лікування необхідно отримувати у суворій відповідності до національного законодавства. Підлітки, які мають невеликий досвід вживання опіоїдів, і у них є значна сімейна та соціальна підтримка, можуть піддаватись лікуванню опіоїдної абстиненції незалежно від того, чи буде призначений налтрексон як стратегія профілактики рецидивів. Відповідна фармакологічна терапія також показана для лікування супутніх психіатричних розладів у рамках комплексного плану лікування, який також охоплює психосоціальні лікувальні тактики.

Психосоціальні підходи до лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, у дітей та підлітків повинні охоплювати широкий спектр їхніх потреб та використання індивідуального підходу, який враховує їхні вразливості та сильні сторони, а також історію розвитку від народження до теперішнього часу. Прикладами терапевтичних підходів до лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, у дітей та підлітків є підхід щодо набуття життєвих навичок, сімейна терапія та психоосвіта. Підліткам

буде корисно навчитися самоконтролю, соціальним навичкам та прийняттю рішень. При наявності та за умови випробування в місцевому рівні, використання цифрових технологій на основі доказових даних також може бути вбудоване у програми лікування.

Гендерні аспекти лікування підлітків

Урахування гендерних відмінностей має бути невіддільною частиною лікування дітей та підлітків. Хлопці, як правило, віддають перевагу змішаним гендерним групам, тоді як дівчата – групам тільки для дівчат, що зумовлено відмінностями як у соціалізації, так і в анамнезі вживання психоактивних речовин у дівчат та хлопців. Зважаючи на значно більшу поширеність фізичного, сексуального насильства, обміну сексу на наркотики серед дівчат, ніж серед хлопців, програми лікування необхідно принаймні частково диференціювати за гендерною ознакою і включати до них компоненти, що стосуються сексуального та репродуктивного здоров'я. Лікування дівчат може бути зосереджене на конкретних вразливостях, притаманних дівчатам, як-от депресія та фізичне і сексуальне насильство в минулому, тоді як при лікуванні хлопців може робитися акцент на проблемах контролю над імпульсами, порушеннях режиму у школі і порушеннях громадського порядку, а також на анамнезі проблем з поведінкою і навчанням. Разом з тим, більшість цих проблем необхідно буде вирішити без поділу за гендерною ознакою.

Таким чином, інвестиції в наркологічні служби, орієнтовані на надання допомоги підліткам, також сприятимуть економічному зростанню шляхом підвищення продуктивності праці, зменшення витрат на охорону здоров'я та переривання міжпоколінної передачі поганого здоров'я, бідності та дискримінації.

5.3 Розлади, пов'язані з вживанням наркотичних речовин особами, дотичними до системи кримінального правосуддя

5.3.1 Опис

Зростання кількості в'язнів у усьому світі накладає величезний фінансовий тягар на уряди, а також значні витрати на соціальну згуртованість суспільств. Згідно з попередніми оцінками, у жовтні 2015 року, у виправних закладах по всьому світу утримувалось понад 10,3 млн осіб, враховуючи засуджених та ув'язнених у досудовому порядку. Попри те, що жінки становлять лише 6,8% ув'язнених у світі, з 2000 року кількість жінок у в'язницях зросла на 50% у порівнянні з відповідним показником для чоловіків – 18% (Walmsley, 2015).

Згідно з попередніми оцінками, кожен третій ув'язнений у світі вживав незаконну психоактивну речовину в якийсь момент, перебуваючи у в'язниці (медіанна поширеність протягом всього життя 32,6% за даними 32 досліджень), причому 20,0% повідомляли про вживання попереднього року (медіанна поширеність за минулий рік за результатами 45 досліджень) і 16,0% - про поточне вживання (медіанна поширеність за минулий місяць за результатами 17 досліджень). Згідно з попередніми оцінками, особи з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, становлять велику частку ув'язнених у багатьох країнах (UNODC, 2017. UNODC, 2019).

Численні дослідження показали, що в тюрмах дуже поширене вживання наркотиків, включаючи ін'єкційне вживання, і спільне використання голочок та шприців є звичайним явищем. Практики небезпечних ін'єкцій у в'язниці, де рівень ВІЛ є високим, наражають осіб, які вживають ін'єкційні наркотики, на підвищений ризик зараження ВІЛ через використання заражених голочок та шприців (UNODC, 2017).

У глобальному масштабі приблизно 2,8% (2,05% до 3,65%) ув'язнених можуть мати активну форму туберкульозу із найвищими показниками у Східній Європі та Центральній Азії (4,9%), а також у Східній та Південній Африці (5,3%). Особи, які вживають наркотики у в'язниці, мають підвищений ризик зараження туберкульозом (UNODC, 2017).

