

# **Международные стандарты лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств**

## **Проект для опробования на местах**

© Управление ООН по наркотикам и преступности, март 2016 г.

Настоящая публикация официально не редактировалась.

## Выражение признательности

Управление Организации объединенных наций по наркотикам и преступности (УПН ООН) выражает признательность следующим лицам и организациям за их бесценный вклад в процесс публикации данных стандартов:

Международной группе экспертов за предоставление научных доказательств, методическую помощь и разработку основного проекта стандартов, в том числе (в алфавитном порядке):

д-ру Дэвиду Басанква, Уганда; д-ру Адаму Бисака, США; д-ру Сандре Браун, США; г-ну Тому Брауну, США; д-ру Уиллему Ван Ден Бринку, Нидерланды; д-ру Лукасу Джорджу Виссингу, Нидерланды; д-ру Стиву Гасту, США; д-ру Хендри Джонсу, США; г-ну Умберто Карвальо, США; д-ру Майклу Кларку, США; д-ру Мартину Коойману, Нидерланды; д-ру Евгению Клиц рупицкому, Россия; д-ру Кэтлин Кэрролл, США; д-ру Отто Лешу, Австрия; д-ру Эндрю Томасу Маклеллану, США; д-ру Икро Мареманни, Италия; д-ру Дугласу Марлоу, США; д-ру Эдварду Нуньесу, США; д-ру Изидоре Обот, Нигерия; д-ру Риза Сарасвита, Индонезия; д-ру Джону Странгу, Великобритания; д-ру Эмилису Субата, Литва; д-ру Роберто Тиканори Киношита, Бразилия; д-ру Марте Торренс, Испания; д-ру Лоретте Финнеган, США; д-ру Габриэле Фишер, Австрия.

Европейскому центру мониторинга наркотиков и наркозависимости (ЕЦМНН), в частности, д-ру Марике Ферри; Национальному институту по вопросам злоупотребления наркотическими средствами (NIDA); Межамериканской комиссии по борьбе со злоупотреблением наркотиками (CICAD), в частности, г-же Александре Хилл; Управлению службы лечения наркотической зависимости и психических расстройств (SAMHSA); международной организации «План Коломбо», в частности, г-же Веронике Фелипе, г-ну Биану Хау Тэй и г-же Вайноне Пандан.

д-ру Владимиру Позняку, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и д-ру Джилберто Герра, УПН ООН, координировавшим совместные усилия УПН ООН и ВОЗ в рамках Программы УПН ООН-ВОЗ по лечению наркозависимости и последующему уходу.

Сотрудникам ВОЗ, в частности, д-ру Николасу Кларку за всестороннюю поддержку и обзор стандартов, д-ру Шехару Саксена за его вклад в разработку стандартов и г-ну Сезару Леос-Торо, консультанту, за поддержку.

Следующим сотрудникам УПН ООН за их отдачу и существенный вклад, которые помогли воплотить данный документ в жизнь (в алфавитном порядке): г-же Ане Буссе, г-же Джованне Кампелло, д-ру Игорю Куценок, г-же Элизабет Мэттфелд, д-ру Элизабет Саенс, а также консультантам г-же Кристине Гамбоа и г-же Ольге Параккал.

Следующим сотрудникам УПН ООН за их преданность делу и организационную поддержку на всех этапах процесса разработки Международных стандартов: г-же Сесилии Хандаяни-Хассманн, г-же Эмили Финкельштейн и г-же Наталье Гранингер.

Сотрудникам УПН ООН в региональных представительствах и экспертам в разных странах мира за оказание существенной поддержки.

## Содержание

|                                                                                                                         |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. Введение .....                                                                                                       | 5   |
| 2. Основные принципы и стандарты лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств .....             | 12  |
| 3. Методы лечения и вмешательства .....                                                                                 | 23  |
| 3.1 Аутрич-работа на уровне микросоциума .....                                                                          | 23  |
| 3.2 Скрининг, краткосрочные вмешательства и направления на лечение .....                                                | 27  |
| 3.3 Краткосрочное лечение в условиях стационара или реабилитационного центра .....                                      | 33  |
| 3.4 Амбулаторное лечение .....                                                                                          | 44  |
| 3.5 Долгосрочное стационарное реабилитационное лечение .....                                                            | 60  |
| 3.6 Мероприятия по поддержанию ремиссии .....                                                                           | 73  |
| 4. Особые группы пациентов .....                                                                                        | 80  |
| 5. Характеристики эффективной системы оказания услуг по лечению расстройств, связанных с употреблением наркотиков ..... | 103 |
| Список использованных материалов .....                                                                                  | 114 |

# Глава 1: Введение

## 1.1 Краткая информация

По имеющимся оценкам, в 2013 году 246 миллионов, или 1 из 20 человек в возрасте от 15 до 64 лет употребляли запрещенные наркотики. Примерно каждый десятый из принимающих запрещенные наркотики страдает расстройствами, вызванными их употреблением. Почти половина лиц с такими расстройствами употребляют инъекционные наркотики, из них более 10% инфицированы ВИЧ. Расстройства, связанные с употреблением наркотиков, являются одной из главных глобальных проблем здоровья.

Расстройства, связанные с употреблением наркотических средств, представляют серьезную проблему для здоровья, являясь значительным бременем для лиц, имеющих такие расстройства, и членов их семей. Это также влечет значительный ущерб для общества, в том числе снижение производительности труда, вызовы безопасности, преступность и беззаконие, увеличение расходов на здравоохранение и целый ряд негативных социальных последствий. Оказание помощи лицам, страдающим расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, тяжелым бременем ложится на системы общественного здравоохранения государств-членов, и, следовательно, усовершенствование систем лечения, чтобы сделать их как можно лучше, может, несомненно, принести пользу не только пациентам, но и их общинам и обществу в целом.

Благодаря множеству неточных толкований, преобладавших в прошлом, наркозависимость считается социальной проблемой, нравственным падением, патологией характера, виновным поведением, подлежащим наказанию, или простым результатом ненадлежащего воздействия лекарственных средств, вызывающих зависимость. Данный упрощенный и идеологический подход был предложен, когда мы не имели научного понимания механизмов мозга, играющих центральную роль в формировании и сохранении поведенческих признаков и симптомов расстройств, связанных с употреблением наркотиков. После многолетних медицинских исследований сейчас под наркозависимостью мы понимаем комплексное биологическое и поведенческое расстройство под воздействием многих факторов. Эти научные достижения дают нам возможность разрабатывать планы лечения, помогающие нормализовать функционирование мозга наркозависимых лиц, и оказывать им поддержку в изменении поведения. Предложение вариантов лечения, основанных на научных доказательствах, в настоящее время помогает миллионам пострадавших вновь обрести контроль над своей жизнью и начать продуктивную жизнь в процессе реабилитации.

К сожалению, устаревшие взгляды на расстройства, связанные с употреблением наркотиков, все еще сохраняются во многих странах мира. Стереотипы и

дискриминация в отношении наркозависимых и работающих с ними специалистов существенно подрывают проведение качественных лечебных вмешательств в этой области, препятствуя разработке средств лечения, обучению медицинских специалистов и инвестициям в программы реабилитации. И хотя доказательства ясно показывают, что расстройства, связанные с употреблением наркотических средств, наиболее успешно лечатся в рамках системы общественного здравоохранения, аналогично другим медицинским проблемам, таким как ВИЧ или гипертония, включить лечение наркозависимости в систему здравоохранения все еще крайне сложно во многих странах, где наблюдается огромный разрыв между наукой, политикой и клинической практикой.

Во многих странах мира сохраняется старый взгляд на наркоманию, где ответственность за лиц с наркозависимостью несут другие ведомства, а не Министерство здравоохранения. Ведение пациентов с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, учреждениями Министерства внутренних дел, Министерства юстиции или Министерства обороны без участия или надзора со стороны Министерства здравоохранения вряд ли принесет долгосрочные благоприятные результаты. Только лечение, в основе которого лежит понимание наркозависимости, прежде всего, как поведенческого расстройства, которое может лечиться с применением медицинских или психологических методов, может повысить шансы на излечение от расстройства. Маловероятно, что использование одних только правоприменительных стратегий и методов даст устойчивый положительный эффект.

Данные УПН ООН, содержащиеся во Всемирном докладе о наркотиках, свидетельствуют о том, что в настоящее время на глобальном уровне только 1 из 6 человек, нуждающихся в лечении наркозависимости, имеет доступ к программам лечения, 1 из 11 — в странах латинской Америки и 1 из 18 — в странах Африки. Лечение во многих странах доступно только в крупных городах, а в провинциях, в частности в сельской местности, не проводится. К сожалению, во многих регионах предлагаемое лечение зачастую неэффективно, не имеет научной доказательной базы, иногда не соответствует принципам, лежащим в основе прав человека, и не является добровольным. Такая же ситуация наблюдается и в ряде развитых стран, где научно обоснованные программы лечения часто представлены в недостаточном количестве.

## 1.2 Расстройства, связанные с употреблением наркотических средств

Употребление наркотических средств и психотропных веществ без медицинского наблюдения в немедицинских целях может быть опасным. По этой причине производство, продажа, распространение и употребление этих веществ регулируется международными договорами (Конвенции 1961, 1971, 1988 гг.) во избежание негативных последствий, которые могут представлять угрозу здоровью и безопасности.

Примерно у 10% лиц, начинающих принимать наркотики, со временем появляются

изменения в поведении и другие симптомы Расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, согласно диагностической системе DSM-5, или Наркотической зависимости и пагубного употребления психоактивных веществ по МКБ-10.

В основе синдрома наркотической зависимости лежат сильное и непреодолимое желание принять наркотик и неспособность контролировать объем принятого средства, что приводит к увеличению употребляемых доз и времени, проводимого в поисках наркотиков. Желание принять наркотик может сохраняться или легко возникать вновь даже после периода абстиненции и приводить к возобновлению регулярного приема, несмотря на сильное желание прекратить употребление. Со временем употребление наркотика становится для человека гораздо большим приоритетом, вытесняя другие виды деятельности, которые когда-то были более значимыми. Лица с таким расстройством часто теряют интерес к семье и общественной жизни, образованию, работе и отдыху и пренебрегают ими. Они продолжают употреблять наркотики, невзирая на повторяющиеся социальные и межличностные проблемы, демонстрируют рискованное поведение, хотя знают о проблемах, связанных с хроническим употреблением наркотиков. Наконец, некоторые наркотики могут со временем давать ослабление эффекта от одной и той же повторяющейся дозы или привыкание, либо абстинентный синдром — набор характерных симптомов при сокращении или прекращении употребления приема наркотика.

В основе этих симптомов и поведения лежит нарушение деятельности отделов мозга, регулирующих мотивацию и настроение, чувство удовольствия и благополучия, память, осмысление и способность подавлять нежелательные импульсы

Сейчас у нас есть комплексное понимание того, как эти нарушения функций мозга приводят к развитию расстройств, связанных с употреблением наркотиков. На передачу повышенного риска зависимости следующим поколениям влияют наследственные или генетические факторы. Этот генетический риск доказывают различные формы реагирования на первичные дозы наркотика, наблюдаемые у лиц, находящихся в группе риска: больше положительных и меньше негативных эффектов, способность выдерживать гораздо большие дозы, чем у лиц, не имеющих генетических факторов риска. Генетический риск может быть ослаблен ранним жизненным опытом, который может оказать как защитное, так и пагубное действие. Психологическая травма раннего возраста, лишения и постоянный стресс могут сделать человека более уязвимым к развитию аномального воздействия на мозг вследствие раннего употребления наркотиков. У уязвимых лиц воздействие наркотиков стимулирует механизмы формирования патологических условных рефлексов и препятствует проявлению ранее приобретенных реакций на другие стимулы, таких как поиск пищи и социальное взаимодействие. Этот новый тип условных рефлексов очень стабилен и может сохраняться на протяжении жизни аналогично другим ранее приобретенным навыкам, таким как езда на велосипеде. В присутствии наркотиков ранее нейтральные окружающие условия приобретают тесную связь с их употреблением и могут впоследствии самостоятельно вызывать желание принять наркотик и стимулировать настойчивое стремление к его обретению. Желание принять наркотик также может возникать под воздействием стресса или

даже незначительных доз других интоксикантов, таких как алкоголь. Со временем воспоминания, связанные с употреблением наркотика, становятся очень сильными и постоянными, и желание его принять может возникать очень легко, однако способность контролировать и подавлять порыв к употреблению ослабевает, и человек возобновляет прием наркотика, несмотря на прежнее сильное желание не употреблять его.

К сожалению, нарушение функционирования мозга у лиц с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, сильно влияет на их жизнь, заставляя их принимать решения, имеющие катастрофические последствия для их здоровья и благополучия их семей, и совершать преступные и аморальные действия, невзирая на их прежние высокие нравственные и этические принципы. Противоправное поведение, наблюдающееся у большинства лиц с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, связано, прежде всего, с поиском средств на их приобретение. Свобода правильного выбора у лиц с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, существенно ограничена, однако они все же могут принять решение обратиться за медицинской помощью, следовать рекомендациям и начать менять свою жизнь в лучшую сторону.

Научные достижения и мероприятия по просвещению населения начинают менять отношение к наркозависимости в странах-членах и гражданском обществе. Растет признание того, что расстройства, связанные с употреблением наркотических средств, представляют собой комплексную проблему в области здравоохранения, обусловленную психологическими, биологическими факторами и факторами окружающей среды, решение которой требует принятия всесторонних совместных ответных мер со стороны различных институтов. Директивные органы и население начинают понимать, что наркотическая зависимость — это не «приобретенная вредная привычка», а результат целого ряда биологических факторов и факторов окружающей среды, неблагоприятных условий и лишений, который можно предотвратить и лечить. Признаются риски, влияющие на уязвимое население, как в развитых, так и в развивающихся странах. В развитых странах формированию наркозависимости способствуют отсутствие внимания и жестокое обращение в раннем детстве, недостаточно сильная поддержка семьи, ненадлежащее исполнение родительских обязанностей, отсутствие эмоциональной поддержки и личного участия учителей, семейное неблагополучие, социальное отчуждение и изоляция. В развивающихся странах эти же факторы еще более усугубляются влиянием крайней нищеты, проживания в деградированных районах, вынужденной миграции, эксплуатации, насилия, голода и рабочей перегрузки, что способствует усилению риска возникновения расстройств, связанных с употреблением наркотиков.

Помимо симптомов этого сложного заболевания, у лиц с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, в большинстве случаев развиваются дополнительные физические или психические отклонения. Они могут подвергаться заражению инфекциями, передающимися через кровь (ВИЧ, гепатит С), и туберкулезом, высокому риску сердечно-сосудистых заболеваний и проблем с печенью, чаще попадают в дорожно-транспортные происшествия и подвергаются насилию. К примеру, смертность среди опиоидных наркоманов в 6.5 раз превышает

ожидаемый показатель среди населения в целом, и смерть наступает в молодом возрасте — в среднем 44 потерянных года потенциальной жизни для каждого смертного случая. Передозировка, непреднамеренные травмы (в результате аварий и насилия) и самоубийство — наиболее частые причины смерти. Взаимосвязь между психическими расстройствами и расстройствами вследствие употребления наркотиков носит комплексный характер. Часто психическое расстройство существует до начала употребления наркотиков, что представляет большой риск развития у больных расстройств, вызванных их употреблением. Психическое расстройство может также развиться на фоне расстройства, связанного с употреблением наркотических средств, как следствие биологических изменений в мозге в результате хронического употребления наркотиков. Риск развития наркотической зависимости и психических осложнений особенно высок у детей и молодых людей, которые подвергаются воздействию наркотиков прежде чем их мозг становится полностью зрелым, что происходит к 25 годам. Лица с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков имеют гораздо более низкие показатели ожидаемой продолжительности жизни.

Расстройства, связанные с употреблением наркотических средств, как правило, носят хронический характер, поскольку нарушение функций мозга, лежащее в основе симптомов, относительно стабильно, аналогично другим навыкам и формам поведения, которые сформировались посредством обучения (например, езда на велосипеде). По этой причине риск повторного возникновения таких симптомов как возврат к употреблению наркотиков сохраняется на протяжении многих лет, в некоторых случаях даже после многолетнего полного отказа от наркотиков. Это означает, что лечебные учреждения должны быть готовы работать с пациентом на протяжении долгого периода, поддерживать с ним контакт и проводить мониторинг в течение многих лет, иногда всей жизни, аналогично системе ухода за пациентами с другими хроническими заболеваниями (диабет, астма, гипертония), для которых характерны периоды ремиссии и обострения, и проводить интервенции в соответствии с тяжестью заболевания, не ожидая, что состояние можно полностью преодолеть после кратковременного курса лечения. Признание хронического характера и рецидивирующего течения расстройства, которое может возникать даже несмотря на лечение, не должно означать, что лечение неэффективно и поэтому бесполезно. Напротив, надлежащее лечение, проводимое неоднократно, несмотря на повторное появление симптомов, имеет большое значение для гарантии повышения качества и продолжительности жизни, невзирая на сохраняющиеся серьезные проблемы со здоровьем, и в то же время существенно увеличивает шансы на долгосрочную ремиссию и жизнь без симптомов.

### 1.3 Новые тенденции в употреблении наркотических средств

На протяжении многих лет к традиционным наркотикам относились психоактивные вещества, получаемые из растений, такие как кокаин, героин и конопля. В последнее время широкое распространение получают стимуляторы амфетаминового ряда, синтезируемые в подпольных лабораториях, самой последней тенденцией являются утечка, незаконное распространение и злоупотребление наркотическими средствами рецептурного отпуска, классифицируемыми как контролируемые психоактивные вещества, такие как синтетические болеутоляющие средства, седативные и снотворные препараты или психостимуляторы. Эти препараты используются в законных целях под медицинским наблюдением, однако их ненадлежащее применение может быстро стать проблемой.