Важливо проводити скринінг на вживання наркотиків та розлади, пов'язані з їх вживанням серед осіб, дотичних до системи кримінального правосуддя. Це дає можливість заохотити особу з позитивним результатом скринінгу отримати відповідну підтримку і, в разі необхідності, відповідне лікування з направленням до служб лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин. Це може потребувати координації дій системи кримінального правосуддя та систем медичної й соціальної допомоги. Лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, на основі доказових даних виявилось ефективним у зменшенні вживання психоактивних речовин та сприянні одужанню, розриваючи порочне коло «наркотики-злочин», а також зменшуючи рецидивну злочинність серед правопорушників та осіб, засуджених до покарань, з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, дотичних до системи кримінального правосуддя (Justice Policy Institute, 2008; Gumpert et al., 2010; Sun et al., 2015; Zhang et al., 2017).

Лікування осіб, дотичних до системи кримінального правосуддя, може – в залежності від характеру правопорушення – відбуватися як альтернатива засудженню або покаранню, або одночасно з винесенням вироку чи позбавленням волі (зокрема, у тюремних умовах).

Міжнародні конвенції з контролю над наркотиками (UN, 1961, 1971, 1988) передбачають надання лікування як часткової або повної альтернативи засудженню або покаранню (або одночасно із засудженням або покаранням), головним чином, за вчинення легких правопорушень особою з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин. Лікування як альтернатива засудженню або покаранню може здійснюватися в рамках континууму кримінального правосуддя на етапах досудового, судового розгляду та після винесення вироку.

5.3.2 Моделі та компоненти

Лікування та догляд на основі доказових даних повинні бути доступними усім особам, які страждають на розлади, пов'язані з вживанням наркотичних речовин, незалежно від їх правового статусу. Особам з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, дотичними до системи кримінального правосуддя, можуть бути запропоновані послуги з лікування наркоманії як альтернативи засудженню або покаранню, або одночасно із засудженням або покаранням, зокрема, в місцях позбавлення волі, залежно від тяжкості вчиненого злочину та отриманого чи не отриманого вироку. Для ефективного лікування осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, дотичних до системи кримінального правосуддя, необхідно враховувати ступінь тяжкості розладів, пов'язаних із вживанням наркотиків та коморбідні стани здоров'я. Відповідно до Мінімальних стандартних правил поводження з в'язнями Організації Об'єднаних Націй (Токійські правила) (UN, 1990), в'язниця завжди повинна бути «крайньою мірою». Крім того, слід враховувати особливі обставини щодо жінок, дотичних до системи кримінального правосуддя, відповідно до Правил ООН щодо поводження з жінками-в'язнями та заходів, не пов'язаних з позбавлення волі, в частині жінок-злочинниць (Бангкокські правила) (UN, 2011).

Коли особи з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, чинять легкі кримінальні злочини (незалежно від того, пов'язані вони з наркотиками, чи ні), лікування може бути запропоновано як альтернатива засудженню або покаранню відповідно до міжнародних конвенцій і норм. Надання лікування на основі доказових даних особам з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, дотичних до системи кримінального правосуддя, є ефективним заходом реагування на небезпеки в галузі громадського здоров'я і громадської безпеки (Belenko, Hiller and Hamilton, 2013; UNODC and WHO, 2019).

Особи з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, які не можуть скористатися лікуванням як альтернативою засудженню або покаранню, оскільки

відбувають покарання у в'язниці, потребують лікування та догляду у в'язниці чи інших закладах.

Скринінг та оцінка в умовах кримінального правосуддя

Взаємодія із системою кримінального правосуддя може стати можливістю заохочення осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, добровільно долучитися до лікування. Тому критично важливим є скринінг на вживання наркотиків та розлади, пов'язані з їх вживанням серед осіб, дотичних до системи кримінального правосуддя, бажано, у рамках ширшого скринінгу стану здоров'я.

Можливості для скринінгу та оцінки розладів стану здоров'я, включаючи розлади, пов'язані з вживанням наркотичних речовин, повинні бути присутніми на всіх точках зіткнення із системою кримінального правосуддя. Необхідно встановити в найкоротші терміни зіткнення із системою кримінального правосуддя, чи мають право правопорушники з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, на альтернативи засудженню або покаранню та застосовувати ці альтернативи у відповідних випадках. Органи системи правосуддя та охорони здоров'я повинні мати спільні можливості щодо оцінки лікування, щоб визначити, чи може воно слугувати альтернативою засудженню або покаранню. Крім того, вони повинні встановити, які варіанти лікування є найбільш прийнятними для конкретної особи, з урахуванням як вчиненого правопорушення, так і потреб в охороні здоров'я.