Во избежание правовых мер по контролю распространения психоактивных веществ ежегодно синтезируются, распространяются и используются в незаконных целях сотни новых психоактивных веществ (НПВ) с непредсказуемыми и зачастую трагическими последствиями для лиц, их употребляющих. Производство и незаконная торговля НПВ, которые можно купить в Интернете, еще более осложняют мониторинг и контроль. Всего несколько стран имеют системы раннего оповещения для сбора и обмена информацией о появляющихся НПВ. При этом механизм контроля подкрепляется национальным законодательством, как правило, предусматривающим долгосрочный процесс, необходимый для включения новых психоактивных веществ в Списки наркотических средств, подлежащих контролю, согласно Международным конвенциям. Дальнейшее распространение НПВ будет представлять дополнительную нагрузку для систем здравоохранения, и без того страдающих от различных проблем.

Из-за появления НПВ и изменения маршрутов распространения традиционных наркотиков во многих странах и регионах мира медицинские учреждения плохо подготовлены и менее способны принимать надлежащие меры в ответ на возникновение новых поведенческих и медицинских проблем у потребителей наркотиков. Например, в регионах, где ранее использовались опиоиды, сейчас все большее распространение получают расстройства, связанные с употреблением психостимуляторов, и разработанная система, направленная на лечение расстройств, связанных с употреблением опиоидов, не способна надлежащим образом реагировать на новый тип пациентов. Аналогично, тенденция к употреблению молодыми людьми традиционных наркотиков в сочетании с рецептурными препаратами, алкоголем и НПВ свидетельствует о еще более драматичной ситуации, требующей срочных инвестиций в программы лечения и привлечения человеческих ресурсов.

### 1.4 Международные стандарты лечения

В целях оказания содействия странам-членам в разработке надлежащих ответных мер и научно-обоснованных услуг по лечению расстройств, связанных с

употреблением наркотических средств, УПН ООН и ВОЗ в 2009 г. создали широкомасштабную совместную Глобальную программу лечения и ухода за пациентами с наркотической зависимостью. Главная цель этой межведомственной программы — распространение передового опыта, основанного на научных и этических принципах в данной области, обеспечение наркозависимым лицам тех же стандартов качества и возможностей, которые предоставляются системой здравоохранения для любых других хронических заболеваний.

Международные стандарты лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств (*Стандарты*) были подготовлены для оказания помощи государствам-членам в разработке и расширении услуг, обеспечивающих эффективное лечение, основанное на этических принципах. Цель такого лечения — обратить негативное воздействие, которое расстройства, связанные с употреблением наркотиков, оказывают на человека, и помочь ему добиться максимально возможного излечения от расстройства и стать продуктивным членом общества.

Международные стандарты УПН ООН и ВОЗ по лечению расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, обобщают имеющиеся на данный момент научные доказательства эффективных лечебных вмешательств и подходов. Настоящий документ определяет основные компоненты и характеристики эффективной системы лечения наркомании с описанием научно обоснованных вмешательств в соответствии с потребностями людей на разных стадиях заболевания.

Ранее УПН ООН и ВОЗ были разработаны Принципы лечения наркотической зависимости (*Принципы*), представляющие собой комплексную программу и руководство. *Стандарты* содержат описание конкретной практики и процедур, помогающих внедрять, применять и поддерживать *Принципы*. *Стандарты* представляют собой правила или минимальные требования к клинической практике и общепринятые принципы ведения пациентов в системе здравоохранения, которые должны всегда соблюдаться.

В настоящем документе используется в качестве основы и признается работа многих других организаций (в т.ч. EMCDDA, CICAD, NIDA, SAMHSA), ранее разработавших стандарты и руководства по различным аспектам лечения наркомании и принимавших участие в подготовке проекта настоящих *Стандартов*.

Мы надеемся, что настоящие *Стандарты* послужат ориентиром для лиц, ответственных за формирование политики, работников социальной сферы и здравоохранения по всему миру в разработке стратегий, услуг по лечению наркотической зависимости и подготовке кадров для оказания терапевтических услуг. *Стандарты* также будут полезны в оценке и текущем усовершенствовании услуг. Мы надеемся, что новые стратегии и системы лечения, разработанные с помощью настоящих *Стандартов*, станут действительно эффективным вложением в будущее людей, страдающих от расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, их семей, общин и общества в целом.

## Глава 2: Основные принципы и стандарты лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств

Расстройства, связанные с употреблением наркотических средств, можно эффективно лечить посредством целого ряда фармакологических и психосоциальных мероприятий. Эти мероприятия разработаны на основе научных доказательств, и их эффективность проверялась по научным стандартам, используемым при разработке методов лечения других заболеваний. Цели лечения: 1) снизить интенсивность желания принять наркотик и потребление наркотика, 2) улучшить функционирование и благосостояние пациента, страдающего от расстройства, 3) предотвратить будущий вред путем снижения риска осложнений и рецидивов.

Многие вмешательства, широко применяемые в работе с лицами, страдающими расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, не отвечают стандартам научно доказанного эффективного лечения. Такие вмешательства неэффективны и или даже могут наносить вред. Эта разница между эффективным и неэффективным вмешательством имеет важное значение с финансовой точки зрения. Во многих странах ресурсы, выделяемые на работу со страдающими расстройствами пациентами, ограничены, поэтому приоритеты при распределении ресурсов должны тщательно оцениваться. Научный стандарт может использоваться для проведения различия между вмешательствами, которые стоит и не стоит поддерживать, т.е. для того, чтобы определить, какие мероприятия необходимо разрабатывать и считать приоритетными для финансирования из государственного бюджета, и какие мероприятия не стоит финансировать, поскольку они не отвечают минимальным стандартам эффективного лечения.

Приведенные ниже три вопроса могут помочь при принятии решений о финансировании:

1. Есть ли доказательства того, что предлагаемое вмешательство приводит или способствует снижению компульсивного влечения к наркотику (снижению выраженности симптомов) или сокращает риск возврата к приему наркотика у лица, прекратившего его употребление?
2. Есть ли доказательства того, что такое вмешательство приводит или способствует улучшению физического, психологического и/или социального функционирования и благополучия?
3. Есть ли доказательства того, что такое вмешательство может снизить или способствует снижению угроз для здоровья и социальных последствий употребления наркотиков?

Помимо этих критериев, имеющих клиническую направленность, вмешательство должно отвечать международным этическим нормам:

1. Должно согласовываться с Декларацией ООН о правах человека и

- действующими Конвенциями ООН
2. Должно быть направлено на обеспечение личной и общественной безопасности
  3. Должно быть направлено на поддержку самостоятельности личности
  4. Должно основываться на имеющемся опыте определения доказательных стандартов

В настоящем документе «Международные стандарты лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств» определяется набор требований и характеристик (стандартов), необходимых для инициирования любой формы аутрич-работы, мероприятий по лечению, реабилитации или поддержанию ремиссии, независимо от используемого подхода к лечению и условий, в которых оно проводится. Это имеет решающее значение, поскольку лица, страдающие расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, заслуживают ухода с соблюдением этических норм и научно-обоснованных стандартов, аналогично стандартам, применяемым в лечении других хронических заболеваний.

### **Принцип 1. Лечение должно быть доступным, привлекательным и соответствующим потребностям**

**Описание:** Расстройства, связанные с употреблением наркотических средств, в большинстве случаев можно эффективно лечить, если люди имеют доступ к широкому спектру услуг, охватывающих различные потребности, которые могут иметь пациенты. Услуги по лечению должны отвечать потребностям отдельного пациента на конкретной стадии расстройства, включая аутрич-мероприятия, скрининг, амбулаторное и стационарное лечение, долгосрочное лечение в реабилитационном центре, реабилитацию и поддержание ремиссии. Эти услуги должны быть доступными по стоимости, привлекательными, должны оказываться городскому и сельскому населению в различные рабочие часы с минимальным временем ожидания. Все препятствия, ограничивающие доступ пациентов к надлежащим услугам по лечению должны быть сведены к минимуму. Услуги должны предусматривать не только лечение от зависимости, но также социальную поддержку и защиту, общий медицинский уход. Законодательство не должно удерживать лиц, страдающих расстройствами, от участия в программах лечения. Лечебная среда должна быть дружелюбной, учитывать культурные особенности и ориентироваться на конкретные потребности и уровень готовности каждого пациента, поощрять прохождение пациентами курса лечения, а не препятствовать этому.

### **Стандарты:**

- 1.1. Основные услуги по лечению расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, должны оказываться путем организации лечебных вмешательств на разных уровнях систем здравоохранения — от первичной медико-санитарной помощи до высокоспециализированных медицинских услуг со специальными программами лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств.
- 1.2. Оказываемые основные услуги по лечению включают краткосрочные вмешательства, диагностическую оценку, амбулаторное консультирование, амбулаторное психологическое и доказательное фармакологическое

лечение расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, аутич, услуги по лечению острых клинических состояний, обусловленных действием наркотиков, таких как передозировка, абстинентные синдромы и наркотические психозы.

- 1.3. Основные услуги по лечению расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, должны оказываться в пределах досягаемости общественного транспорта и быть доступными лицам, проживающим в городах и сельской местности.
- 1.4. Необходимы низкопороговые и аутич-услуги в рамках мероприятий по оказанию помощи для охвата «скрытых» групп населения, наиболее страдающих от наркозависимости, зачастую нерасположенных к лечению или возвращающихся к употреблению наркотиков после прохождения курса лечения.
- 1.5. В рамках мероприятий по оказанию помощи лица с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, должны иметь доступ к лечению в различных учреждениях.
- 1.6. Основные услуги по лечению расстройств, связанных с употреблением и обусловленных действием наркотических средств, должны оказываться в пределах достаточно широкого диапазона рабочих часов для обеспечения доступа для лиц, занятых работой или семейными обязанностями.
- 1.7. Основные услуги по лечению должны быть доступны клиентам из различных социально-экономических групп с разными уровнями дохода с минимальным риском финансовых затруднений для лиц, нуждающихся в таких услугах.
- 1.8. Услуги по лечению должны оказываться с учетом гендерного фактора и потребностей женщин, включая специальные потребности по уходу за детьми и потребности во время беременности.
- 1.9. Услуги по лечению должны предусматривать социальную поддержку, общую медицинскую помощь и направление на специализированное медицинское обслуживание для лечения комплексных сопутствующих заболеваний.
- 1.10. Услуги по лечению расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, должны ориентироваться на потребности обслуживаемого населения с учетом культурных норм и привлечением пользователей к разработке и оценке услуг.
- 1.11. Информация о наличии и доступности основных услуг по лечению расстройств, связанных с употреблением наркотических средств должна публиковаться в различных информационных источниках, включая Интернет, печатные материалы и информационные службы открытого доступа.

## **Принцип 2: Соблюдение этических норм при проведении лечения**

**Описание:** Лечение расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, должно основываться на универсальных этических принципах — уважение прав и достоинства человека. Это означает соблюдение права человека на наивысший

достижимый уровень здоровья и благосостояния, недопущение дискриминации и ликвидацию стереотипов. Лечение не должно быть принудительным, оно не должно проводиться против воли и нарушать права человека на личную автономию. До любого лечебного вмешательства необходимо получать согласие пациента. Следует вести точную и обновляемую медицинскую документацию и гарантировать конфиденциальность записей о лечении. Регистрация пациентов, поступающих на лечение, без медицинской карты не разрешается. Карательное, унижающее достоинство или оскорбительное обращение не допускается. Человек, имеющий расстройство, связанное с употреблением наркотиков, должен признаваться лицом, страдающим от заболевания и заслуживающим лечения аналогично пациентам с другими психическими или физическими проблемами.

#### **Стандарты:**

- 21 Услуги по лечению расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, должны оказываться с соблюдением во всех случаях прав и достоинства человека, вмешательства унижающего или оскорбительного характера не должны применяться никогда.
- 22 До начала лечения необходимо получить информированное согласие пациента и гарантировать возможность отказаться от лечения на любом этапе.
- 23 Данные о пациентах должны быть строго конфиденциальными, регистрация пациентов при поступлении на лечение без медицинской карты не допускается во всех случаях. Конфиденциальность данных о пациентах должна обеспечиваться и защищаться законодательством и поддерживаться соответствующим обучением персонала, а также правилами и нормами обслуживания.
- 24 Персонал лечебных учреждений должен быть обучен надлежащим образом проведению лечения в полном соответствии с этическими нормами и принципами прав человека и демонстрировать уважительное отношение к пользователям услуг без стереотипов и дискриминации.
- 25 Должны быть приняты процедуры оказания услуг, требующие, чтобы персонал надлежащим образом информировал пациентов о процессах и процедурах лечения, в том числе о праве отказаться от лечения в любой момент.
- 26 Любые исследования на человеке в области услуг по лечению подлежат проверке этическими комиссиями, участие пользователей услуг в исследованиях должно быть строго добровольным с получением их информированного письменного согласия во всех случаях.

**Принцип 3: Содействие лечению расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, посредством эффективной координации между системой уголовного правосудия и системами здравоохранения и социального обеспечения**

**Описание:** Расстройства, связанные с употреблением наркотических средств, должны рассматриваться, прежде всего, как заболевание, а не как преступное

поведение, и, по возможности, вопрос употребления наркотиков должен рассматриваться системой здравоохранения, а не системой уголовного правосудия. потребителями наркотиков. Даже несмотря на то, что люди с расстройством, связанным с употреблением наркотических средств, могут совершать преступления, это, как правило, преступления небольшой тяжести, связанные с поиском средств на приобретение наркотика, и такое поведение прекращается при эффективном лечении расстройства. По этой причине система уголовного правосудия должна тесно сотрудничать с системами здравоохранения и социального обеспечения, предлагая вариант лечения в качестве альтернативы уголовному преследованию и лишению свободы. Сотрудники правоохранительных органов, судов и исправительных учреждений должны проходить соответствующую подготовку для эффективного участия в мероприятиях по лечению и реабилитации. В случае заключения под стражу лечение также должно быть предложено заключенным с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, во время их пребывания в исправительном учреждении и после освобождения, так как эффективное лечение снизит риск повторного совершения преступления после выхода на свободу. Непрерывность лечения после освобождения имеет крайне важное значение и должно быть гарантировано, либо оказано содействие в его продолжении. Во всех случаях, связанных с правосудием, люди должны получать лечение и уход в соответствии со стандартами лечения, предусмотренными для остального населения.

#### **Стандарты:**

- 3.1 Лечение расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, должно проводиться, главным образом, в системах здравоохранения, при этом должны функционировать эффективные механизмы координации с системой уголовного правосудия для содействия доступу к лечению и социальной помощи.
- 3.2 Лечение расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, должно быть доступно преступникам с расстройствами, и, в необходимых случаях, являться частичной или полной альтернативой заключению под стражу или другим мерам наказания.
- 3.3 Лечение расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, как альтернатива лишению свободы, или в исправительных учреждениях должно опираться на соответствующую нормативно-правовую базу.
- 3.4 Учреждения системы уголовного правосудия должны предоставлять лицам с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, возможности лечения и охраны здоровья, гарантируемые населению системами здравоохранения и социального обеспечения.
- 3.5 Вмешательства, направленные на лечение расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, не должны проводиться в отношении заключенных, страдающих расстройствами, против их воли.
- 3.6 Основные лечебно-профилактические услуги должны быть доступны лицам с расстройствами, находящимся в местах лишения свободы, включая профилактику заражения инфекциями, передающимися через кровь, фармакологическое и психологическое лечение расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, и сопутствующих заболеваний, услуги реабилитации и налаживание связей с

- медицинскими и социальными службами при подготовке к освобождению.
- 3.7 Должны быть организованы соответствующие программы подготовки для сотрудников системы уголовного правосудия, включая служащих правоохранительных органов и сотрудников судов, для обеспечения признания медицинских и психологических потребностей, связанных с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, и поддержки лечебных и реабилитационных мероприятий.
- 3.8 Лечение расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, в системе уголовного правосудия должно проводиться в соответствии с теми же научно-обоснованными руководствами и этическими и профессиональными стандартами, что и в обществе.
- 3.9 Непрерывность лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, должна гарантироваться во всех случаях за счет эффективной координации служб здравоохранения и социального обеспечения в общинах и системы уголовного правосудия.

**Принцип 4: Лечение должно основываться на научных доказательствах и отвечать специфическим потребностям лиц с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств**

**Описание:** Доказательная практика и накопленные научные знания о характере расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, должны составлять основу вмешательств и инвестиций в лечение таких расстройств. Стандарты качества, требуемые для утверждения и проведения фармакологического и психологического лечения других заболеваний, должны применяться и к лечению расстройств, связанных с употреблением наркотических средств. По возможности, должны применяться только фармакологические и психологические методы, эффективность которых была доказана научно, или методы, согласованные международной группой экспертов. Продолжительность и интенсивность (доза) вмешательства должны определяться в соответствии с научно-обоснованными руководствами. Междисциплинарные группы должны разрабатывать планы лечения индивидуально для каждого пациента. Организация лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, должна основываться на методах лечения хронических, а не острых состояний. Тяжелые расстройства очень схожи по своему течению и прогнозу с другими хроническими заболеваниями, такими как диабет, ВИЧ, рак или гипертония. Долгосрочная модель лечения и ухода с большой вероятностью способствует наступлению пожизненной ремиссии, устойчивому отказу от наркотиков, отсутствию проблем, связанных с их приемом, а также улучшению физического, психологического, профессионального и духовного состояния и межличностного взаимодействия. Существующие вмешательства должны адаптироваться к культурной и финансовой ситуации в стране, не нарушая при этом основных научных аспектов, имеющих решающее значение для достижения эффективного результата. Традиционные системы лечения могут быть уникальными для конкретной страны или условий и могут иметь ограниченные доказательства эффективности, выходящие за рамки опыта пациентов и клиницистов. Такие системы должны учитывать и, по возможности, включать в свои программы опыт существующих научно-обоснованных вмешательств, а также необходимо провести формальную оценку эффективности

такого лечения и допустимых рисков.