Точками та можливостями для залучення послуг з лікування осіб, які вживають наркотики, є входження в контакт з працівниками правоохоронних органів; первинне затримання та/або первинні судові слухання; тюрми та суди; повернення в систему кримінального правосуддя; виправні програми громадських робіт, зокрема, умовно-дострокове звільнення від відбування покарання для правопорушників. Усі залучені особи у кожній точці зіткнення мають можливість виявити ознаки можливого вживання наркотиків та розлади, пов'язані з вживанням наркотичних та інших психоактивних речовин, і забезпечити своєчасний скринінг стану здоров'я на розлади, пов'язані з їх вживанням. В разі отримання позитивного результату скринінгу, підготовленими фахівцями в галузі охорони здоров'я проводиться комплексна оцінка, яка дає можливість спланувати й реалізувати послідовні медичні заходи, особливо необхідні при лікуванні абстинентних синдромів, щоб уникнути надмірно болючих і в деяких випадках небезпечних процесів виведення затриманих осіб з наркозалежності. Скринінг на розлади, пов'язані з вживанням наркотичних та інших речовин, повинен бути невіддільною частиною стандартного огляду здоров'я на різних рівнях дотичності до системи кримінального правосуддя.

Оцінка – це безперервний процес, який відбувається на різних етапах дотичності до системи кримінального правосуддя щодо різних осіб. Наприклад, початкову оцінку можна було би провести на досудовому рівні, а пізніше – у пенітенціарному закладі. Існує кілька причин, які можна було б використати для повторної оцінки, зокрема, відчуття необхідності зміни методу лікування, зміни мотивації або стану здоров'я. Ризик суїциду слід враховувати на всіх етапах оцінки.

Оцінку розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, проводить виключно підготовлений персонал. Оцінка охоплює такі основні питання:

- Чи є безпосередній ризик для життя, в тому числі внаслідок передозування?
- Чи потребує особа негайного лікування, наприклад, у зв'язку з абстинентним синдромом або психозом?
- Чи відповідає схема вживання наркотиків схемі зловживання чи залежності?
- Чи зацікавлена особа в лікуванні розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин?
- Яке лікування отримувалося раніше?

- Які діапазони терапевтичних втручань можуть бути ефективними?
- Які види терапевтичних втручань доступні?
- Чи доступні такі втручання для осіб, які отримують лікування як альтернативу засудженню або покаранню, та/або утриманню в пенітенціарному закладі?
- У проведенні яких терапевтичних втручань особа зацікавлена?
- Чи є супутні медичні проблеми (включаючи психіатричні стани), які потрібно враховувати?
- Які правові наслідки прийняття чи відмови від лікування?

На основі всебічної оцінки особистості та її потреб у лікуванні, а також інших важливих життєвих факторів (медичних, соціальних, правових) важливо розробити підхід до лікування з урахуванням цих потреб. Важливо уникати підходів, орієнтованих виключно на покарання, або безструктурних підходів. Ефективне лікування осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, та історією правопорушень, повинно проводитися з урахуванням комплексних потреб та ризиків виникнення проблем, включаючи ризик рецидиву правопорушень.

Лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин в умовах кримінального правосуддя

Медичні послуги в системі кримінального правосуддя надаються за тими самими принципами, що й в будь-якій іншій ланці охорони здоров'я і медичної практики, та відповідають виду й обсягу, визначеним у Стандартах. Рішення, які приймаються посадовими особами в системі кримінального правосуддя, не повинні позбавляти особу права на охорону здоров'я і послуги, яких вона потребує.

Як правило, медичні послуги в системі кримінального правосуддя повинні відповідати рівню надання медичних послуг населенню (принцип справедливості). Необхідно налагодити зв'язки між системою кримінального правосуддя і службами в громаді для забезпечення безперервного надання послуг, послідовності та сталої якості допомоги.

Коли правопорушник з великою ймовірністю розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, стикається із системою кримінального правосуддя, наприклад, заарештований поліцією за злочин, пов'язаний з наркотиками, він повинен пройти скринінг з подальшою оцінкою стану та короткостроковими втручаннями, які проводяться кваліфікованим медичним працівником. Оцінка стану здоров'я дозволяє визначити, чи має правопорушник розлади, пов'язані з вживанням наркотичних речовин, які охоплюють залежність або зловживання, і в разі, якщо діагноз є негативним, передбачити короткострокове терапевтичне втручання (див. розділ 4.2.1), з оцінкою подальших потреб, ризиків та захисних факторів. Це також запобігає вчиненню нового правопорушення та/або рецидивізму. Якщо оцінка стану здоров'я визначає, що особа має наркотичну залежність, необхідно буде провести лікування наркозалежності на засадах доказової медицини. Цей підхід слід запропонувати як альтернативу засудженню або покаранню, або одночасно з винесенням вироку та позбавленням волі, залежно від правової ситуації. Якщо є інші соматичні/психічні проблеми здоров'я або соціальні проблеми, правопорушника необхідно направити до служб, які надають лікування та догляд відповідно до випадку. Як альтернатива, ці служби можуть бути інтегровані в систему лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин.

Лікування залежності від наркотичних речовин в умовах системи кримінального правосуддя

Коли правопорушник із наркотичною залежністю стикається із системою кримінального правосуддя, малоімовірно, що він отримуватиме адекватне лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин. Взаємодія із системою кримінального правосуддя дає

можливість запропонувати правопорушнику лікування наркотичної залежності, якого він потребує.