#### **Стандарты:**

- 4.1 Распределение ресурсов при лечении расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, должно опираться на имеющиеся доказательства результативности и экономической эффективности мероприятий по профилактике и лечению таких расстройств.
- 4.2 Существует целый ряд научно-обоснованных лечебных вмешательств различной интенсивности на разных уровнях систем здравоохранения и социального обеспечения с надлежащей интеграций фармакологических и психологических методов лечения.
- 4.3 Специалисты по оказанию первичной медико-санитарной помощи обучаются выявлению и лечению наиболее распространенных расстройств, связанных с употреблением наркотиков.
- 4.4 При лечении расстройств, связанных с употреблением наркотических средств специалисты по оказанию первичной медицинской помощи должны опираться на поддержку специализированных служб по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, на более высоких уровнях оказания медицинской помощи, особенно для лечения тяжелых расстройств и пациентов с сопутствующими заболеваниями.
- 4.5 Организация специализированных услуг по лечению расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, должна осуществляться на уровне междисциплинарных групп специалистов, прошедших подготовку в проведении научно-обоснованных вмешательств, обладающих компетенциями в наркологии, психиатрии, клинической психологии и социальной работе.
- 4.6 Продолжительность лечения определяется индивидуальными потребностями, нет предварительно установленных ограничений в лечении, либо нет ограничений, которые нельзя было бы изменить в соответствии с потребностями пациента.
- 4.7 Обучение медицинских специалистов выявлению, диагностике и доказательным методам лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, должно осуществляться на разных уровнях образования и подготовки специалистов системы здравоохранения, в том числе в рамках университетских учебных программ и программ непрерывного образования.
- 4.8 Руководства, процедуры и нормы лечения регулярно обновляются с учетом накопленных доказательств эффективности лечебных вмешательств, знаний о потребностях пациентов и результатов оценочных исследований.
- 4.9 Услуги и мероприятия по лечению расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, должны разрабатываться с учетом их уместности для социально-культурной среды, в которой они применяются.

#### **Принцип 5: Реагирование на потребности конкретных подгрупп и конкретные**

## условия

**Описание:** Некоторые подгруппы в общей численности лиц, страдающих от расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, требуют особого внимания и зачастую специализированной помощи. Группы с особыми потребностями, включают, помимо прочих, подростков, пожилых людей, беременных женщин, работников секс-индустрии, представителей сексуальных и гендерных меньшинств, этнических и религиозных меньшинств, лиц, оказавшихся в системе уголовного правосудия, и социально маргинализированных людей. Работа с такими особыми группами требует дифференцированного и индивидуального планирования лечения с учетом их уникальных потребностей и уязвимостей. Для некоторых из этих подгрупп требуется уделять особое внимание их потребностям во всех лечебных учреждениях для обеспечения непрерывности лечения.

В частности, дети и подростки не должны проходить лечение в тех же условиях, что и взрослые пациенты. Они должны лечиться в учреждениях, способных решать другие проблемы, с которыми сталкиваются такие пациенты, и охватывающих более широкие аспекты здоровья, обучения и социального обеспечения во взаимодействии с семьями, школами и социальными службами. Аналогично, женщины, поступающие на лечение, должны получать специальную защиту и услуги. Женщины подвержены риску бытового и сексуального насилия, и их дети могут подвергаться риску жестокого обращения, поэтому большое значение имеет взаимодействие с социальными службами по защите детей и женщин. Женщинам может потребоваться специальное лечение в защищенных отдельных палатах для получения максимального положительного эффекта. Программы лечения должны отвечать потребностям детей, чтобы дать родителям возможность ухода за ними в процессе лечения для поддержания надлежащего исполнения родительских обязанностей и практики ухода за детьми. Женщины могут нуждаться в обучении и поддержке в таких вопросах как сексуальное здоровье и контрацепция.

### Стандарты:

- 51 Потребности особых подгрупп и особые условия отражаются в оказании услуг и протоколах лечения, включая потребности женщин, подростков, беременных женщин, этнических меньшинств и маргинализированных групп, таких как бездомные.
- 52 Особые услуги и программы лечения должны быть разработаны для подростков с расстройствами, связанными с употреблением ПАВ (психоактивных веществ), для соответствия потребностям, связанным с этим возрастом, и предотвращения контактов с пациентами, находящимися на более поздних стадиях расстройств, и, по возможности, следует рассмотреть возможность организации отдельных условий для лечения подростков.
- 53 Услуги и программы лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, должны адаптироваться к потребностям женщин, в том числе беременных, во всех аспектах их планирования и оказания, включая место оказания услуг, персонал, разработку программ, учет возрастных особенностей детей и содержание программ.
- 54 Услуги по лечению должны оказываться в соответствии с потребностями представителей меньшинств с расстройствами, связанными с

употреблением наркотических средств, при необходимости, должны предоставляться услуги культурных посредников и переводчиков для преодоления культурных и языковых барьеров.

- 55 В программы лечения должен включаться пакет социальной помощи и поддержки для обеспечения устойчивых средств к существованию лиц с расстройствами, проживающих на улице, безработных, бездомных и отвергнутых семьями.
- 56 Для установления контакта с людьми, которые могут не обращаться за медицинской помощью в силу стереотипов или маргинализации, должны предоставляться аутрич-услуги.

## **Принцип 6: Обеспечение надлежащего клинического управления услугами и программами лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств**

**Описание:** Для оказания качественных и эффективных услуги по лечению расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, необходим ответственный и эффективный метод клинического управления, способствующий достижению целей и задач лечения. Лечебная тактика, программы, процедуры и механизмы координации должны определяться заблаговременно и разъясняться всему лечащему персоналу, администрации и целевым группам населения. Организация услуг должна отражать текущие научные доказательства и отвечать потребностям пользователей. Лечение людей, страдающих расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, и часто имеющих многочисленные психологические и иногда физические нарушения, является сложной задачей, как для отдельных сотрудников, так и для организаций. Текучесть персонала в этой сфере признается, и организации должны иметь в наличии различные меры по поддержке персонала и стимулированию оказания услуг высокого качества.

### **Стандарты:**

- 6.1 Тактика лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, основывается на принципах всеобщего охвата медико-санитарными услугами, лучших имеющихся доказательствах и разрабатывается при активном участии ключевых заинтересованных сторон, включая целевые группы населения, членов сообщества (семьи), неправительственные и организации, религиозные объединения.
- 6.2 Политика оказания услуг в письменной виде и протоколы лечения доступны, известны всем сотрудникам и составляют основу оказания услуг по лечению и вмешательств.
- 6.3 Персонал, работающий в специализированных учреждениях по лечению расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, должен иметь надлежащую квалификацию, проходить текущую научно-обоснованную подготовку, аттестацию, иметь поддержку и надзор. Надзор и другие формы поддержки необходимы для предотвращения синдрома эмоционального сгорания.
- 6.4 Политика и процедуры подбора, найма, оформления трудовых отношений и

- контроля качества работы сотрудников должны четко разъясняться и доводиться до сведения всего персонала.
- 6.5 Имеется устойчивый источник финансирования в необходимом объеме, действуют надлежащие механизмы финансового управления и подотчетности. По возможности, затраты на обучение персонала и оценку должны включаться в соответствующий бюджет.
  - 6.6 Услуги по лечению расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, должны оказываться во взаимосвязи с соответствующими общими и специализированными медицинскими и социальными службами для обеспечения непрерывного комплексного ухода за пациентами.
  - 6.7 Действуют надлежащие системы учета для обеспечения подотчетности и непрерывности лечения и ухода.
  - 6.8 Программы, правила и процедуры оказания услуг периодически пересматриваются на основе непрерывных процессов обратной связи, мониторинга и оценки, а также постоянно обновляемых данных о тенденциях в употреблении наркотических средств населением.

**Принцип 7. Интегрированные тактики, услуги, программы, подходы и взаимосвязи в лечении должны подвергаться постоянному мониторингу и оценке**

**Описание:** В ответ на сложную всестороннюю проблему здоровья должны применяться комплексные системы для содействия эффективному лечению расстройств, связанных с употреблением наркотических средств. Разнообразные услуги должны включаться в процесс ведения пациентов с выдвинутым на первый план оказания первичной медико-санитарной помощи и междисциплинарных мероприятий. Работа координационной группы должна включать психиатрическую и психологическую помощь, поддержку муниципальных социальных служб, помощь в поиске жилья, профессиональном обучении/трудоустройстве, юридическую помощь и специализированную медицинскую помощь (ВИЧ, гепатит, другие инфекции). Система лечения должна постоянно контролироваться, оцениваться и корректироваться. Для этого требуется планирование и предоставление услуг в логической, поэтапной последовательности, обеспечивающей прочность взаимосвязей между (a) политикой, (b) оценкой потребностей, (c) планированием лечения, (d) оказанием услуг, (e) мониторингом услуг, (f) оценкой результатов и (g) повышением качества.

## Стандарты:

- 7.1 Тактика лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, должна формулироваться на основе принципов всеобщего охвата медико-санитарными услугами и лучших имеющихся доказательств при активном участии ключевых заинтересованных сторон, включая целевые группы населения, членов сообщества (семьи), неправительственные и организации, религиозные объединения.
- 7.2 Установлена и осуществляется взаимосвязь между профилактикой употребления наркотических средств, лечением наркотической зависимости и профилактикой медицинских и социальных последствий употребления наркотиков.
- 7.3 Планирование лечения основывается на оценках и описаниях характера и степени серьезности наркотической зависимости, а также характеристиках нуждающегося в помощи населения.
- 7.4 Определяются функции национальных, региональных и местных учреждений в различных секторах, ответственных за проведение лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, и реабилитации, создаются механизмы эффективной координации.
- 7.5 Устанавливаются стандарты качества оказания услуг по лечению расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, соблюдение которых требуется для аккредитации.
- 7.6 Используются механизмы клинического управления, мониторинга и оценки, включая механизмы клинической подотчетности, постоянного мониторинга здоровья и благосостояния пациентов и периодической внешней оценки.
- 7.7 Информация о количестве, видах услуг и их распределении имеется в наличии и используется в рамках системы лечения для целей планирования и развития.

## Глава 3: Методы лечения и вмешательства

### 3.1 Аутрич-работа на уровне микросоциума

#### 3.1.1 Условия проведения

Аутрич-работа на уровне микросоциума подразумевает мероприятия и организации по взаимодействию с людьми, употребляющими наркотики, с целью улучшения их здоровья и благосостояния и снижения рисков наркомании. Эта стратегия отличается от работы с людьми, уже обратившихся в клиники или получающих другие виды помощи. Зачастую аутрич-работники сами пережили подобный опыт, употребляли наркотики в прошлом, либо не были наркоманами, но тесно связаны и пострадали от групп, с которыми они работают. Аутрич-работники и лица, оказывающие поддержку равным, как правило, применяют набор специальных образовательных стратегий, разрабатываемых и реализуемых представителями субкультуры, общины или группы людей для потребителей наркотиков, при этом желаемый результат состоит в том, что такая поддержка со стороны товарищей по несчастью и культура целевой группы будут использоваться в целях стимулирования и поддержания изменения поведения.

Модели аутрич-работы со временем изменились. Изначально аутрич-мероприятия предназначались для того, чтобы бывшие и/или действующие потребители наркотиков устанавливали контакт с труднодостижимыми закрытыми группами населения, не получающими лечения в силу того, что лечение было не доступным, либо просто не желавшими пользоваться существующими услугами. В последнее время такая работа охватывает других членов сообщества и другие места, в которых пребывают потребители наркотиков, для оказания содействия в получении доступа к услугам. Аутрич-работа признает роль динамично развивающихся социальных сетей среди лиц, страдающих расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, а также то, что эти сети являются важным определяющим фактором риска негативного воздействия на здоровье и социальных последствий, и могут использоваться в качестве рычага влияния в стимулировании здорового образа жизни. Во многих аутрич-моделях для достижения целей используется сочетание целенаправленных индивидуальных вмешательств, а также мероприятия на базе социальных сетей.

#### 3.1.2 Целевые группы

Аутрич-работа, прежде всего, направлена на потребителей наркотиков или лиц, находящихся в группе риска, которые не получают лечение по поводу расстройств, связанных с употреблением наркотиков, в том числе тех, кто может пострадать от приема наркотиков другими лицами (например, половые партнеры, лица, использующие общие иглы, члены семьи и др.).

### 3.1.3 Цели

Первоначальные усилия направлены на выявление целевых групп, установление с ними контакта и предоставление им необходимой поддержки, помощи по месту их пребывания или направление на более интенсивные формы лечения. Общие цели программы заключаются в предупреждении и снижении риска возможных сопутствующих заболеваний и смертности в затрагиваемых общинах.

Аутрич-работа возможна везде, при этом существуют препятствия, связанные с доступом к финансированию и вмешательством местных властей. Образовательные программы необходимы для общин, где мероприятия проводятся с целью обратить внимание на преимущества аутрич-программ и серьезные последствия для общины в целом, которые могут наступить при отсутствии реагирования.

### 3.1.4 Характеристики

Аутрич-программы являются одним из наиболее распространенных методов, применяемых в лечении, благодаря их способности охватить группы, которые, как правило, не обращаются за формальным клиническим лечением и помощью по ряду причин.

Учитывая скрытный характер этих групп, важно, чтобы аутрич-работники были осведомлены об сообществах, с которыми они работают. Таким работникам непосредственного контакта необходимы:

- Базовое обучение по установлению доверия и распознаванию источников достоверной информации
- Базовое обучение по распознаванию кризисных ситуаций и реагированию на них
- Базовая подготовка по соответствующим аспектам медицинских знаний
  - Признаки передозировки и ответные меры
  - Профилактика и лечение ВИЧ, туберкулеза, гепатита
  - Психическое здоровье и модели суицидального поведения
- Осведомленность о медицинских и социальных службах в районах пребывания целевых групп

Аутрич-программа зависит от деятельности работников непосредственного контакта — ключевого актива, которому требуются периодическое обучение, доступ к психиатрическим службам и другие виды поддержки.

Программа сама по себе должна быть гибкой, адаптируемой, иметь четко сформулированные цели и задачи, механизмы мониторинга и оценки, а также необходимую соответствующую документацию.

### 3.1.5 Модели и методы лечения

Аутрич-программы сильно отличаются друг от друга в зависимости от местных условий. Как правило, программа должна предоставлять что-то, что представляется ценным для потребителей наркотиков. Это могут быть разные виды работы — от распространения стерильных шприцев на улице, обсуждения способов безопасного введения инъекций и предотвращения передозировки до проведения вакцинации и оказания первичной медицинской помощи, базового консультирования (в том числе группового), организации питания и предоставления приюта.

#### Типы используемых методов

Аутрич-программа должна обеспечивать предоставление, как минимум, следующих «ключевых услуг»:

1. Предоставление базовой поддержки (безопасность, еда, приют, средства гигиены и одежда)
2. Просвещение о действии наркотиков и рисках, связанных с их употреблением
3. Обследование на наличие расстройств, связанных с употреблением ПАВ
4. Краткосрочное вмешательство с целью мотивации к сокращению и прекращению употребления ПАВ
5. Направление на лечение наркозависимости
6. Замена игл и распространение презервативов

Аутрич-мероприятия могут быть разными по методу проведения и типу:

- *Индивидуальные занятия*
- *Программы повышения осведомлённости*
- *Краткосрочное лечение*
  - *Фармакологические вмешательства*
  - *Самопомощь*
- *Развитие личных навыков*

Аутрич-работники часто играют важную роль в проведении обследования состояния здоровья на местах и содействии в направлении на дополнительное лечение, если оно необходимо. В числе распространенных проблем со здоровьем среди потребителей наркотиков:

- Общие нетяжелые заболевания (т.е. инфекции дыхательных путей, мочеполовые инфекции, кожные заболевания).
- Острые и более серьезные заболевания, такие как туберкулез, заболевания, передающиеся половым путем, инфекции, включая абсцессы и язвы, травмы и стоматологические проблемы.
- Проблемы психического здоровья — состояние тревоги, депрессия, психозы.
- Интоксикация психоактивными веществами или абстинентный синдром (возбуждение, судороги).
- Хронические заболевания — диабет, ВИЧ, гепатит В и С.
- Неотложные состояния в связи с передозировкой.
- Исследования на ВИЧ и гепатит и иммунизация (например, против гепатита В)
- Трудности с решением административных вопросов (например, документы,

необходимые для получения государственных пособий).

### 3.1.6 Оценка силы доказательств

Эффективность аутрич-программ, направленных на взаимодействие с потребителями наркотиков, часто включающее мероприятия по снижению риска передозировки, заражения ВИЧ, вирусным гепатитом и другими инфекциями, подтверждается, главным образом, квазиэкспериментальными и крупными неэкспериментальными исследованиями (путем наблюдения)<sup>1</sup>.

### 3.1.7 Рекомендации

- Выявление в общественных местах лиц, находящихся в состоянии интоксикации и нуждающихся в лечении интоксикации и абстинентных синдромов
- Наличие договоренностей между сотрудниками медицинских учреждений и правоохранительных органов для обеспечения лечения наркомании местами лишения свободы
- Оказание содействия в проведении ранних вмешательств с целью лечения наркотической зависимости
- Оказание содействия в проведении ранних вмешательств в неспециализированных условиях, помимо медицинских учреждений
- Оказание содействия в проведении ранних вмешательств в отношении особых подгрупп населения (например, беременных женщин, работников секс-индустрии, молодежи, бездомных)
- Стимулирование добровольного обращения за медицинской помощью по поводу проблем, связанных с употреблением наркотиков
- Распространение информации о процедурах оценки и ресурсах для лечения среди лиц, находящихся в непосредственном контакте с потенциальными пациентами
- Наличие процедур консультирования членов семей, работодателей и лиц, обращающихся за помощью в определении потребителей наркотиков на лечение
- Ведение учета последующих направлений для обеспечения непрерывности клинического лечения
- Обучение специалистов первичной медико-санитарной помощи, других медицинских специалистов, сотрудников социальных служб и полиции в период получения ими образования распознаванию, основам оказания помощи и направлению на лечение лиц с заболеваниями, связанными с употреблением наркотиков.

### Персонал

- Поставщик услуг имеет разработанную систему, обеспечивающую

<sup>1</sup> ВОЗ, [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/evidence/resource/substance\\_use\\_q6.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/resource/substance_use_q6.pdf?ua=1)

соответствие методов подбора, найма обучения персонала действующим законодательным нормам и установленным внутренним правилам.

- Организация имеет установленные правила, которым следует персонал в случаях, когда положения действующего законодательства являются слишком обобщенными.
- Определены структура и руководство организации с четким описанием компетенций для отдельных должностей.
- Поставщик определил структуру и численность персонала, должностные инструкции, требуемые квалификации, личные качества, и нравственные основы. Структура организации и численность персонала определены с учетом спроса и текущего количества пользователей услуг, их потребностей и деятельности организации. Состав персонала и включение дополнительных сотрудников соответствуют этим потребностям.
- Принимаются меры по профилактике рисков, связанных с работой.
- Случаи нарушения сотрудниками прав пациента/клиента и принятые меры регистрируются в картотеке персонала.
- Специализированная помощь (медицинская, психологическая, психотерапевтическая, социальная, образовательная и др.) всегда оказывается сотрудниками, имеющими соответствующие квалификации и лицензии.

## 3.2 Скрининг, краткосрочные вмешательства и направления на лечение

### 3.2.1 Краткое определение и описание условий проведения

Скрининг и краткосрочные вмешательства могут быть очень полезными при выявлении лиц с расстройствами, связанными с употреблением ПАВ (в неспециализированных медицинских учреждениях, например, учреждениях первичной медико-санитарной помощи, в пунктах скорой помощи, в стационарах, родовых отделениях, службах социального обеспечения, медицинских пунктах школ, тюремных медицинских пунктах и др.). Эти учреждения могут оказать содействие в проведении работы по пропаганде здорового образа жизни и снижению негативных последствий поведения, связанного с употреблением наркотиков, для здоровья.

Скрининг и краткосрочные вмешательства, проводимые в этих учреждениях, могут существенно повлиять на повышение мотивации к изменениям, изменению характера потребления ПАВ и, при наличии показаний, направление лиц, находящихся в группе риска или имеющих расстройства, связанные с употреблением ПАВ, на лечение. Скрининг, краткосрочные вмешательства и направление на лечение могут осуществляться в срочном порядке, эффективно с точки зрения затрат, что обеспечивает минимальное вмешательство в оказание других услуг (ВОЗ, 2012).

**ВОЗ, программа mhGAP, Доказательные рекомендации по лечению расстройств, связанных с употреблением наркотических средств в неспециализированных медицинских учреждениях: краткосрочные психологические вмешательства**

Лицам, употребляющим каннабис и психостимуляторы, когда они выявляются в неспециализированных медицинских учреждениях, должно предлагаться краткосрочное вмешательство. Краткосрочное вмешательство должно состоять из одного сеанса длительностью 5-30 минут, включая индивидуальную обратную связь и рекомендации по сокращению или прекращению употребления каннабиса/психостимулятора и предложение последующих мер.

Люди с текущими проблемами, связанными с употреблением каннабиса или психостимуляторов, не реагирующие на краткосрочное вмешательство, должны направляться на специализированное обследование

ВОЗ, 2012

### **3.2.2 Цели**

Периодический скрининг в неспециализированных медицинских учреждениях может способствовать раннему выявлению лиц, имеющих проблемы, связанные с употреблением наркотиков, и провести краткосрочные вмешательства, которые могут помочь предотвратить перерастание употребления наркотиков в связанные с этим расстройства. Скрининг и последующее краткосрочное вмешательство в случае выявления, проводимые без субъективных оценок и носящие мотивационный характер, могут повлиять на изменение траектории жизни людей, подверженных риску развития наркотической зависимости или других тяжелых негативных последствий, связанных с употреблением наркотиков и зависимостью.

Скрининг может также способствовать выявлению подгруппы людей, уже имеющих более серьезные хронические заболевания или комплексные проблемы, связанные с употреблением ПАВ, которым потребуется расширенное обследование и направление на специализированное лечение.

### **3.2.3 Категории клиентов, для которых лучше всего подходят такие условия**

Выявление лиц, имеющих расстройства, связанные с употреблением ПАВ, происходит в различных местах, к примеру, в отделениях интенсивной терапии, учреждениях первичной медико-санитарной помощи или социальных службах. Как правило, первый контакт осуществляется не в специализированных учреждениях по лечению расстройств, связанных с употреблением ПАВ, работники неспециализированных учреждений и сами пациенты могут не распознать проблем, связанных с их употреблением. Однако эти учреждения часто предоставляют ключевые возможности для проведения скрининга, вмешательств и смягчения факторов, способствующих возникновению и развитию расстройств, связанных с употреблением ПАВ, или направления на лечение.

К кандидатам на периодический скрининг, краткосрочное вмешательство и направление на

лечение относятся:

- Пациенты учреждений общей практики/первичной медико-санитарной помощи/психиатрических больниц
- Пациенты больниц
  - Отделений интенсивной терапии
  - Отделений пластической хирургии
  - Отделений ортопедической хирургии
- Лица, обратившиеся за помощью в службы социального обеспечения
  - Проживающие в небезопасных условиях
  - Проживающие и работающие на улице
  - Переводимые из закрытых учреждений
- Пациенты инфекционных больниц
- Лица, с которыми проводится аутрич-работа  
Лица, совершившие правонарушения, связанные с употреблением алкоголя или наркотиков (например, вождение автомобиля под воздействием ПАВ)

### 3.2.4 Используемые модели и методы лечения

#### Скрининг

Скрининг обычно определяется как предварительная оценка, указывающая на вероятность наличия определенного состояния. Основная цель SBIRT (скрининг, краткосрочное вмешательство и направление на лечение) — выявление проблем со здоровьем или факторов риска до развития серьезных заболеваний.

Персонал, работающий в различных секторах (например, образования, социального обеспечения и др.), может проходить обучение эффективному использованию утверждённых стандартизированных инструментов скрининга в рамках своей основной работы. Инструменты скрининга можно разделить на две категории: инструменты самоотчета (интервью, анкеты для самоотчета) и биологические маркеры (содержание алкоголя в выдыхаемом воздухе, уровень алкоголя в крови, анализ слюны или мочи, серологический тест на наркотики).

Преимущество инструментов *самоотчета* состоит в отсутствии необходимости вмешательства в организм (неинвазивность), низкой стоимости и чувствительности при выявлении возможных проблем, связанных с употреблением ПАВ.

Положительные характеристики инструмента самоотчета: краткий (не более 10 вопросов), гибкий, простой в использовании, несложный для пациента, направлен на выявление алкоголя и других ПАВ, указывает на необходимость дальнейшего обследования или вмешательства при необходимости, допустимая с клинической точки зрения степень чувствительности и специфичности.

Точность самоотчета может быть повышена, когда пациент получает письменную гарантию сохранения конфиденциальности, когда пациент опрашивается в условиях, способствующих честным ответам, когда пациенту задаются четко сформулированные и объективные вопросы, и когда пациенту даются средства

напоминания (календари, карточки для ответов). Кроме того, самоотчет может содержать искаженную информацию, если и пациент находится под воздействием наркотиков при составлении отчета, но это не должно мешать процессу первичного скрининга.

*Биологические маркеры* могут быть полезными, когда пациент не в состоянии ответить на вопросы во время личного интервью, но информация необходима для дифференциальной диагностики (например, пациент без сознания, находящийся в отделении интенсивной терапии). Пациентов в сознании желательно спрашивать, употребляют ли они наркотики.

Поставщики услуг должны использовать утверждённые инструменты для выявления потенциально опасного употребления ПАВ и связанного с ним рискованного поведения (поведение, сопряженное с риском заражения ВИЧ, потенциал насилия, суицидальное мышление и опасное вождение). Инструменты скрининга должны быть краткими и представлять четкое руководство для поставщиков услуг.

#### Доказательные инструменты скрининга для самоотчета — выбор

При выборе инструмента скрининга практикующие специалисты должны остановиться на инструменте, стандартизированном и эмпирически подтвержденным для применения в целевых группах. В случаях, когда результаты скрининга указывают на наличие потенциально серьезной проблемы, дальнейшие обследования должны проводиться специалистами по лечению расстройств, связанных с употреблением ПАВ, по направлению для обеспечения надлежащего контроля последующего лечения.

Тест **ASSIST** (скрининг-тест на алкоголь, курение и психоактивные вещества) разработан Всемирной организацией здравоохранения. Он состоит из 8 вопросов об употреблении алкоголя, табака и наркотиков (в том числе инъекционных). Вопросы дают информацию об опасном, пагубном или зависимом употреблении, включая инъекционные наркотики. Тест предназначен специально для учреждений первичной медико-санитарной помощи и рекомендован к проведению в форме интервью (ВОЗ, 2010).

### **3.2.5 Краткосрочное вмешательство**

Согласно определению в Словаре терминов, относящихся к алкоголю и наркотикам (ВОЗ, 1994), краткосрочное вмешательство это «лечебная стратегия, при которой с целью помочь индивиду прекратить или сократить употребление психоактивных веществ либо (реже) по жизненно важным показаниям используется структурированная терапия короткой продолжительности (обычно 5-30 минут). Она предназначена в особенности для применения врачами общей практики и другими работниками первичной медико-санитарной помощи».

Краткосрочные вмешательства часто включают скрининг-тестирование людей с целью выявления опасного и пагубного употребления ПАВ, а также предоставления в неконфликтной форме простых рекомендаций по поводу сопутствующих проблем со здоровьем, а также мотивации клиента/пациента к изменению поведения в отношении

употребления ПАВ. Точная оценка — ключевой фактор обнаружения проблем, которые могут возникать в связи с употреблением психоактивных веществ.

При наличии возможности и необходимости пациент может быть направлен на 1-2 дополнительных сеанса либо находиться под наблюдением, чтобы понять, нуждается ли он в дальнейшем лечении.

Врач или специалист, проводящий краткосрочное вмешательство, должен пройти обучение использованию мотивационных техник для установления контакта с клиентом во избежание оборонительного поведения и для повышения внутренней мотивации к прекращению рискованного употребления психоактивных веществ до развития более тяжелых проблем. Краткосрочные вмешательства представляют собой ориентированный на клиента и основанный на сильных сторонах подход, стимулирующий клиента взять на себя ответственность за процесс изменения.

Компоненты эффективных краткосрочных вмешательств описываются в системе FRAMES (Миллер и Роллник, 2002):

- обеспечения обратной связи (feedback) о персональном риске или заболеваниях
- акцент на собственной ответственности (responsibility) клиента
- предоставления прямых советов/рекомендаций (advice) о возможностях изменений
- предложение и обеспечение альтернативных подходов (menu)
- эмпатическое отношение (empathy)
- вера в собственную способность к изменениям (self-efficacy)

Существует несколько основных этапов эффективного краткосрочного вмешательства. Сначала специалист, проводящий интервью, представляет вопрос употребления наркотиков в контексте здоровья и благосостояния пациента, в контексте проблемы, которая привела пациента на этот сеанс. Поскольку беседа ориентируется на пациента, специалист выслушивает его и применяет такие методы, как обобщение и рефлексия, для обеспечения обратной связи. Пациенту предлагается обобщить сказанное и предоставляется положительный отзыв, побуждающий его принять на себя ответственность за изменение своего поведения.

### 3.2.6 Направление на лечение

Лица, прошедшие скрининг, по итогам которого у них было установлено значительное с клинической точки зрения расстройство, связанное с употреблением ПАВ, или серьёзное сопутствующее состояние, должны немедленно направляться на лечение в наиболее подходящее для этого учреждение. При выдаче таких направлений специалисты должны быть обучены использованию методов, способствующих доведению вопроса с направлением до конца. Для этого используются такие стратегии, как запись в лечебное учреждение в присутствии пациента, использование «навигаторов пациента», которые будут сопровождать пациента в лечебное учреждение, последующее наблюдение за пациентом на предмет его поступления на лечение и другие методы «теплой передачи» (warm handoff). Инициирование и проведение лечения от наркотической зависимости в условиях, где проводится SBIRT, - еще одна важная методика улучшения результатов SBIRT в отношении лиц

с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков.

### 3.2.7 Критерии выполнения программы и показатели эффективности

Основная цель методов SBIRT — охват большого количества лиц, подверженных риску расстройств, связанных с употреблением наркотиков или других ПАВ, которые в иных условиях не были бы выявлены, не поощрялись бы к изменению поведения и не были бы направлены на лечение. Показатели эффективности для проведения SBIRT могут включать число скринингов, проведенных каждым обученным специалистом в условиях оказания помощи или услуг, долю выявленных лиц (необычно высокое или низкое число положительных результатов может указывать на наличие проблемы), долю выявленных лиц, посетивших, как минимум, один сеанс мотивационного вмешательства, долю лиц с более серьезными результатами скрининга, прошедших формальное обследование и направленных на лечение, и долю лиц, направленных на лечение по собственной инициативе.

### 3.2.8 Оценка силы доказательств

Есть доказательства, представленные по итогам небольшого числа рандомизированных клинических испытаний (РКИ), подтверждающие эффективность скрининга и краткосрочного вмешательства в сокращении потребления наркотиков лицами, не имеющими наркотической зависимости<sup>2</sup>.

### 3.2.9 Рекомендации

- Проведение первичной оценки с целью определения приоритетности вмешательств в согласованном плане лечения
- Проведение оценки с целью обнаружения сопутствующих физических и неврологических заболеваний
- Проведение психиатрической/психологической оценки для обнаружения осложнений (например, депрессии), которые могут повлиять на лечение пациента
- Проведение оценки социальных обстоятельств пациента (семья, работа, жилищные условия, финансовое и правовое положение)
- Применение методов быстрого обнаружения употребляемых ПАВ посредством лабораторных анализов (мочи, крови) или других процедур
- Наличие лабораторий и других учреждений для оказания помощи в оценке психического/психологического состояния
- Оценка пациентов с использованием инструментов, процедур и установленных систем классификаций (например, МКБ-10).

---

<sup>2</sup> WHO [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/evidence/resource/substance\\_use\\_q1.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/resource/substance_use_q1.pdf?ua=1)

## Персонал

- Поставщик имеет разработанную систему, обеспечивающую соответствие методики подбора, найма и обучения персонала действующим правовым нормам и установленным внутренним правилам.
- Организация имеет установленные правила, которым следует персонал в случаях, когда положения действующего законодательства являются слишком обобщенными.
- Определены структура и руководство организации с четким описанием компетенций для отдельных должностей.
- Поставщик определил структуру и численность персонала, должностные инструкции, требуемые квалификации, личные качества, и нравственные основы. Структура организации и численность персонала определены с учетом спроса и текущего количества пользователей услуг, их потребностей и деятельности организации. Состав персонала и включение дополнительных сотрудников соответствуют этим потребностям.
- Принимаются меры по профилактике рисков, связанных с работой.
- Случаи нарушения сотрудниками прав пациента/клиента и принятые меры регистрируются в картотеке персонала.
- Специализированная помощь (медицинская, психологическая, психотерапевтическая, социальная, образовательная и др.) всегда оказывается сотрудниками, имеющими соответствующие квалификации и лицензии.

### 3.3 Краткосрочное лечение в условиях стационара или реабилитационного центра

#### 3.3.1 Краткое определение и описание условий проведения

Условия проведения краткосрочного лечения в стационаре или реабилитационном центре — это среда, в которой помощь оказывается круглосуточно на уровне, позволяющем лечить симптомы и потенциальные осложнения, которые могут быть вызваны синдромами отмены наркотиков.

Краткосрочное стационарное лечение обеспечивает временное облегчение состояния пациента с расстройством, связанным с употреблением наркотических средств, сводя к минимуму дискомфорт, испытываемый при прекращении употребления ПАВ. Продолжительность пребывания в стационаре составляет от 1 до 4 недель в зависимости от практики учреждения и клинической необходимости. Прием на стационарное лечение позволяет контролировать и стабилизировать соответствующие физиологические и эмоциональные показатели, а также временно изолировать пациента от среды употребления наркотиков. Учитывая то, что синдромы отмены ПАВ и их лечение сопряжены с серьезными рисками для здоровья, краткосрочное лечение в реабилитационном центре требует более тщательного

медицинского контроля, чем долгосрочное лечение в таком учреждении, которое проводится после острой фазы абстиненции (см. Главу 7).

### 3.3.2 Цели

Первоочередные цели краткосрочного лечения в реабилитационном центре заключаются в стабилизации физиологического и эмоционального состояния пациента/клиента, изоляции пациента/клиента от среды, в которой употребляются наркотики, безопасном и гуманном лечении синдрома отмены при его наличии и мотивации пациента/клиента к дальнейшему лечению. Обычно краткосрочное лечение в реабилитационном центре используется как возможность оказания помощи в прекращении употребления наркотиков и лечении абстинентного синдрома. Иногда такой метод может применяться для введения поддерживающего медикаментозного лечения. По мере возможности для пациентов, заинтересованных в следующем этапе лечения, необходимо инициировать планирование и их включение в подходящую программу непрерывной реабилитационной помощи.

Процедуры детоксикации — важный аспект начала лечения расстройств, связанных с употреблением ПАВ, который часто служит отправной точкой в комплексе лечебных мероприятий. Детоксикация — это также возможность вовлечения, просвещения и установления контакта пациента с соответствующими службами поддержки для содействия развитию взаимодействия между врачом и пациентом (терапевтического альянса) и поддержки среды, способствующей улучшению состояния здоровья. Детоксикация под медицинским наблюдением может проводиться амбулаторно, что требует привлечения меньших ресурсов, однако при этом отмечаются более низкие показатели проведенной детоксикации (ВОЗ, 2009). Существует высокий риск возврата к употреблению наркотиков после любого метода детоксикации, что приводит к повышению риска передозировки и последующего лечения.

### 3.3.3 Категории клиентов, для которых лучше всего подходят такие условия

Любой человек с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, может воспользоваться возможностями краткосрочного лечения в реабилитационном центре, однако наиболее нуждаются в лечении те, у кого после прекращения употребления наркотиков может развиваться тяжелый абстинентный синдром, и те для кого текущая модель употребления наркотиков представляет серьезный риск вреда здоровью.

В целом, люди с опиоидной зависимостью имеют лучшие результаты после прохождения долгосрочного лечения такими препаратами, как метадон или бупренорфин, и подвержены повышенному риску передозировки после проведения только детоксикации. При определении приоритетности пациентов для получения услуг краткосрочной реабилитации предпочтение, как правило, отдается лицам с более тяжелыми проблемами, связанными с употреблением ПАВ, и сопутствующими медицинскими и социальными проблемами, которые вряд ли прекратят употребление ПАВ и обратятся за помощью без медицинского контроля и изоляции от среды, в которой употребляются наркотики, для обеспечения эффективного лечения.