Якщо припустити, що правопорушник дає згоду на лікування, діагностична оцінка лікарем має привести до розроблення плану лікування. На цьому етапі необхідно встановити, чи відповідає особа вимогам та чи готова вона брати участь у доступних варіантах лікування, включаючи лікування, як альтернативу засудженню або покаранню, у відповідних випадках. Діагностична оцінка повинна також охоплювати інші медичні, психічні або соціальні проблеми, а також фактори, які могли б змінити ризик вчинення нового правопорушення та/або рецидивізму. Це має важливе значення для розроблення плану лікування відповідно до потреб особи. Якщо особа бажає брати участь в лікуванні, необхідно обговорити наявність та доступність відповідних послуг щодо лікування. Якщо прийнято рішення про намір продовжувати лікування, відповідним суб'єктам кримінального правосуддя необхідно вирішити, чи може бути надане лікування як часткова або повна альтернатива засудженню або покаранню, а також чи надавати лікування під час ув'язнення – зокрема, у в'язниці - і окреслити умови, на підставі яких це рішення приймається. Умови в системі правосуддя можуть відрізнятися від первинного відвідування сеансів лікування до етапу постійної участі у програмі лікування для конкретних проміжних результатів лікування, як-от утримання або зменшення вживання наркотиків. Якщо підхід до лікування не дає бажаного результату, необхідно розглянути підходи до альтернативних методів лікування, які краще відповідатимуть потребам правопорушника з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, щодо надання медичної й соціальної допомоги.

Послуги для осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотиків, дотичних до системи кримінального правосуддя, повинні зосереджуватися не лише на потребах в охороні здоров'я, а й на когнітивних, поведінкових аспектах, відносинах та контекстних факторах, пов'язаних з рецидивізмом і повторним правопорушенням. Програми лікування і втручання повинні враховувати ці конкретні потреби правопорушників з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, і комплексно їх вирішувати. Це не тільки дозволить досягти очікуваних результатів для здоров'я, але й запобігти повторному правопорушенню та рецидивізму.

5.3.3 Лікування як альтернатива засудженню або покаранню

Ефективне лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, у рамках охорони громадського здоров'я і громадської безпеки у контексті проблеми зростання кількості ув'язнених в усьому світі, є належною альтернативою засудженню або покаранню осіб із зазначеними розладами.

Для осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, які вчиняють правопорушення щодо незаконного володіння певними кількостями наркотичних речовин (які включені до переліку контрольованих груп речовин, передбачених міжнародними конвенціями) для особистого споживання та інші легкі правопорушення, міжнародними конвенціями з контролю за наркотиками передбачені такі заходи, як лікування, освіта, догляд, реабілітація або соціальна реінтеграція, в тому числі як повну альтернативу засудженню або покаранню (ООН, 1961, 1971, 1988). Крім того, у Сполучених Штатах існує низка стандартів і норм щодо застосування заходів, не пов'язаних з тюремним ув'язненням, які є зобов'язальними (UN, 1990, 2011).

Існує широкий спектр альтернативних застосовних заходів у межах континууму кримінального правосуддя – від досудового до судового розгляду та післясудового етапу, з деякими відмінностями у системах загального і континентального права (UNODC and WHO, 2019). Особи з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, дотичні до системи кримінального правосуддя, стикаються з численними проблемами. Тому програми лікування повинні мати можливість через свої мережі адекватно вирішувати додаткові

потреби пацієнтів, зокрема, щодо забезпечення житлом, працевлаштування, врегулювання правових, фінансових та сімейних проблем.

Програми лікування в умовах кримінального правосуддя часто починаються із забезпечення достатньо структурованих терапевтичних втручань, включаючи суворий токсикологічний моніторинг і систему стимулів і, меншою мірою, санкції для забезпечення дотримання режиму лікування. З часом, коли пацієнти досягають прогресу, програми знижують інтенсивність послуг та нагляду.

У таблиці 2 наведено деякі ключові точки втручання і види програм перевиховання різних країн, впроваджених у рамках безперервної допомоги в умовах системи кримінального правосуддя (UNODC and WHO, 2019). У людини завжди має бути вибір прийняти або відхилити варіант лікування та умови, пов'язані з цим вибором. Звичайні правові гарантії, включаючи право на оскарження, повинні завжди супроводжувати лікування в умовах судового нагляду.

Таблиця 2. Основні заходи втручання та види програм перевиховання у різних країнах, впроваджені у рамках безперервної допомоги в умовах системи кримінального правосуддя (UNODC and WHO, 2019).