При принятии решения о наличии у конкретного пациента показаний к краткосрочному лечению в стационаре или в других лечебных учреждениях необходимо учитывать следующие факторы:

*Тип употребляемых ПАВ и вероятность наступления абстинентного синдрома.*

Синдром отмены седативных и опиоидных препаратов может быть тяжелым и с большой вероятностью наступает у людей, употребляющих эти препараты в больших дозах на протяжении длительного времени.

*Степень тяжести расстройства, связанного с употреблением ПАВ.*

Для определения степени тяжести расстройства могут использоваться критерии МКБ-10 путем суммирования количества отвечающих критериям симптомов, а также с учетом степени тяжести каждого критерия. Кроме того, могут использоваться такие инструменты как шкала тяжести наркотической зависимости.

*Степень тяжести сопутствующих физических и психических заболеваний.*

Психические расстройства, в том числе депрессия, чувство тревоги, пост-травматический стресс, шизофрения или другие расстройства, связаны с высокой степенью тяжести имеющегося расстройства, связанного с употреблением наркотических средств, и могут препятствовать обращению за медицинской помощью. Симптомы психических расстройств (депрессия, чувство тревоги и психоз) могут быть вызваны употреблением ПАВ и исчезают после их отмены.

Краткосрочное лечение в условиях реабилитационного центра дает возможность наблюдать, исчезают ли симптомы с прекращением употребления ПАВ, и назначить медицинское или психологическое лечение расстройств, сохраняющихся после отмены наркотических препаратов.

При поступлении на лечение назначается комплексное обследование пациента/клиента, которое должно, по возможности, охватывать все аспекты, включая анамнез, наличие хронических и острых заболеваний и соответствующее фармацевтическое лечение, а также стандартную документацию по инфекционным заболеваниям (ВИЧ, туберкулез, гепатит и др.).

*Предыдущий опыт лечения*

История предыдущих попыток лечения полезна при разработке стратегии, в которой признаются и могут использоваться в качестве основы предыдущие успешные результаты и возможности для лучшей адаптации лечения к индивидуальным потребностям пациента/клиента.

### **3.3.4 Используемые модели и методы лечения**

Достижение терапевтических целей краткосрочного лечения в условиях реабилитационного центра, как правило, требует сочетания фармакотерапии, мотивационного консультирования, психологического просвещения о последствиях употребления наркотиков и поддержки во время их отмены. Могут также проводиться такие вмешательства, как введение поведенческой терапии, ориентирование на группы самопомощи, социальные услуги и способность организовать соответствующие направления на дальнейшее лечение после выхода из центра. Конкретные типы, объемы и продолжительность этих компонентов лечения зависят от характера, сложности и длительности употребления ПАВ, а также наличия дополнительных физических или психических проблем.

### **3.3.5 Лечение синдрома отмены**

Группа симптомов различного сочетания и различной тяжести, возникающих при прекращении или сокращении употребления психоактивного вещества, которое принималось многократно, как правило, в течение длительного времени и/или в больших дозах. Синдром может сопровождаться признаками физиологического расстройства. Синдром отмены является одним из индикаторов синдрома зависимости. Он также является определяющей характеристикой более узкого психофармакологического понятия зависимости.

Возникновение и протекание состояния отмены ограничены по времени и связаны с типом вещества и дозой, принятой непосредственно перед прекращением или сокращением употребления. Как правило, признаки синдрома отмены противоположны признакам острой интоксикации.

Лечение синдрома отмены обычно является первоочередной задачей, если пациент имел затяжной и тяжелый ближайший анамнез употребления опиоидных препаратов, бензодиазепина или барбитуратов и алкоголя. Для таких случаев существуют утвержденные протоколы лечения синдрома отмены, предполагающие, как правило, фармакотерапию в сочетании с отдыхом, питанием и мотивационным консультированием. Синдром отмены, если его не признавать и не лечить, заставит пациента отказаться от лечения. Поэтому сотрудники краткосрочных реабилитационных программ должны знать о различных формах проявления синдрома отмены и быть готовыми к оказанию психологической поддержки, чтобы мотивировать пациента к преодолению фазы абстиненции, и быть способными назначить эффективное медикаментозное лечение синдрома отмены.

#### Опиоидный абстинентный синдром

Фармакологическое лечение опиоидного абстинентного синдрома включает краткосрочное лечение метадоном и бупренорфином, агонистами альфа-2-адреностимулирующего действия (клонидин и лофексидин).

#### Состояние отмены седативных/снотворных средств

Пациентов, принятым на краткосрочную реабилитацию, следует спросить об

употреблении алкоголя и седативных средств, контролировать наступление симптомов отмены или проводить профилактическое лечение, если пациент находится в группе высокого риска (регулярное употребление в больших дозах, или история предыдущих случаев синдрома отмены).

Синдром отмены седативных/снотворных средств можно эффективно лечить бензодиазипинами длительного действия, начиная с дозы, достаточной для облегчения симптомов, с постепенным снижением в течение нескольких дней или недель. Пациентов необходимо контролировать на появление тяжелых симптомов отмены алкоголя или седативных/снотворных средств, включая судороги, сердечно-сосудистую нестабильность и делириум. Необходимо принять меры для того, чтобы лечение не просто продлевало употребление седативных/снотворных препаратов.

Программы краткосрочной реабилитации должны предусматривать медицинское лечение этих тяжелых проявлений или перевод таких пациентов в стационар.

#### Другие синдромы отмены

Состояние отмены стимуляторов («крэш») определено не так четко, как синдромы отмены депрессантов центральной нервной системы; вырожденная подавленность, сопровождаемая недомоганием, инертностью и неустойчивостью.

Фармакологическое лечение состояния отмены стимуляторов и кополи зависит от возникновения симптомов.

### **3.3.6 Обследование и назначение лечения сопутствующих физических и психических расстройств**

Краткосрочное лечение в условиях реабилитационного центра начинается с изучения истории физических и психических заболеваний, оценки физического и психического состояния и лабораторных исследований. Это дает возможность определить, инициировать или стабилизировать лечение заболеваний, которые, как правило, возникают у наркозависимых пациентов.

Острые медицинские состояния, часто наблюдаемые при приеме больного: замешательство, чрезмерное спокойствие, слабое дыхание, галлюцинации, судороги, нестабильное артериальное давление или лихорадка, которые необходимо лечить до оказания любой дальнейшей помощи. В соответствии с местными условиями механизмы лечения опиоидной зависимости должны сочетаться с лечением туберкулеза, ВИЧ и гепатита для обеспечения непрерывного действия противоинфекционных препаратов. Программа краткосрочной реабилитации может не иметь соответствующих медицинских специалистов или времени в силу ограниченных временных рамок, чтобы начать лечение, но консультации и направление на необходимое лечение должны быть предусмотрены.

Хроническая боль — еще одна распространенная проблема, которая может способствовать мотивации к употреблению незаконных наркотиков, в частности, опиоидов, и риску рецидивов. Необходимо организовать направление на дальнейшее обследование источника боли и специальные стратегии лечения.

Сопутствующие психические расстройства, включая депрессию, пост-травматический стресс и другие тревожные расстройства, а также психотические симптомы распространены среди лиц с наркотической зависимостью. Решающим первым шагом в точной оценке психических симптомов у потребителей наркотиков является разграничение независимых расстройств и расстройств, связанных с употреблением наркотиков, при которых развивается абстинентный синдром. Острая и хроническая наркомания и синдромы отмены могут стать причиной возникновения многих симптомов депрессивных и тревожных расстройств, включая подавленное или тревожное настроение, потерю интереса, раздражительность, усталость, бессонницу, слабую концентрацию, плохой аппетит, потерю веса.

### **3.3.7 Разработка плана лечения, проводимого после краткосрочной реабилитации**

Поступление в центр краткосрочной реабилитации и прохождение лечения — важный шаг в достижении лучшего состояния здоровья, когда пациент страдает расстройством, связанным с употреблением ПАВ. Работающие в центрах медицинские специалисты и их коллеги работают в тесном сотрудничестве, предоставляя пациентам/клиентам необходимые ресурсы, лечение и уход для преодоления различных проблем и барьеров, с которыми они могут сталкиваться в достижении улучшения здоровья. Поддержание устойчивого здорового поведения имеет решающее значение после завершения пациентами/клиентами лечения, поскольку риск рецидива и передозировки существенно увеличивается сразу после выхода из центра.

Эффективный план лечения, проводимого после краткосрочной реабилитации, должен включать ряд стратегий, максимально способствующих увеличению шансов на то, что пациент успешно перейдет на следующий уровень оказания помощи и будет иметь все шансы на сохранение результатов, достигнутых в ходе краткосрочной реабилитации, поддержание физического и психического состояния и не вернется к употреблению наркотиков (направленность лечения на предотвращение рецидивов). Аспекты последующего лечения должны учитываться при планировании перехода из реабилитационного центра на амбулаторное обслуживание или долгосрочную программу реабилитации:

*Доступность мер социальной поддержки в целях содействия дальнейшему воздержанию или сокращению употребления наркотиков и ремиссии.*

Круг общения пациента может оказать влияние на его модель употребления наркотиков. Пациенты, находящиеся на краткосрочном стационарном, должны быть информированы о различных факторах, которые могут способствовать пагубному употреблению наркотиков, различных стратегиях по созданию и поддержанию среды,

благоприятной для здоровья.

#### *Долгосрочное медикаментозное лечение.*

Для лечения опиоидной зависимости план практически всегда должен включать долгосрочную заместительную поддерживающую терапию (лечение метадон, лечение бупренорфином или налтрексоном пролонгированного действия). Опиоидные агонисты (метадон, бупренорфин) снижают употребление наркотиков, преступность и риск смерти от опиоидной зависимости примерно на две трети. Опиоидный антагонист налтрексон более эффективен, чем плацебо. Эти препараты имеют убедительные доказательства эффективности, в том числе эффективности в предотвращении рецидива после прохождения краткосрочной реабилитации. В идеале, прием медикаментов должен начинаться во время нахождения в реабилитационном центре и продолжаться в рамках программы амбулаторной заместительной поддерживающей терапии.

#### *Последующая помощь.*

Психологическая помощь при расстройствах, связанных с употреблением ПАВ, должна продолжаться после краткосрочной реабилитации. Некоторые пациенты с более тяжелыми формами наркотической зависимости, не имеющие социальной поддержки, после краткосрочной реабилитации должны получать направление на долгосрочное лечение в реабилитационном центре. Для некоторых пациентов с расстройствами меньшей тяжести, которым предоставляется социальная помощь, следующим логическим шагом является амбулаторное лечение. Ориентационная поддержка со стороны систем здравоохранения и социального обеспечения должна быть направлена на аспекты жизни пациентов/клиентов, которые могут влиять на их способность поддерживать успешные результаты лечения, профессиональное обучение, стабильные жилищные условия и т.д.

Важная цель краткосрочной реабилитации заключается в определении и иницировании лечения сопутствующих расстройств. Должны быть предусмотрены направления для продолжения лечения после выхода из реабилитационного центра. Идеальным вариантом является лечение сопутствующих физических и психических заболеваний, предлагаемое в рамках программы лечения от наркотической зависимости. Пациенты с большей вероятностью продолжат участие в программе, если все лечение будет сосредоточено в одном учреждении.

### **3.3.8 Особые требования (мероприятия, документация, персонал и др.)**

#### **Лечебные мероприятия**

Программы краткосрочной реабилитации лиц с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, включают следующие мероприятия:

- Комплексное биопсихологическое обследование поступившего пациента
- План лечения, максимально соответствующий потребностям пациента
- Медикаментозная детоксикация при наличии показаний

- Инициирование поддерживающей заместительной терапии при наличии показаний
- Стратегия повышения мотивации пациентов к изменениям
- Установление контакта со значимыми лицами в кругу общения пациента, чтобы привлечь их к участию в плане лечения
- Применение стратегий поведенческой терапии для лечения зависимости
- Назначение лечения сопутствующих физических и психических расстройств, если позволяют время и ресурсы.
- Текущая оценка прогресса пациента в лечении и непрерывная клиническая оценка, включенная в программу
- Планирование выписки с применением стратегий по предупреждению рецидивов и непрерывной помощи на период после лечения в реабилитационном центре, включая заместительную поддерживающую терапию при наличии показаний, надлежащий объем психологического лечения зависимости и текущее лечение сопутствующих физических и психических расстройств.

При приеме на краткосрочное лечение в реабилитационном центре должно проводиться комплексное медико-психологическое обследование пациента для определения индивидуальных потребностей и плана лечения для каждого пациента. Обследование должно включать историю физических и психических заболеваний, оценку физического и психического состояния больного. Рекомендуется отражать выводы, результаты обследования и план в комментариях к структурированной оценке.

Научно-обоснованный инструмент оценки, такой как Индекс тяжести зависимости (ИТЗ), оценивающий степень тяжести проблем, связанных с употреблением ПАВ, и сопутствующих проблем (физических психических, семейных и т.д.), может применяться обученным сотрудником. Структурированный интервью, такие как MINI, SCID, или CIDI-SAM могут рассматриваться и особенно полезны для выявления расстройств, связанных с употреблением ПАВ, и сопутствующих психических расстройств.

С согласия пациента его история болезни и потребности должны обсуждаться с направляющим учреждением и/или лечащим врачом пациента, особенно если пациент получает медикаменты для лечения физического или психического заболевания, а также с врачом пациента вне учреждения, при наличии.

Небольшие пробелы в процессе лечения могут вызывать тревогу у наркозависимых лиц, как и риск последующего рецидива. Основные варианты фармакологического лечения и услуги должны быть четко разъяснены пациентам (как это описывается в разделе об амбулаторном лечении), а также применение налоксона для лечения передозировки. Более высокие дозы могут более безопасно вводиться в условиях краткосрочной реабилитации, чем амбулаторно. В случае использования метадона и бупренорфина для лечения опиоидного синдрома отмены, как, правило, они назначаются на более короткий период.

### *Вакцинация против гепатита В*

Гепатит В широко распространен среди потребителей наркотиков, в том числе (но не исключительно) тех, кто принимает инъекционные наркотики. Краткосрочное лечение в условиях реабилитационного центра может предусматривать возможность вакцинации против гепатита В. В зависимости от длительности лечения, вакцинация по ускоренной схеме, состоящая из 2-3 доз, может назначаться людям, ранее не прошедшим полный курс вакцинации, без предварительного серологического теста (ВОЗ, 2012).

### **3.3.9 Критерии выполнения программы и показатели эффективности**

Сразу после приема на краткосрочное лечение в реабилитационном центре необходимо проводить мониторинг состояния пациентов многократно в течение дня на наличие синдрома отмены и любых острых физических и психических проблем. После стабилизации таких острых состояний осуществляется ежедневный мониторинг, фокусирующийся на физическом и психическом состоянии, а также мотивационные мероприятия и разработка целей и планов лечения после выписки из центра. Основные долгосрочная цель лечения — помочь пациентам развить способность вести здоровый и активный образ жизни без употребления наркотиков. Ближайшая цель краткосрочной реабилитации — заложить основу и создать план долгосрочного лечения, направленный на достижение этой цели.

Успешное завершение краткосрочного лечения в реабилитационном центре может оцениваться для каждого пациента по нескольким параметрам, в том числе:

- Ослабление симптомов абстиненции
  - Развитие осознания пациентом своей зависимости и сопутствующих проблем
  - Развитие мотивации для вовлечения в дальнейшее лечение после выписки
  - Улучшение физического и психического здоровья, инициирование лечения и/или планов после выписки, чтобы справляться с такими проблемами на протяжении длительного времени
  - Ослабление влечения к наркотикам и начало развития навыков контроля над факторами (мысли, эмоции и поведение), приводящими к употреблению наркотиков
- Готовность участвовать в программе непрерывной помощи в условиях долгосрочной реабилитации или амбулаторного лечения после выписки из центра.

Эффективность программы краткосрочной реабилитации может оцениваться по так называемым критериям процесса (т.е. какие услуги оказываются, или какие цели достигаются пациентами в период нахождения на лечении), или по объективным критериям долгосрочных результатов пациента после выписки из реабилитационного центра. Одним из таких объективных критериев является доля пациентов, получающих целенаправленное лечение наркотической зависимости после курса реабилитации. Другие показатели результат — воздержание от употребления наркотиков и другие признаки долгосрочной ремиссии (например, в течение 6 месяцев). Этот тип долгосрочных показателей уже применяется и требует отслеживания и долгосрочного наблюдения за пациентами.

### 3.3.10 Оценка силы доказательств

- Существуют полученные в рамках рандомизированных клинических испытаний (РКИ) доказательства эффективности определенных лекарственных препаратов, применяемых для детоксикации при опиоидной зависимости.
- Существуют доказательства, представленные по итогам небольшого числа РКИ, указывающие на то, что долгосрочное лечение агонистами более эффективно, чем детоксикация при опиоидной зависимости.
- Существуют полученные в рамках РКИ доказательства того, что психосоциальная поддержка улучшает результаты детоксикации при опиоидной зависимости.
- В рамках одного из РКИ проводилось сравнение детоксикации при опиоидной зависимости в стационарных и амбулаторных условиях, согласно которому показатели успешного проведения лечения в условиях стационара в два раза выше<sup>3</sup>.