АДМІНІСТРАТИВНІ ЗАХОДИ	КРИМІНАЛЬНО-ПРАВОВІ ЗАХОДИ		
ДО АРЕШТУ	ДО СУДУ	СУДОВІ СЛУХАННЯ / ВИНЕСЕННЯ ВИРОКУ	ВИКОНАННЯ ПОКАРАНЬ
<p>Поліція</p> <ul style="list-style-type: none"> Адміністративні заходи з інформуванням/направленням на лікування 	<p>Поліція, прокурор, захисник, слідчий суддя</p> <ul style="list-style-type: none"> Попередження з перевихованням у контексті програм освіти та/або лікування Умовне звільнення/ Умовне призупинення судового переслідування Умовна застава (альтернатива досудовому затриманню) 	<p>Суддя, співробітники служби пробації</p> <ul style="list-style-type: none"> Відстрочення вироку елементом лікування 3 Відстрочення виконання вироку елементом лікування 3 Пробаційно/судовий нагляд Спеціальні суди/лави підсудних (наприклад, суд з питань лікування наркотичної залежності) 	<p>Начальник тюрми, комісія з умовно-дострокового звільнення, міністр юстиції</p> <ul style="list-style-type: none"> Дострокове звільнення/ умовно-дострокове звільнення/ помилування елементом лікування 3

5.3.4 Лікування в умовах пенітенціарних закладів

В'язниця повинна бути «крайньою мірою». Коли особи з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, отримують вирок, який передбачає тюремне ув'язнення - що є «крайньою мірою» в системі кримінального правосуддя - але не мають права на лікування як альтернативи засудженню або покаранню, їм пропонують лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотиків, в умовах пенітенціарної системи.

Загалом, заходи терапевтичного втручання у пенітенціарному закладі повинні бути аналогічні тим, що доступні населенню в цілому (як зазначено в попередніх главах). Ці заходи повинні враховувати специфічні обставини осіб, з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, підданих санкціям системи кримінального правосуддя, включаючи позбавлення волі. Терапевтичні втручання завжди повинні бути добровільними та ґрунтуватися на усвідомленій згоді пацієнта. Кожен, хто має доступ до послуг, включаючи осіб, які перебувають під наглядом системи кримінального правосуддя, повинен мати право відмовитись від лікування, навіть якщо це тягне за собою інші заходи щодо позбавлення або непозбавлення волі.

Забезпечення найкращого можливого лікування осіб, які перебувають у пенітенціарних закладах, порушує низку складних питань, включаючи питання логістики, зокрема, хто повинен надавати лікування, де і коли.

Одне зі складніших питань стосується належного кадрового забезпечення програм лікування. У деяких пенітенціарних закладах штатні співробітники проходять навчання щодо надання послуг з лікування, тоді як в інших пенітенціарних закладах зовнішні надавачі послуг укладають контракти на надання послуг. Ці кадрові рішення повинні бути спрямовані на досягнення найкращих результатів в умовах мінімальних можливих витрат. Однак, як правило, результати для пацієнтів залежать від якості послуг, а не від приналежності надавача послуг до тої чи іншої організації.

В ідеалі, осіб, які проходять лікування, необхідно ізолювати від загального контингенту з метою створення терапевтичного середовища. Повернення осіб на етапі одужання до загального контингенту ув'язнених піддає їх високому ризику вживання наркотиків і рецидиву, і може звести нанівець результати, досягнуті в ході лікування. Якщо створити ізольоване середовище неможливо, необхідно вжити заходів щодо мінімізації впливу зовнішніх факторів ризику (наприклад, передбачити окремий графік вживання їжі та відпочинку). Рішення про лікування також повинні враховувати кількість часу, що залишився до кінця терміну ув'язнення. Заклади повинні враховувати, як довго особа буде перебувати в місцях позбавлення волі, а потім передбачити завершення призначених послуг з лікування до звільнення або забезпечити продовження лікування після звільнення.

Деякі особливі міркування у контексті заходів щодо лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин в пенітенціарних закладах, такі:

Медикаментозна терапія абстинентного синдрому: Якщо у виправних закладах лікування синдрому скасування неможливе, необхідно обов'язково направити особу до зовнішнього закладу надання допомоги. Змушувати осіб проходити фазу абстиненції без надання допомоги не лише неетично, а й може загрожувати здоров'ю та безпеці.

Амбулаторне або стаціонарне лікування в пенітенціарних закладах може включати періоди інтенсивного лікування з подальшим періодом менш інтенсивного лікування. Цей метод «зниження рівня інтенсивності» лікування в першу чергу призначений для осіб, які отримують послуги інтенсивного лікування у пенітенціарному закладі та які, повернувшись у соціум, все ще потребують лікування, хоча й менш інтенсивного. Поступове зниження інтенсивності лікування повинно залежати від дотримання особою її цілей лікування.

Реабілітаційне лікування може надаватися у спеціалізованих відділеннях в'язниці. Такі програми є надзвичайно корисними, якщо вони орієнтовані на певні групи високого ризику, зокрема, молодих правопорушників, жінок та осіб з психічними розладами. Наявність спеціалізованого реабілітаційного середовища мінімізує ризики, особливо з боку загального контингенту пенітенціарних закладів, у формі переслідування особи, яка проходить лікування. Це спеціалізоване відділення також допомагає зосередитися на проблемах, що стосуються підгруп (зокрема, подолання травм серед жінок, які пережили небезпечні ситуації).