### 3.3.11 Рекомендации

- Проводимое лечение регулярно пересматривается и корректируется во взаимодействии с пациентом для обеспечения надлежащих результатов
- Есть четко определенные протоколы назначения и другие вмешательства в зависимости от конкретных потребностей пациентов и различных групп наркотических средств
- Протоколы, по возможности, составляются строго на основе результатов исследований. При отсутствии такой возможности они ведутся в соответствии с установленной практикой.
- Набор имеющихся подходящих вариантов лечения доводится до сведения пациента
- На территории и вне территории учреждения имеются лабораторные и другие диагностические объекты
- Обеспечивается доступ к группам самопомощи и другим группам поддержки
- В независимости от того, является ли отказ от наркотиков целью лечения, принимаются меры по снижению вреда, нанесенного потребителю наркотиков длительным употреблением (здоровое питание, использование стерильных шприцев)
- При рассмотрении процедуры с известными рисками проводится тщательная оценка рисков/преимуществ, по итогам которой отбираются критерии, представляющие наименьший риск
- Существует механизм обеспечения непрерывной помощи пациенту

---

<sup>3</sup> ВОЗ [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/opioid\\_dependence\\_guidelines.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf)

- Проводится регулярная оценка воздействия услуг для определения общей эффективности и результативности (т.е. оценка программы)
- Существует взаимосвязь между программами лечения зависимости и другими услугами, способствующими проведению вмешательств в отношении детей и других членов семей потребителей наркотиков, испытывающих психологические и социальные проблемы
- Доступны услуги неотложной помощи (или возможности транспортировки в соответствующие учреждения) в случае угрожающих жизни осложнений, связанных с употреблением наркотиков или синдромом отмены

## **Персонал**

- Поставщик имеет разработанную систему, обеспечивающую соответствие методики подбора, найма и обучения персонала действующим правовым нормам и установленным внутренним правилам.
- Организация имеет установленные правила, которым следует персонал в случаях, когда положения действующего законодательства являются слишком обобщенными.
- Определены структура и руководство организации с четким описанием компетенций для отдельных должностей.
- Поставщик определил структуру и численность персонала, должностные инструкции, требуемые квалификации, личные качества, и нравственные основы. Структура организации и численность персонала определены с учетом спроса и текущего количества пользователей услуг, их потребностей и деятельности организации. Состав персонала и включение дополнительных сотрудников соответствуют этим потребностям.
- Принимаются меры по профилактике рисков, связанных с работой.
- Случаи нарушения сотрудниками прав пациента/клиента и принятые меры регистрируются в картотеке персонала.
- Специализированная помощь (медицинская, психологическая, психотерапевтическая, социальная, образовательная и др.) всегда оказывается сотрудниками, имеющими соответствующие квалификации и лицензии.

## **Выписка, последующая помощь и направление на дальнейшее лечение**

- Существуют установленные критерии исключения пациентов из программы лечения по причине нарушения ими правил лечения, применения насилия, постоянного употребления непрописанных препаратов и т.д.
- Установлены критерии управления конкретными представляющими риск ситуациями (например, интоксикация, риск самоубийства)

### 3.4 Амбулаторное лечение

Амбулаторное лечение — это лечение и уход без пребывания пациентов в стационаре. В отличие от стационарного лечения, предусматривающего круглосуточный уход (например, в больнице), амбулаторные пациенты проживают дома и посещают лечебное учреждение с целью получения лечения. Амбулаторные услуги отличаются по компонентам и интенсивности — от просветительских мероприятий в области здравоохранения до лечебных центров, предоставляющих услуги непрерывной помощи и поддержания ремиссии.

#### 3.4.1 Целевые группы

Амбулаторное лечение более всего подходит для людей, имеющих достаточную социальную поддержку и ресурсы дома и в сообществе для участия в программах амбулаторного лечения. Амбулаторное лечение — идеальная среда для предоставления долгосрочных поддерживающих мероприятий для пациентов с расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, поскольку большинство связанных с этим проблем можно решать на базе амбулаторных учреждений, предлагающих как психологические, так и фармакологические вмешательства. Целевые группы определяются в зависимости от конкретных амбулаторных вмешательств.

#### 3.4.2 Цели

Основные цели амбулаторного лечения — помочь пациентам прекратить или сократить употребление наркотиков, снизить риски рецидивов и повысить их личную и социальную активность в период долгосрочной ремиссии. Еще одна важная цель заключается в расширении доступа к лечению и уходу для лиц с тяжелыми расстройствами, не соглашающихся на госпитализацию или лечение в реабилитационном центре на начальном этапе вмешательств.

#### 3.4.3 Характеристики

Программы амбулаторного лечения лиц с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, могут существенно отличаться друг от друга в зависимости уровня интенсивности предусмотренных такими программами услуг.

##### *Высокоинтенсивные вмешательства*

Такие программы, как интенсивное лечение в течение дня, могут предусматривать частые взаимодействия с пациентами (например, ежедневно или несколько часов в течение одного или нескольких дней). Компоненты и мероприятия в этих условиях

оказания услуг включают:

- Комплексное биопсихологическое обследование поступившего на лечение пациента
- План лечения, максимально соответствующих потребностям пациента
- Пациент может влиять на лечение, участие является добровольным
- Медикаментозная детоксикация при наличии показаний
- Инициирование поддерживающей заместительной терапии при опиоидной зависимости
- Установление контакта с членами семьи и другими значимыми лицами, чтобы привлечь их к участию в плане лечения
- Поведенческая и психологическая терапия для лечения зависимости и сопутствующих расстройств
- Фармакологическое лечение сопутствующих физических и психических заболеваний
- Контракт на проведение лечения с четким описанием всех лечебных процедур, услуг и других программ и положений, включая ожидания пациента от программы
- Текущая оценка прогресса пациента в лечении и непрерывная клиническая оценка, включенная в программу
- Планирование выписки с применением стратегий по предупреждению рецидивов и непрерывной помощи на период после лечения в реабилитационном центре, включая заместительную поддерживающую терапию при наличии показаний, надлежащий объем психологического лечения зависимости и текущее лечение сопутствующих физических и психических расстройств.

### *Вмешательства средней и низкой интенсивности*

Вмешательства низкой интенсивности могут включать еженедельные сеансы групповой поддержки, индивидуальное консультирование, просвещение в вопросах здоровья и употребления наркотиков.

В ходе амбулаторного лечения соответствующие медицинские работники могут проводить регулярные обследования пациентов на употребление алкоголя и наркотиков и оценку их физического и психического состояния. Текущее сотрудничество со смежными службами по оказанию помощи имеет большое значение. К такому сотрудничеству относится интеграция амбулаторного лечения с учреждениями по лечению ВИЧ, вирусного гепатита, туберкулеза и заболеваний, передающихся половым путем. Такое взаимодействие позволяет пациенту/клиенту ориентироваться в услугах соответствующих психиатрических больниц, если требуется лечение в условиях стационара, например, в случае психоза, суицидальных наклонностей, детоксикации.

Амбулаторное лечение также должно включать текущее сотрудничество со службами социальной поддержки и другими ведомствами, в том числе в вопросах образования, занятости, социального обеспечения, поддержки людей с ограниченными возможностями, жилья, социального взаимодействия или юридической помощи.

### 3.4.4 Модели и методы

Цели лечения могут быть лучше всего достигнуты при использовании сочетания фармакологических и психосоциальных вмешательств. В идеале, программы амбулаторного лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, должны предлагать всеобъемлющий набор услуг для решения различных проблем, влияющих на различные аспекты жизни пациентов/клиентов.

На данный момент нет исчерпывающих научных исследований, определяющих конкретный подход к лечению пациентов с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств. Компоненты лечения могут адаптироваться к потребностям каждого пациента/клиента. Научная литература подтверждает эффективность таких методов, как когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), мотивационное интервью (МИ), мотивационно-стимулирующая терапия (МСТ), семейная терапия (СТ), ситуационное взаимодействие (СВ), консультирование по вопросам потребления наркотиков и 12-шаговая программа групповой терапии и др.

### 3.4.5 Научно-обоснованные поведенческие и психосоциальные вмешательства

Психосоциальные вмешательства должны использоваться в программах амбулаторного лечения для рассмотрения мотивационных, психологических, социальных факторов и факторов окружающей среды, способствующих употреблению ПАВ, и факторов, стимулирующих отказ от употребления ПАВ и способствующих предотвращению рецидивов. Психосоциальные методы также могут применяться для усиления приверженности лечению и соблюдения режима приема прописанных медикаментов.

#### Рекомендации ВОЗ:

Психологические вмешательства, в том числе ситуационное воздействие и когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) и семейная терапия могут предлагаться для лечения зависимости от психостимуляторов. Несмотря на то, что во многих научных испытаниях применяется метод денежного подкрепления, использование ситуационного воздействия должно адаптироваться к культуре и населению при участии пациентов.

Психосоциальные вмешательства на основе когнитивно-поведенческой терапии, мотивационно-стимулирующей терапии (МСТ) или семейной терапии могут проводиться при лечении каннабиоидной зависимости.

Поведенческие вмешательства в отношении детей и подростков и обучение навыкам ухода могут предлагаться при лечении поведенческих расстройств.

Психосоциальные вмешательства, включая когнитивно-поведенческую терапию (КПТ), терапию супружеских пар, психодинамическую терапию, поведенческую терапию, терапию с участием ближайшего социального окружения, ситуационное взаимодействие и мотивационные вмешательства, а также 12-шаговую групповую терапию, могут применяться для лечения алкогольной зависимости.

(mhGAP, 2015)

### **Рекомендации ВОЗ по психологическим вмешательствам для лечения каннабиоидной зависимости**

Психосоциальные вмешательства на основе когнитивно-поведенческой терапии, мотивационно-стимулирующей терапии (МСТ) или семейной терапии могут проводиться при лечении каннабиоидной зависимости.

mhGAP, 2015

#### **Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)**

КПТ — эффективный и ценный подход в лечении расстройств, связанных с употреблением наркотических средств. КПТ предполагает, что процессы и модели употребления наркотиков — это результат научения, который можно корректировать. В процессе лечения пациентам представляются новые умения справляться с трудностями и когнитивные стратегии по замене деструктивного поведения и моделей мышления. Структура сеансов КПТ представлена набором конкретных целей, которые должны быть выполнены на каждом сеансе с акцентом на неотложные проблемы, с которыми сталкивается потребитель наркотиков. КПТ может применяться как краткосрочный подход, который может адаптироваться к широкому кругу пациентов и разнообразным условиям, к индивидуальным и групповым сеансам. КПТ совместима с целым рядом других психосоциальных и фармакологических методов лечения.

#### **Ситуационное взаимодействие (СВ)**

В процессе СВ пациенты получают неденежное вознаграждение для поддержки позитивного поведения (отказ от употребления наркотиков, посещение лечения, соблюдение режима приема медикаментов) или их собственных конкретных целей лечения. Для обеспечения эффективности СВ проводится мониторинг образцов мочи и токсикологические тесты с немедленным предоставлением обратной связи. Результаты тестов представляют собой показатель процесса лечения и могут обсуждаться на конфиденциальных сеансах для обеспечения лучшего понимания состояния пациента/клиента. Метод СВ часто используется как часть лечения, которая фокусируется на поддержке новых форм поведения, противоречащих употреблению наркотиков, и может сочетаться с КПТ.

Среди пациентов, к которым применялся метод СВ, отмечен более высокий показатель отказа от употребления в процессе лечения по сравнению с пациентами, проходившими стандартное лечение. Метод СВ оказался особенно полезной в лечении пациентов с расстройствами, связанными с употреблением амфетамина и кокаина, помогая снизить процент отказавшихся от лечения и сократить употребление наркотиков. Другие исследования показали, что СВ, при котором использовались ваучеры в качестве награды за высокие достижения в лечении, повлияло на расширение участия потребителей наркотиков в лечении.

#### **Мотивационное интервью (МИ) и мотивационно-стимулирующая терапия (МСТ)**

Мотивационное интервью — это метод, предполагающий сотрудничество, побуждающий к размышлению и признающий автономность пациента. Специалист

выполняет консультативную, а не авторитарную функцию и старается понять, что ценно для пациента, этот процесс вызывает чувство эмпатии (сопереживания) и формированию терапевтического альянса, который может стимулировать изменение поведения. МИ также является перспективным подходом в сокращении таких форм рискованного поведения, как незащищенный секс и пользование общими иглами. Эффективность мотивационного интервью подтверждается многими контролируруемыми клиническими испытаниями. Эффект МИ может сохраняться до одного года после лечения.

#### **Вовлечение членов семьи и заинтересованного ближайшего окружения**

Ориентированные на семью подходы к лечению доказали свою эффективность в повышении заинтересованности в лечении, сокращении употребления наркотиков и расширении участия в последующих программах помощи по сравнению с лечением, ориентированным на отдельного пациента. Подходы, ориентированные на семью, особенно полезны в просвещении пациентов и членов их семей о характере зависимости и процессе восстановления.

В числе доказавших эффективность подходов поведенческая терапия супружеских пар, краткосрочная стратегическая семейная терапия, мультисистемная терапия и многоаспектная семейная терапия. (МАСТ).

Доказательства свидетельствуют о том, что в условиях общин МАСТ эффективна в большем количестве аспектов, чем КПТ, при лечении каннабиоидной зависимости у подростков, хотя обе модели существенно снизили употребление конопли и алкоголя.

Работа с семьями с использованием таких методов, как Односторонняя семейная терапия или Поощрение сообществ и обучение семей, также может быть полезной, когда пациент отказывается от лечения.

### **3.4.6 Научно-обоснованные фармакологические вмешательства**

Лекарственные препараты могут быть очень полезными в лечении различных состояний, связанных с наркотиками, таких как наркотическая интоксикация и передозировка, синдром отмены, расстройства, связанные с употреблением наркотиков, и лечении психиатрических осложнений, связанных с употреблением наркотиков. Фармакологическая терапия должна применяться в сочетании с психосоциальными вмешательствами.

### **3.4.7 Фармакологическое лечение**

#### *Передозировка опиоидов*

Выявляемую по совокупности трех признаков — сильно суженные зрачки, бессознательное состояние, угнетение дыхания — передозировку можно лечить налоксоном. Учитывая длительную историю доказанной клинической эффективности

препарата и крайне редкие случаи негативных побочных реакций, наличие налоксона должно быть обеспечено во всех медицинских учреждениях, которые потенциально могут проводить лечение передозировки опиоидов.

В некоторых странах пациентам и членам их семей выдаются предварительно наполненные налоксоном шприцы в сочетании с обучением реанимационным мероприятиям; такое использование препарата может предотвратить передозировку, и оценка таких систем распространения показала положительные результаты. Распространение налоксона — доступный метод предотвращения передозировки опиоидов, особенно при наличии недорогих наполненных шприцев. И хотя введение налоксона посторонними людьми является промежуточной экстренной мерой по спасению жизни при передозировке опиоидов, этот метод нельзя рассматривать как замену комплексной медицинской помощи.

| Рекомендации ВОЗ (2014)                                                                                                                                                                                                                          |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Наличие налоксона должно быть обеспечено во всех медицинских учреждениях, которые потенциально могут проводить лечение передозировки опиоидов.                                                                                                   |  |
| Использование различных вариантов лечения опиоидной зависимости, включая психосоциальную поддержку, лекарственную заместительную терапию метадонот и бупренорфином, поддерживающую детоксикацию и лечение опиоидными антагонистами (налтрексон). |  |
| Налоксон должен предоставляться людям, которые могут оказаться свидетелями передозировки опиоидов, а также необходимо проводить обучение лечению передозировки опиоидов.                                                                         |  |

### Опиоидная детоксикация

Главная цель детоксикации — стабилизация физического и психологического состояния пациента гуманным способом, не оскорбляя достоинство человека при выведении наркотика из организма. Детоксикацию необходимо проводить до начала последующего лечения, однако это время является особо уязвимым для пациентов, поскольку недавние периоды отказа от употребления наркотика представляют основной риск смерти от передозировки опиоидов вследствие снижения устойчивости и неточных решений по поводу дозировки. Сокращение дневных доз метадона и бупренорфина под медицинским наблюдением в течение 1-2 недель, при их наличии, может безопасно и эффективно применяться в целях детоксикации. В других случаях могут использоваться клонидин или лорфексидин в малых дозах, или постепенное снижение более слабых опиоидных препаратов в сочетании со специфическими лекарственными препаратами для лечения симптомов опиоидного абстинентного синдрома при их появлении (противорвотные, противодиарейные препараты, анальгетики, седативные средства), однако лечащие врачи должны прописывать эти средства только на короткие периоды и внимательно наблюдать за реакцией организма на лечение, поскольку более длительный прием некоторых препаратов может вызвать привыкание и нецелевое использование. Эффективность лечения может повышаться, если в процессе лечения синдрома отмены оказывается психологическая помощь.

| Рекомендации ВОЗ |               |
|------------------|---------------|
| Стандартные      | Настоятельные |

Для ведения отмены опиоидов следует, как правило, назначать опиоидные агонисты уменьшающимися дозами, хотя можно также назначать и агонисты альфа2-адреностимулирующего действия.

Клиницистам не следует в порядке обычной практики применять комбинацию опиоидных антагонистов и минимальной седации при ведении отмены опиоидов

Психосоциальная поддержка должна предлагаться в порядке обычной практики в комплексе с фармакологическим лечением опиоидной зависимости

Клиницистам не следует применять комбинацию опиоидных антагонистов с сильным седативным действием при ведении отмены опиоидов.

*Расстройство, связанное с употреблением опиоидов*, как правило, имеет хроническое течение с рецидивами, следовательно, для лиц, прекративших и желающих не возвращаться к употреблению опиоидов, должно проводиться долгосрочное лечение с целью профилактики рецидивов. Лечение с целью профилактики рецидивов должно включать сочетание фармакологического лечения и психосоциальной поддержки. Результаты лечения, включающего только психосоциальные методы, ниже, чем при лечении, в которое также включены соответствующие лекарственные препараты.

Две основные стратегии фармакологического лечения опиоидной зависимости:

1. Лечение опиоидами пролонгированного действия (метадон или бупренорфин).
2. Детоксикация с последующим лечением с целью профилактики рецидивов (налтрексон).

### *Лечение опиоидными агонистами*

#### Рекомендации ВОЗ по лечению опиоидными агонистами

##### **Стандартная рекомендация**

Средние поддерживающие дозы бупренорфина должны составлять не менее 8 мг в день.

Дозы для приема на дому могут выдаваться пациентам, когда выгода от снижения частоты прихода на прием в учреждение считается большей, чем риск перевода лекарственного средства в незаконный оборот, при условии регулярных проверок.

##### **Настоятельная рекомендация**

В качестве метода поддерживающего лечения большинству пациентов следует рекомендовать прием метадона в адекватных дозах, а не бупренорфина.

Во время индукционной фазы лечения метадоном начальная суточная доза должна зависеть от уровня нейроадаптации. Обычно она не должна превышать 20 мг и ни в коем случае не должна быть больше 30 мг.

В среднем поддерживающие дозы метадона должны находиться в диапазоне 60-120 мг в сутки.

Дозы метадона и бупренорфина на ранней стадии лечения должны приниматься под непосредственным надзором.