Терапевтична спільнота - це модель реабілітаційного лікування, яку можна адаптувати до загального контингенту пенітенціарного закладу. Терапевтичні програми в пенітенціарних закладах необхідно впроваджувати в окремому відділенні зі структурою та послугами, подібними до аналогічних програм поза пенітенціарними закладами.

Профілактика передозування опіоїдами є ключовим втручанням, особливо при звільненні з в'язниці. Для осіб з розладами, пов'язаними з вживанням опіоїдів, початок або продовження підтримувального лікування агоністами опіоїдів у в'язниці виявилось ефективним у запобіганні передозуванню опіоїдами після звільнення.

Для зменшення ризику передозування опіоїдами після звільнення з в'язниці, особам з анамнезом вживання опіоїдів, а також їхнім родинам і друзям, дози налоксону надаються додому разом з інструкціями та/або навчанням щодо його застосування при передозуванні опіоїдами.

Список використаних джерел

Belenko, S, Hiller, M and Hamilton, L (2013). Treating Substance Use Disorders in the Criminal Justice

System. *Current Psychiatry Reports*. Springer US, 15(11), p. 414. doi: 10.1007/s11920-013-0414-Z.

CND (2016) Resolution 59/4 Development and dissemination of international standards for the treatment of drug use disorders. Available at: https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_59/Resolution_59_4.pdf (Accessed: 13 August 2019).

Conrod, PJ and Nikolaou, K (2016). Annual Research Review: On the developmental neuropsychology of substance use disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. John Wiley & Sons, Ltd (10.1111), 57(3), pp. 371-394. doi: 10.1111/jcpp.12516.

Corrigan, PW et al. (2017). Developing a research agenda for reducing the stigma of addictions, part II: Lessons from the mental health stigma literature. *The American Journal on Addictions*, 26(1) pp. 67-74. doi: 10.1111/ajad.12436.

Cottler, L (2000). Composite International Diagnostic Interview—Substance Abuse Module (CID-ISAM).

Degenhardt, L et al. (2018). The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Psychiatry*. 5(12), pp. 987-1012. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30337-7.

Dennis, ML, Foss, MA and Scott, CK (2007). An Eight-Year Perspective on the Relationship Between the Duration of Abstinence and Other Aspects of Recovery. *Evaluation Review*. 31(6), pp. 585-612. doi: 10.1177/0193841X07307771.

Dennis, ML, Scott, CK and Laudet, A (2014). Beyond Bricks and Mortar: Recent Research on Substance Use Disorder Recovery Management. *Current Psychiatry Reports*. 16(4), p. 442. doi: 10.1007/s11920-014-0442-3.

Donovan, DM et al. (2013). 12-step interventions and mutual support programs for substance use disorders: an overview. *Social work in public health*. NIH Public Access, 28(3-4), pp. 313-32. doi: 10.1080/19371918.2013.774663.

Drummond, DC (1990). The relationship between alcohol dependence and alcohol-related problems in a clinical population. *British Journal of Addiction*. X5, pp. 357-366. doi: 10.1111/j.1360-0443.1990.tb00652.x.

DuPont, RL, Compton, WM and McLellan, AT (2015). Five-Year Recovery: A New Standard for Assessing Effectiveness of Substance Use Disorder Treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Elsevier, 58, pp. 1-5. doi: 10.1016/j.jsat.2015.06.024.

Ernst, D, Miller, WR and Rollnick, S (2007). Treating substance abuse in primary care: a demonstration project. *International Journal of Integrated Care*. Ubiquity Press, 7(4). doi: 10.5334/ijic.213.

First, MB, Williams, JBW, Karg, RS, & Spitzer, RL (2015). Structured Clinical Interview for DSM-5: Research Version'.

Garner, BR et al. (2014). Recovery Support for Adolescents with Substance use Disorders: The Impact of Recovery Support Telephone Calls Provided by Pre-Professional Volunteers. *Journal of substance abuse and alcoholism*. NIH Public Access, 2(2), p. 1010. PMID: PMC4285388.

GBD 2017 Risk Factor Collaborators (2018). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. Elsevier, 392(10159), pp. 1923-1994. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32225-6.

Gumpert, CH et al. (2010). The Relationship Between Substance Abuse Treatment and Crime Relapse Among Individuals with Suspected Mental Disorder, Substance Abuse, and Antisocial Behavior: Findings from the MSAC Study. *International Journal of Forensic Mental Health*. Taylor & Francis Group, 9(2), pp. 82-92. doi: 10.1080/14999013.2010.499557.

Hai, AH et al. (2019). The efficacy of spiritual/religious interventions for substance use problems: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Drug and Alcohol Dependence*. 202, pp. 134-148. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2019.04.045.

Justice Policy Institute (2008). Substance Abuse Treatment and Public Safety: Policy Brief. Available at: http://www.justicepolicy.org/images/upload/08_01_REP_DrugTx_AC-PS.pdf (Accessed: 1 October 2019).

Koob, GF and Volkow, ND (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), pp. 760-773. doi: 10.1016/S2215-0366(16)00104-8.

Livingston, JD et al. (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction*, 107(1), pp. 39-50. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x.

Lopez-Quintero, C et al. (2011). Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug and Alcohol Dependence*. 115(1-2), pp. 120-130. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.11.004.

McCollister, KE et al. (2013). Cost-effectiveness analysis of Recovery Management Checkups (RMC) for adults with chronic substance use disorders: evidence from a 4-year randomized trial. *Addiction*. 108(12), pp. 2166-2174. doi: 10.1111/add.12335.

McLellan, AT, Luborsky, L, Woody, GE, O'Brien, CP (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disorders*. 168(1), pp. 26-33. doi: 10.1097/00005053-198001000-00006.

Miller, PM, Peter M (2013). Interventions for addiction. Vol. 3: comprehensive addictive behaviors and disorders. Elsevier Science. Available at: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-398338-1.05001-6> (Accessed: 21 February 2020).

NIDA (2012). Principles of drug addiction treatment- A research-based guide. Available at: https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podat_1.pdf (Accessed: 13 August 2019).

Rapp, RC et al. (2006). Treatment barriers identified by substance abusers assessed at a centralized intake unit. *Journal of substance abuse treatment*. NIH Public Access, 30(3), pp. 227-35. doi:10.1016/j.jsat.2006.01.002.

Rhodes, T (1996). Outreach work with drug users: principles and practice. Strasbourg: Council of Europe Pub.

SAMHSA (2015). Screening and Assessment of Co-Occurring Disorders in the Justice System. Rockville (HHS Publication No. (SMA)-15-4930. Rockville, MD). Available at: <https://store.samhsa.gov/system/files/sma15-4930.pdf> (Accessed: 21 February 2020).

Sheehan, DV et al. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 59 Suppl 20:22-33; quiz 34-57.

Sheehan, DV (2016). The Mini International Neuropsychiatric Interview for DSM 5 (MINI).

Silveri, MM et al. (2016). Neurobiological signatures associated with alcohol and drug use in the human adolescent brain. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. Pergamon, 70, pp. 244-259. doi:10.1016/J.NEUBIOREV.2016.06.042.

Stockwell, TR et al. (1979). The Development of a Questionnaire to Measure Severity of Alcohol Dependence. *British Journal of Addiction*, 74, pp. 79-87. doi: 10.1111/j.1360-0443.1979.tb02415.x.

Sun, H-M et al. (2015). Methadone maintenance treatment programme reduces criminal activity and improves social well-being of drug users in China: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*. 5(1), p. e005997. doi: 10.1136/bmjopen-2014-005997.

Torrens M, Mestre-Pintó, J-I and Domingo-Salvany, A (2015). Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe', *European Monitoring Centre for Drug Addiction*. doi: 10.2810/532790.

UN (1961). Single Convention on Narcotic Drugs of 1961. Available at: <https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/conventions.html> (Accessed: 13 August 2019).

UN (1971). Convention on Psychotropic Substances of 1971. Available at: <https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/conventions.html> (Accessed: 13 August 2019).

UN (1988). United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances of 1988. Available at: <https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/conventions.html> (Accessed: 13 August 2019).

UN (1990). United Nations Standard Minimum Rules for Non-custodial Measures (The Tokyo Rules). Available at: <https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/tokyorules.pdf> (Accessed: 1 October 2019).

UN (2011). United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-custodial Measures for Women Offenders (the Bangkok Rules). Available at: https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/Crime_Resolutions/2010-2019/2010/General_Assembly/A-RES-65-229.pdf (Accessed: 1 October 2019).

UN (2016). Outcome document of the 2016 United Nations General Assembly Special Session on the World Drug Problem (UNGASS): "Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem". Available at: <https://undocs.org/A/RES/S-30/1> (Accessed: 1 October 2019).

UNODC (2003). Developing an Integrated Drug Information System: Global Assessment Programme on Drug Abuse (GAP) Toolkit. Available at: https://www.unodc.org/documents/publications/gap_toolkit_module1_idis.pdf (Accessed: 1 October 2019).

UNODC (2008b). *Treatnet: International Network of Drug Dependence Treatment and Rehabilitation Resource Centres. Good practice document Sustained Recovery Management Good Practice*. Available at: www.unodc.org/treatnet (Accessed: 1 October 2019).

UNODC (2012). *TREATNET Quality Standards for Drug Dependence Treatment and Care Services*. Available at: https://www.unodc.org/docs/treatment/treatnet_quality_standards.pdf (Accessed: 1 October 2019).

UNODC (2014). *Guidance for Community-Based Treatment and Care Services for People Affected by Drug Use and Dependence in Southeast Asia*. Available at: https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC_cbtx_guidance_EN.pdf (Accessed: 1 October 2019).