Психосоциальная поддержка должна предлагаться в порядке обычной практики в комплексе с фармакологическим лечением опиоидной зависимости.

Первоочередная цель поддерживающего лечения опиоидными агонистами (ПЛОА) — сокращение или прекращение незаконного использования опиоидов и поддержание отказа от употребления путем предотвращения симптомов отмены, снижение пристрастия к наркотикам и ослабление действия дополнительных опиоидов в случае их употребления.

### Метадон

В сравнении с немедикаментозным лечением лечение пациентов метадонотом отличается значительным сокращением потребления героина и других наркотиков, более низким уровнем смертности, меньшим количеством осложнений, снижением уровня преступной деятельности и повышением социальной и профессиональной активности.

На начальном этапе лечения дозу метадона следует подбирать постепенно для минимизации риска передозировки. После безопасного введения начальной дозы следует подобрать оптимальную дозу для долгосрочного поддерживающего лечения во избежание пристрастия и употребления опиоидов (так называемое «блокирующее дозирование»). Оптимальная доза должна устранить пристрастие к опиоидам, не вызывая при этом седативного эффекта или чувства эйфории, что обеспечивает максимальное функционирование пациентов во всех сферах жизни. Необходимо принимать метадон ежедневно для поддержания должного уровня в плазме крови и во избежание опиоидного синдрома отмены.

Как правило, эффективные поддерживающие дозы метадона должны находиться в пределах 60-120 мг в сутки и определяться в индивидуальном порядке. Для достижения оптимальной дозы важно учитывать индивидуальные факторы, такие как способность к выведению препарата и расстройства метаболизма, вызванные приемом других лекарственных средств — препаратов, назначаемых при ВИЧ и гепатите, психиатрических или сердечных препаратов. Пациенты должны подвергаться регулярному мониторингу на предмет соблюдения режима приема препарата.

### **Рекомендации ВОЗ по использованию метадона в поддерживающем лечении**

Варианты фармакологического лечения должны включать использование как метадона, так и бупренорфина при поддерживающем лечении опиоидными агонистами и отмене опиоидов, агонистов альфа-2-адренорецепторов центрального действия при отмене опиоидов, налтрексона для профилактики рецидива и налоксона для лечения передозировки.

Начальная доза метадона не должна превышать 20 мг в зависимости от уровня устойчивости к метадону, что обеспечивает высокий уровень безопасности для снижения риска неумышленной передозировки.

Затем дозировку следует быстро увеличить при появлении симптомов синдрома отмены опиоидов и снизить при наступлении седации.

Постепенное увеличение дозы до прекращения употребления запрещенных опиоидов — суточная доза метадона должна находиться в пределах 60-120 мг.

Пациенты должны подвергаться мониторингу с использованием клинической оценки и тестов на наркотики.

Психосоциальная помощь должна предлагаться всем пациентам.

Первоначально, метадон должен приниматься под наблюдением.

Степень наблюдения и контроля необходимо подбирать в индивидуальном порядке, и в соответствии с местными распорядками; в рамках контроля применения необходимо сопоставлять пользу от сокращения частоты дозировки у стабильных пациентов с риском инъекции и продажи метадона на нелегальном рынке.

### **Бупренорфин и связка бупренорфин+налоксон**

В целях сведения к минимуму риска возникновения синдрома отказа при начале лечения бупренорфином, первая доза (2–4 мг) должна быть введена как минимум спустя 8–12 часов после последнего применения опиата, или при выявлении объективных признаков опиоидного абстинентного синдрома. В отличие от метода, рекомендованного для введения метадона («поменьше, помедленнее»), бупренорфин необходимо вводить быстро: риск токсичности низок ввиду частичного агонизма препарата.

Цели и принципы поддерживающего лечения бупренорфином аналогичны тем, которыми руководствуются при лечении метадонотерапией. Эффективное поддерживающее лечение обеспечивается дозировкой бупренорфина в диапазоне 8–24 мг в день, при предельно рекомендуемой суточной дозе 32 мг. Введение двойной суточной дозы через день может быть целесообразным для пациентов, которым требуется подконтрольная суточная дозировка, и не требуется чередующаяся доза больше 32 мг. В сравнении с метадонотерапией, у бупренорфина меньше взаимодействий с другими часто назначаемыми препаратами.

Бупренорфин также поставляется в лекарственной форме, комбинированной с налоксоном (таблетка сублингвально или пленка), что служит для снижения риска нецелевого использования препарата через самостоятельное введение, случаи которого встречаются на практике.

#### **Рекомендации ВОЗ: Комбинация бупренорфина и налоксона**

Ограниченная доказательная база представляется недостаточной для подкрепления каких-либо рекомендаций касательно связки бупренорфина и налоксона. Тем не менее, эффективность данной комбинации будет сопоставима с эффективностью отдельно вводимого бупренорфина

При медикаментозном лечении лиц с зависимостью от сильных рецептурных опиоидных препаратов (типа морфина), врачи могут перейти на долгодействующие опиаты (такие как метадон и бупренорфин), которые можно принимать раз в сутки, с подконтрольной выдачей, если это необходимо, как для поддерживающего лечения, так и для детоксикации.

ВОЗ, 2009

И метадон, и бупренорфин рекомендуется вводить каждые сутки под наблюдением

при начале терапии, а на дом дозы могут выдаваться в соответствии с местным законодательством и индивидуальной оценкой соотношения пользы и риска.

### Лечение антагонистом опиоидных рецепторов — налтрексоном

Лечение налтрексоном можно начинать только после детоксикации лиц, которые не употребляли опиаты как минимум в течение одной недели (например, пациенты, покидающие стационарное лечение). Налтрексон применяется для профилактики рецидивов; он противодействует эффектам опиатов в случае их употребления, и большинство пациентов, не чувствуя каких-либо эффектов, больше не предпринимают попыток его употребления и продолжают воздержание.

В сравнении с метадоном или бупренорфином, налтрексон не является веществом, подлежащим госконтролю, не имеет потенциала для злоупотребления и не вызывает абстинентных симптомов при прекращении терапии, поскольку пациенты, проходящие лечение налтрексоном, не имеют физической зависимости от опиатов. Налтрексон может быть полезен для пациентов, которые: 1) не имеют доступа к лечению с использованием агонистов; 2) обладают сильной мотивацией к воздержанию от всех опиатов; 3) прошли детоксикации и воздерживаются, но имеют риск рецидива (например, только что вышли из тюрьмы или стационарной программы-поселения); 4) пытались но не достигли результатов в лечении с использованием агонистов; 5) успешно проходят лечение с использованием агонистов, но хотели бы прервать его и быть защищенными от рецидивов.

Налтрексон выпускается в виде таблеток для перорального приема раз в сутки (50 мг/сут) или три раза в неделю (каждая доза — 100–150 мг) для поддержания эффективного содержания вещества в крови. Налтрексон также выпускается в лекарственной форме с пролонгированным высвобождением (в виде инъекций или импланта), с помощью которой можно обеспечивать эффективный уровень вещества в организме в течение 3–6 недель после одного приема.

#### **Рекомендация ВОЗ по лечению с использованием антагониста опиоидных рецепторов (налтрексон).**

У пациентов с опиатной зависимостью, не начинающий лечение с использованием агонистов опиоидных рецепторов, возможность фармакотерапии с использованием налтрексона необходимо рассматривать после окончания синдрома отмены опиатов.

ВОЗ, 2009

### Фармакологическое лечение расстройств, связанных с психостимуляторами

Психостимуляторы, такие как амфетамины и кокаин, входят в число наиболее часто злоупотребляемых и проблемных нелегальных психоактивных веществ во многих регионах мира. Отсутствует общепринятый препарат с доказанной стабильной эффективностью при лечении расстройств, связанных с употреблением психостимуляторов. В настоящее время, фармакотерапия применяется главным образом для лечения сопутствующих психических расстройств.

При обнаружении синдрома отказа от стимулятора, допустимо назначение симптоматических препаратов для устранения абстинентной симптоматики по мере необходимости (т.е., противорвотные, противодиарейные, обезболивающие, успокоительные средства), однако врачи должны назначать эти препараты только на короткий срок и внимательно следить за реакцией на лечение, поскольку при продолжительном применении может возникнуть риск развития толерантности и использования препарата не по назначению.

Нейролептики и успокоительные препараты можно использовать для лечения психотических синдромов, возникающих при острой интоксикации. Поскольку больше половины пациентов с расстройствами, связанными с употреблением психостимуляторов, отягощены сопутствующими психическими расстройствами, такими как большое депрессивное расстройство, биполярное расстройство или шизофрения, подходящие психотропные лекарственные средства могут сыграть важную роль в лечении таких пациентов. Зачастую пациенты с расстройствами, связанными с употреблением психостимуляторов, отягощаются дополнительными расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, такими как алкогольная или опиоидная зависимость, в связи с чем их необходимо лечить с использованием как фармакологической, так и психосоциальной терапии.

#### **Рекомендация ВОЗ по лечению зависимости от психостимуляторов**

Дексамфетамин не следует назначать при лечении расстройств, связанных с употреблением стимуляторов, в неспециализированных условиях.

mhGAP, 2012

### Фармакологическое лечение расстройств, связанных с употреблением конопли

Психосоциальное лечение остается основным подходом, применяемым в отношении расстройств, связанных с употреблением конопли. В настоящее время не существует утвержденного фармакологического лечения расстройства, связанного с употреблением конопли. При обнаружении синдрома отказа от конопли, допустимо назначение симптоматических препаратов для устранения абстинентной симптоматики по мере необходимости (т.е., противорвотные, противодиарейные, обезболивающие, успокоительные средства), однако врачи должны назначать эти препараты только на короткий срок и внимательно следить за реакцией на лечение, поскольку при продолжительном применении может возникнуть риск развития толерантности и использования препарата не по назначению.

**Рекомендация ВОЗ по психосоциальным вмешательствам при поддерживающем лечении зависимости от конопли**

Для лечения зависимости от конопли можно применять психосоциальные вмешательства на основе когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) или мотивационно-стимулирующей терапии (МСТ) или семейной терапии.

mhGAP, 2015

**Фармакотерапия при сопутствующих психических расстройствах**

Многие пациенты, поступающие на лечение расстройств, связанных с употреблением ПАВ, также переносят серьезные психические симптомы, такие как депрессия, посттравматическое расстройство, мании или психозы. Многие пациенты, отказавшиеся от употребления психоактивных веществ, начинают испытывать тревожные расстройства или бессонницу вскоре после прекращения употребления наркотика.

Эти симптомы могут поддаваться фармакотерапии, однако успокоительные и снотворные препараты, такие как бензодиазепины, нельзя использовать в качестве терапии первой линии, поскольку для них характерен риск использования не по назначению. Вместо этого, целесообразно применять альтернативные препараты, такие как успокоительные антидепрессанты или малые дозы нейролептиков, в дополнение к поведенческой терапии, представленной такими тактиками, как релаксация и когнитивно-поведенческие вмешательства.

**3.4.8 Поддержание ремиссии и социальная поддержка**

Подход, основанный на поддержании ремиссии, предполагает многообразие мероприятий, служащих для развития и укрепления внутренних и внешних ресурсов, с тем чтобы помочь пациентам добровольно решать проблемы, связанные с употреблением наркотиков, и активно контролировать предрасположенность к рецидивам. Некоторые из этих мероприятий уже проводятся в контексте семьи, района или сообщества/населенного пункта пациента, тогда как другие можно внедрить дополнительно. Было установлено, что следующие факторы и мероприятия способствуют социальной реинтеграции и повышают вероятность стабильной ремиссии при расстройствах, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами:

- Оказывающий поддержку партнер и круг членов семьи и друзей, которые могут следить за поддержанием ремиссии, воздержанием от наркотиков и следованием курсу лечения
- Стабильный быт
- Работа, представляющая значимость для пациента, и исходящее от коллег понимание, заменяющее собой отторжение и дискриминацию
- Взаимодействие с отдельными людьми и социальными сетями друзей и коллег, придерживающимися норм, ориентированных на воздержание, и способствующими достижению целей поддержания ремиссии
- Активная позиция в политической, гуманитарной и духовной сферах, которая

бы позволила найти объяснение жизненным факторам стресса, и сформировать более крепкий смысл жизни

- Укрепление у индивида стойкости, самодейственности и уверенности в себе, для решения повседневных проблем и борьбы со стрессом, сохраняя при этом приверженность идеи поддержания ремиссии и избежания рецидивов употребления психоактивных веществ
- Более активная социальная позиция и включение в образовательные и профессиональные направления деятельности, включая волонтерскую и общественную работу
- Решение правовых и финансовых проблем
- Активное участие в работе организаций взаимопомощи, религиозной поддержки и прочих

### 3.4.9 Оценка достоверности доказательства

- Существует большое число рандомизированных клинических исследований (РКИ), в которых сопоставляются различные подходы к психосоциальной поддержке, однако большинство исследований не показывают достоверной разницы. Небольшой долей исследований демонстрируется то, что некоторые подходы лучше, чем лист ожидания, что некоторые подходы лучше других подходов, и что некоторые подходы эквивалентны другим подходам, которые показали свою эффективность. Также в РКИ имеются подтверждения тезиса о том, что психосоциальная поддержка в сочетании с опиоидной заместительной терапией (ОЗТ) дают лучшие результаты, чем одна лишь ОЗТ<sup>4</sup>.
- В РКИ представлены убедительные доказательства пользы метадоновой и бупренорфиновой терапии, а также эффективности метадона и бупренорфина для детоксификации<sup>5</sup>.
- Слабо доказана польза перорального приема налтрексона при опиоидной зависимости<sup>6</sup>.

### 3.4.10 Рекомендации

Информация о круглосуточно работающих объектах экстренной помощи предоставляется тем пациентам и их родственникам, которые проходят амбулаторное лечение

#### **Амбулаторное лечение опиоидной зависимости**

- Базовые фармакологические тактики лечения должны состоять из терапии с использованием агонистов опиоидных рецепторов и лечения опиоидного

---

<sup>4</sup> ВОЗ [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/evidence/resource/substance\\_use\\_q5.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/resource/substance_use_q5.pdf?ua=1)

[http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/evidence/substance\\_abuse/q4/en/](http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/substance_abuse/q4/en/)

[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/opioid\\_dependence\\_guidelines.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf)

<sup>5</sup> ВОЗ [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/opioid\\_dependence\\_guidelines.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf)

<sup>6</sup> ВОЗ [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/opioid\\_dependence\\_guidelines.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf)

абстинентного синдрома. Это, как минимум, должно включать назначение метадона или бупренофрина для терапии с использованием агонистов опиоидных рецепторов и амбулаторное лечение абстинентного синдрома.

- Фармакологические методы лечения должны состоять из терапии с использованием агонистов опиоидных рецепторов с использованием как метадона, так и бупренофрина, лечения абстинентного синдрома альфа-2 адренергическими агонистами, профилактики рецидивов с помощью налтрексона и лечения передозировки с помощью налоксона.
- Услуги по лечению опиоидного абстинентного синдрома должны быть структурированы таким образом, чтобы лечение абстинентного синдрома не было самостоятельной услугой, а было встроено в уже начатые методы лечения.
- Дозы на дом можно назначать в том случае если дозировка и социальная ситуация стабильные, и при низкой вероятности использования не по назначению
- Принудительная выписка может быть оправдана в интересах обеспечения безопасности персонала и других пациентов, однако одно лишь несоблюдение правил программы не должно быть основанием для принудительной выписки. До принудительной выписки, необходимо принять надлежащие меры по улучшению ситуации, что включает повторную оценку используемой лечебной тактики.
- Лабораторные и другие мощности доступны для мониторинга результатов и соблюдения назначаемого курса лечения

### **Оценка и выбор тактики лечения**

- ☐ Выбор тактики лечения пациента должен основываться на детальной оценке потребностей в лечении, пригодности того или иного метода лечения для удовлетворения этих потребностей (оценка пригодности должна быть основана на доказательной базе), готовности пациента и наличия возможности проведения лечения.
- ☐ Добровольное исследование на ВИЧ и распространенные инфекционные заболевания должно предусматриваться в рамках индивидуальной оценки, с консультированием до и после исследования
- ☐ В идеале, все пациенты должны проходить тестирование при предварительной оценке по фактам недавнего употребления наркотиков.
- ☐ Планы лечения должны быть долгосрочного характера.
- ☐ Лечение опиоидного абстинентного синдрома необходимо планировать в связке с уже начатым лечением.

### **Спектр оказываемых услуг**

- ☐ Фармакологические методы лечения должны состоять из терапии с использованием агонистов опиоидных рецепторов с использованием как метадона, так и бупренофрина, лечения абстинентного синдрома альфа-2 адренергическими агонистами, профилактики рецидивов с помощью налтрексона и лечения передозировки с помощью налоксона.
- ☐ Должен быть предусмотрен целый ряд структурированных психосоциальных вмешательств, в соответствии с потребностями пациентов. Такие интервенции могут включать, помимо прочего, различные

формы консультирования и психотерапии, а также помощь с социальными потребностями, такими как обеспечение жильем, работой, образованием, социальным пакетом и решение проблем с законом.

- Пациентам с сочетанными психиатрическими патологиями должно предоставляться психосоциальное и психиатрическое лечение на месте

### ***Доступность лечения сопутствующих заболеваний***

- В случае наличия значительного числа пациентов с опиоидной зависимостью, страдающих ВИЧ, гепатитом или туберкулезом, лечение опиоидной зависимости должно быть совмещено с медицинским обслуживанием также по перечисленным состояниям
- Пациентам, чья опиоидная аддикция отягощена туберкулезом, гепатитом или ВИЧ, агонисты опиоидных рецепторов необходимо назначать в связке с медицинским лечением перечисленных состояний; нет необходимости дожидаться воздержания от опиатов, прежде чем назначать фармакологическое лечение туберкулеза, лечение гепатита или антиретровирусную терапию.
- Медицинское обслуживание должно включать вакцинацию от гепатита В всех пациентов с опиоидной зависимостью.
- Должна быть предусмотрена промежуточная или непрерывная оценка как процесса, так и результатов назначенного лечения.