UNODC (2015). *World Drug Report 2015* (United Nations publication, Sales No. E.15.XI.6).

UNODC (2016). *World Drug Report 2016* (United Nations publication, Sales No. E.16.XI.7).

UNODC (2017). *World Drug Report 2017* (ISBN: 978-92-1-148291-1, eISBN: 978-92-1-060623-3, United Nations publication, Sales No. E.17.XI.6).

UNODC (2018). *World Drug Report 2018* (United Nations publication, Sales No. E.18.XI.9).

UNODC (2019b). *World Drug Report 2019* (United Nations publication, Sales No. E.19.XI.8).

UNODC and WHO (2008). *Principles of Drug Dependence Treatment: discussion paper*. Available at: <https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf> (Accessed: 30 September 2019).

UNODC and WHO (2018). *International Standards on Drug Use Prevention (Second Updated Edition)*. Available at: https://www.unodc.org/documents/prevention/standards_180412.pdf (Accessed: 12 August 2019).

UNODC and WHO (2019). *Treatment and care for people with drug use disorders in contact with the criminal justice system: alternatives to conviction or punishment*. Available at: https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC_WHO_Alternatives_to_conviction_or_punishment_EN_0919.pdf (Accessed: 1 October 2019).

Wagner, F and Anthony, JC (2002). From First Drug Use to Drug Dependence Developmental Periods of Risk for Dependence upon Marijuana, Cocaine, and Alcohol. *Neuropsychopharmacology*. 26(4), pp. 479-488. doi: 10.1016/S0893-133X(01)00367-0.

Walmsley, R (2015). *World Prison Population List eleventh edition*. Available at: https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_prison_population_list_11th_edition_0.pdf (Accessed: 21 February 2020).

White, LW (2012). Recovery/Remission from Substance Use Disorders: An Analysis of Reported Outcomes in 415 Scientific Reports, 1868-2011. Available at: https://www.naadac.org/assets/2416/whitewl2012_recoveryremission_from_substance_abuse_disorders.pdf (Accessed: 1 October 2019).

White, WL (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 33(3), pp. 229-241. doi: 10.1016/j.jsat.2007.04.015.

WHO (2001). *AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care*. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67205>.

WHO (2003). Organization of services for mental health. Geneva, World Health Organization, 2003 (Mental Health Policy and Service Guidance Package).

WHO (2004). Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Available at: https://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf (Accessed: 1 October 2019).

WHO (2009). Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43948>.

WHO (2010a). The Alcohol, Smoking and Substance involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care / prepared by Humeniuk, R[et al]. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44320>.

WHO (2010b). The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: manual for use in primary care. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44321/9789241599399_eng.pdf?sequence=1 (Accessed: 1 October 2019).

WHO (2012a). Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75357>.

WHO (2012b). WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44068>.

WHO (2014a). Community management of opioid overdose. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/137462>.

WHO (2014b). Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107130>.

WHO (2016). mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP), version 2.0. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>.

WHO (2018). Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders: WHO guidelines. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/275718>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WHO (2019a). ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics. Available at: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (Accessed: 30 September 2019).

WHO (2019b). The Thirteenth General Programme of Work, 2019-2023, was approved by the Seventy-first World Health Assembly in resolution WHA71.1 on 25 May 2018. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324775/WHO-PRP-18.1-eng.pdf> (Accessed: 30 September 2019).

WHO (2019c). The WHO Special Initiative for Mental Health (2019-2023): Universal Health Coverage for Mental Health. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/310981/WHOMSD-19.1-eng.pdf?ua=1> (Accessed: 30 September 2019).

Zhang, H-H et al. (2017). Evaluation of a community-based integrated heroin addiction treatment model in Chinese patients. *Oncotarget. Impact Journals, LLC*, 8(33), pp. 54046-54053. doi: 10.18632/oncotarget.18681.

НОТАТКИ

UNOFFICIAL TRANSLATION

World Health Organization

Alcohol, Drugs and Addictive Behaviours (ADA)
Department of Mental Health and Substance Use (MSD)
20 avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland
http://www.who.int/substance_abuse/

United Nations Office on Drugs and Crime

Prevention, Treatment and Rehabilitation Section
Drug Prevention and Health Branch
Vienna International Centre
P.O. Box 500
A-1400 Vienna
Austria
<https://www.unodc.org>

Всесвітня організація охорони здоров'я

Відділ з питань алкоголю, наркотиків та адиктивних поведінок (ADA)
Департамент з питань психічного здоров'я та вживання наркотичних речовин (MSD)
20 avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland
http://www.who.int/substance_abuse/

Управління з наркотиків та злочинності Організації Об'єднаних Націй

Відділ з питань профілактики, лікування та реабілітації
Відділення з питань профілактики споживання наркотиків та здоров'я
Vienna International Centre
P.O. Box 500
A-1400 Vienna
Austria
<http://www.unodc.org>