## **Персонал**

- У поставщика услуг имеется система, которая обеспечивает соответствие порядка отбора, найма и обучения кадров законодательным нормам и принятым внутренним распорядам.
- В организации приняты правила, которым персонал следует в тех случаях, когда законодательные нормы слишком обобщены.
- В организации определены структура и руководство, что обеспечивает ясность распределения полномочий по должностям.
- Поставщик услуг указал структуру и численности, должностные инструкции, требуемые квалификации и личностные и моральные основы. При определении структуры и численности принимаются во внимание потребности и текущая численность пользователей услугами, их потребности и хозяйственная деятельность организации. Состав и пополнение коллектива отвечают этим потребностям.
- Были приняты меры по профилактике рабочих рисков.
- Случаи, при которых права пациента/клиента нарушаются работником, и меры, которые были приняты, фиксируются в кадровой учетной документации.
- Специализированная помощь (медицинская, психологическая, психотерапевтическая, социальная, образовательная и т.д.) всегда осуществляется персоналом, имеющим подходящие для этого квалификации и лицензии.

## **Выписка, последующее наблюдение и направления**

- Предусмотрены критерии выписки пациентов по причине нарушения правил оказания лечебных услуг, насилия, повторного употребления препаратов без рецепта и т.д.
- Предусмотрены критерии вмешательства при конкретных ситуациях риска (напр., интоксикация, риск суицида)
- Составлены планы лечения, предусматривающие альтернативные тактики, к которым можно прибегнуть в случае частичного или полного неуспеха исходного плана, или же исключение из наркологического лечения

## 3.5 Долгосрочное стационарное реабилитационное лечение

### 3.5.1 Краткое определение и описание условий

Долгосрочное стационарное реабилитационное лечение — это обслуживание в лечебном учреждении, в котором пациенты проводят вплоть до 24 часов в день в течение продолжительного периода времени, как правило составляющего от 6 до 24 месяцев. Стационарное лечение расстройств, связанных с употреблением наркотиков, существует в различных формах, и развивается независимо в различных условиях.

Стационарное лечение, имеющее цель получить терапевтические изменения, необходимо отличать от форм помощи в быту, которые главным образом выступают в качестве вмешательств в быт, а не активной терапии. В настоящей главе не разбираются долгосрочные виды помощи в быту — это рассматривается в разделе об амбулаторном лечении.

Основная цель лечения состоит в освоении навыков управления импульсами, в целях поддержания воздержания и развития новых навыков межличностного общения, личной ответственности и повышения самооценки. Программы долгосрочного стационарного реабилитационного лечения предусматривают правила и мероприятия, предназначенные для помощи пациентам в переосмыслении дисфункционального отношения к себе и окружающим и деструктивных стереотипов поведения, с тем чтобы помочь им в освоении новых и более продуктивных способов взаимодействия с окружающими. В жилых условиях может оказываться полный спектр услуг, включая развитие профессиональных навыков, обучение поиску занятости и лечение психических расстройств.

Тогда как долгосрочное лечение можно проводиться в условиях больниц — как правило, психиатрических лечебниц, — наиболее распространенной формой лечения с проживанием является модель терапевтической общины (ТК), представляющей собой гибрид терапии и проживания в общине, созданный на основе программ общинного проживания, свободного от наркотиков, с философией самопомощи. Также были выработаны другие формы долгосрочного лечения в условиях проживания, с целью более целевого лечения сочетанных психических расстройств, сочетая в себе элементы психиатрических и медицинских клиник, с встраиванием психотерапии, семейной терапии и фармакологических вмешательств.

Долгое пребывание в общинах позволяет пациентам удалиться от хаотичной и стрессогенной среды, которая, возможно, способствовала продолжению употребления наркотиков, и усложняла задачу воздержания. В новой терапевтической среде, свободной от наркотиков, пациенты более не подвержены воздействию привычных триггеров, побуждающих искать наркотики, и им проще сохранять воздержание и работать над полным восстановлением.

Не всякая группа людей, живущих вместе, способна стать благоприятной средой для людей с наркотическими зависимостями. Не все организации данного направления могут получить статус организации здравоохранения, и от них необязательно требовать соответствия стандартам здравоохранения. Тем не менее, как только такая организация начнет утверждать о пользе для здоровья, и как только она примет финансирование для терапевтических целей, она переходит границу, разделяющую медицинские и немедицинские организации, что сопряжено со всеми ожиданиями и требованиями, содержащимися в этом документе, относящимися к учреждениям здравоохранения, оказывающим медицинское обслуживание. Уникальной чертой терапевтической общины является то, что, отвечая стандартам, предусмотренным для учреждений здравоохранения, она, при этом, сохраняет те менее формальные аспекты совместного проживания в общине.

В рамках терапевтических общин, в процесс лечения активно вовлекается все поселение, включая других жителей, обслуживающий персонал и социальные условия. Создается среда, «свободная от наркотиков»: это означает, что жители соглашаются не брать с собой и не использовать каких-либо наркотиков (обычно, вместе с отказом от алкоголя) на территории общины, или во время проживания в общине. Зачастую запрет касается и психотропных медицинских препаратов, хотя сейчас многие общины вносят изменения в это правило.

Хотя и традиционная модель длительного лечения в поселениях включает в себя только методы психосоциального лечения, современный подход может также предусматривать медикаментозную терапию для ослабления тяги к наркотикам и сокращения сочетанной психиатрической симптоматики. Аналогичным образом, «конфронтационный» подход, ранее применяемый в ТК, был заменен терапией, сосредоточенной на улучшении взаимоотношений с окружающими, поощрении здорового и адаптивного мышления и поведения пациента и поднятии мотивации к изменению своего поведения.

Интенсивный и поддерживающий уход, который пациенты получают в условиях лечения с проживанием, представляют собой адекватную меру противодействия пережитому пациентом прошлому, зачастую характеризующемуся плохим уходом со стороны родителей, эмоциональным безразличием, физическими или сексуальными домогательствами, травмами, межличностным насилием и социальной маргинализацией. Кроме того, структурированные занятия и правила программы-поселения помогают пациентам развивать в себе самоконтроль и откладывать самоудовлетворение, при этом изучая навыки контроля над подавленностью и совладания со стрессом. Взятие на себя конкретных обязанностей помогает развивать личную подотчетность и оценивать результаты собственной работы с использованием измеряемых достижений.

Несмотря на то, что модель программы-поселения или терапевтической общины является одной из самых старых моделей лечения, и признанной во многих странах, она, тем не менее, с трудом поддается клиническим испытаниям. В ходе Кокрановского обзора терапевтических общин, например, были получены

доказательства, подтверждающие их действенность только в условиях пенитенциарных учреждений. Не существует конкретного руководства ВОЗ по терапевтическим общинам (программам-поселениям). В связи с этим, в настоящей главе не содержатся выводы об эффективности использования терапевтических общин в сравнении с другими методами лечения, а лишь приведены требования, предъявляемые долгосрочной стационарной реабилитации, включая терапевтические общины.

### 3.5.2 Цели

Основные цели долгосрочной стационарной реабилитации:

- сокращать риск возвращения к активному употреблению наркотиков;
- помогать пациентам в восстановлении или приобретении улучшенных санитарных, семейных, профессиональных и социальных функций;
- дать возможность пациентам развить эффективные межличностные отношения с другими жителями и обслуживающим персоналом, при этом осваивая новые социальные навыки, обретая уверенность в себе и получая поощрение за положительные сдвиги в поведении;
- помогать пациентам осваивать новые привычки для поддержания более здорового образа жизни, что включает хорошее питание, стабильный график сна и регулярный мониторинг состояния здоровья и соблюдение лечения;
- давать пациентам возможность завершить свое образование и развивать профессиональные навыки, с тем чтобы быть способными восстановить контроль над своей жизнью по возвращении в общество.

Для достижения этих целей, программы-поселения не только дают возможность лечить психиатрические и аддикционные расстройства с помощью медикаментов и терапии, но и способствуют развитию:

- 1) навыков совладания с влечением и факторами стресса не прибегая к наркотикам;
- 2) навыков межличностного общения для формирования круга друзей, отказавшихся от наркотиков;
- 3) новых привычек для поддержания более здорового образа жизни, что включает хорошее питание, стабильный график сна и регулярный мониторинг состояния здоровья и соблюдение лечения.

### 3.5.3 Целевая аудитория

Пациенты, которые вряд ли смогут поддерживать воздержание без помощи структурированной среды, помогающей улучшать качество жизни или участвовать в санитарной или общественной интеграции. Долгосрочные программы-поселения лучше всего подходят для лиц, которым требуется интенсивное и непрерывное лечение, направленное на реабилитацию личности целиком, и с особым акцентом на решении сложных психологических и социальных проблем, связанных с аддикцией, а также на инициировании перемен в нескольких сферах жизни, с тем чтобы упростить

процесс восстановления.

Программы-поселения, как правило, показаны следующим группам пациентов:

- лица, испытывающие все более тяжелые трудности, связанные с наркотиками, как, например, пациенты с хроническим употреблением наркотиков и смежными проблемами, которые из-за этого значительным образом подрывают свой процесс образования, занятости и социальной интеграции;
- лица, проходившие в прошлом неуспешное лечение, не поддающиеся фармакологическому и психосоциальному лечению в рамках амбулаторных программ и краткосрочных стационарных программ;
- лица, обладающие ограниченными личными ресурсами или находящиеся в маргинализированном положении;
- лица с серьезными социальными и семейными проблемами, с хаотичной семейной жизнью, ограниченными социальными опорами, и подвергающиеся социальной изоляции;
- лица, страдающие серьезными сочетанными психическими расстройствами, могущими серьезным образом влиять на их здоровье и безопасность за пределами структурированной среды (с другой стороны, представителям такой группы может быть больше показана госпитализация, нежели лечение в общине);
- лица, которым не удастся разорвать связи с преступными группами и сетями наркоторговли;
- лица, понимающие необходимость и ощущающие готовность к кардинальным переменам в образе жизни и получении новых обязанностей и навыков

### 3.5.4 Подходы к лечению

Как правило, у каждой программы вырабатывается свой собственный подход. Лечение может начинаться с периода детоксикации, или же этот период может назначаться до приема. Обычно в общинах терапия представляет собой сочетание групповой и индивидуальной терапии, и совместное выполнение членами общины повседневных обязанностей, что тоже является формой терапии. Некоторые опираются на 12-шаговый подход, другие же задействуют структурированные психосоциальные подходы, такие как когнитивно-поведенческая психотерапия, или менее четкие оформленные результаты накопленного опыта. Хотя и жители общин, как правило, отзывчивы друг к другу, в большинстве поселений предусмотрены ограниченные возможности озвучивания отзывов, которые могут расходиться с личными мнениями жителей.

### 3.5.5 Методы лечения

*Оценка*

В рамках программ-поселений должна проводиться исчерпывающая психосоциальная оценка каждого поступающего пациента, с целью определения уникального набора потребностей каждого пациента и оценки соответствия условий терапии этим потребностям. Пациентам с более серьезными проблемами с психическим и физическим здоровьем может понадобиться среда, предусматривающая соответствующий уровень медицинской или психиатрической помощи.

До очной оценки может также проводиться предварительная оценка по телефону. Предварительная беседа позволит персоналу познакомиться с будущим пациентом, и позволит выполнить первый шаг в формировании терапевтического «симбиоза» или «союза». Именно на первой встрече потенциальные клиенты зачастую принимают окончательное решение записаться на программу, поэтому лояльное отношение может повлиять на это решение. С разрешения пациента, необходимо обсудить его потребности с направляющим учреждением и с врачом, ведущим пациента, в частности, если пациент проходит медикаментозную терапию в рамках лечения какого-либо физического или психического заболевания.

Все люди, поступающие на программу-поселение, должны проходить комплексную оценку, которая составляет основу для выработки плана лечения, который бы наилучшим образом удовлетворял их потребностям. В оценке могут быть задействованы такие инструменты, как «Индекс тяжести зависимости» (ASI) или «Сводное международное диагностическое собеседование — Модуль по расстройствам, связанным с употреблением ПАВ» (CIDI-SAM).

Ниже приведены важные сферы оценки:

- Пройденное в прошлом краткосрочное и долгосрочное лечение, и личное восприятие этого лечения
- Текущие условия быта, включая безопасное жилье или размещение, система поддержки по месту жительства
- Семейная жизнь, включая отношения с родной семьей, интимные отношения и дети-иждивенцы
- Дружеские отношения, включая одноранговые отношения, положительное и отрицательное влияние и люди, могущие поддерживать долгосрочную абстиненцию
- Общее состояние здоровья, включая какие-либо текущие проблемы со здоровьем, психические, сенсорные или когнитивные расстройства
- Психическое здоровье, включая анамнез психотравм, анамнез злоупотребления (физического, эмоционального и сексуального), риск насилия и суицида, текущий психологический и межличностный функционал
- Образование и занятость, включая опыт образования и работы, уровень профессиональной подготовки и потребности, доход (легальный и нелегальный)
- Проблемы с законом, включая вовлеченность в преступную деятельность и любые связи с употреблением наркотиков
- Досуг, хобби

Уникальная сущность модели лечения с проживанием, с наблюдением в течение продолжительного периода времени, дает возможность провести тщательную оценку. Это также позволяет провести оценку по истечении первоначального периода воздержания от наркотиков, с тем чтобы убедиться в том, что первая оценка не была искажена эффектами интоксикационного или абстинентного синдромов, и пациент полностью понимает сущность лечения и способен дать полностью сознательное согласие на его проведение. Совместное проживание среди других пациентов и персонала позволяет проводить оценку черт темперамента и характера, что может оказаться весьма полезным при составлении индивидуально подобранного курса лечения, направленного на развитие навыков и улучшение отношений после выписки.

В каждой программе должна быть письменно оформленная политика приема, с тем чтобы набор в программу осуществлялся на добровольной основе (согласие пациента в письменном виде) и без каких-либо дискриминационных воздействий. Такая политика должна четким образом устанавливать критерии отбора. Кроме того, в программах должен быть предусмотрен в письменном виде порядок приема/вводного ознакомления для всех вновь принятых клиентов. Процесс приема должен включать детальное ознакомление пациентов с программой — в том числе в письменном виде — включая задачи программы, используемые методы лечения и правила программы. Пациентам необходимо разъяснить их обязанности, их права и положения об охране права на личную жизнь, борьбе с дискриминацией и обеспечении конфиденциальности. Пациентам должно быть сообщено о функциях персонала, базовой философии, на основе которой формируется терапевтическая среда, а также о том, на что могут рассчитывать гости, что включает в себя четкие сведения о порядке посещения. Наконец, в ходе этой предварительной процедуры приема, необходимо разобрать административную сторону программы, что включает стоимость программы и способы оплаты. Персонал программы должен быть хорошо подготовлен по этим политикам и процедурам.

#### Отказ в приеме в программу

Если потенциальный клиент не принимается, полное обоснование отказа должно быть четко изложено в устной форме, а также предоставлено в письменном виде потенциальному клиенту, и, при необходимости, направляющему учреждению. Если потенциальный клиент не принимается в программу, необходимо оформить соответствующее направление. Персонал, отвечающий за оценку, должен быть осведомлен о подходящих альтернативных услугах и программах, и сеть такого обслуживания должна уже быть сформирована.

#### **Привлечение пациентов к участию в лечении**

Более высокая степень привлечения пациентов к участию в лечении может способствовать достижению более благоприятных исходов. Факторы, способствующие приверженности лечению, включают переменные со стороны клиента и программы, как то:

- Уровень мотивации до начала лечения
- Уровень употребления наркотиков или алкоголя до начала лечения
- Количество арестов до начала лечения

- Прочность «терапевтического союза»
- Ощущаемая польза от оказываемой помощи и полезность лечения в целом
- Сопереживание со стороны обслуживающего персонала
- Включение обучения профилактике рецидивов.

Первые несколько дней лечебного курса представляют собой ключевой период для сосредоточения внимания на вовлечении клиента в процесс лечения и его удержания, поскольку именно этот период характеризуется наиболее повышенным риском выбывания. Вероятность выбывания продолжает оставаться на высоком уровне в течение первых трех недель лечения. За это время у многих пациентов может возникать психологический стресс, связанных с затянутой абстиненцией (бессонница, тревога, раздражительность, сильная тяга к наркотикам), сомнения касательно целесообразности отказа от наркотиков, а также трудности с приспособлением к правилам программы. Таким образом, важно сделать так, чтобы пациентам уделялось внимание в индивидуальном порядке, с акцентом на повышении мотивации к продолжению лечения. Удержание пациентов на ранних стадиях программ-поселения можно также улучшать за счет информирования пациента о порядке лечения, тем самым устраняя естественную тревогу по поводу того, «что будет дальше». Разъяснительная работа должна охватывать такие темы, как: философия и ожидаемые результаты программы, а также ее подход к лечению и поддержанию ремиссии; клинические результаты программы; часто возникающие опасения клиентов на первых этапах лечения.

Для решения проблемы колеблющейся мотивации к лечению и двойственных чувств в отношении перемен, персоналу программы следует внедрить следующее:

- Поддержание дружественной и комфортной обстановки
- Скорейшее формирование «терапевтического союза», основанного на доверии
- Немедленное реагирование на просьбы о лечении с целью использования максимальной мотивации клиента
- Сосредоточение на непосредственных интересах клиента, а не интересах программы
- Оказание более интенсивной поддержки клиентам в их первые 72 часа лечения, используя такие методы, как более внимательное наблюдение, повышение общего взаимодействия и работы в паре с опытным товарищем.
- Внимательный и уважительный подход во всех аспектах программы лечения, поскольку сопротивление зачастую приводит к злости и преждевременному уходу из программы
- Объективные замечания по той или иной проблеме и процессам перемен, в целях развития доверительных отношений
- Выработка мотивационных стратегий, адаптированных под конкретных пациентов
- Выработка реалистичных и индивидуально подобранных целей лечения, которые бы соответствовали стадии изменения клиента, и были бы достаточно гибкими для адаптации по мере выполнения клиентом программы
- Создание понимания однородности клиентов, в частности, в процессе групповой терапии
- Определение сразу нескольких стратегий для клиентов, имеющих несколько проблем
- Раннее вмешательство с целью сокращения недопонимания и прояснения ожиданий и ролей

- Ведение клиентов в интересах оказания индивидуализированной, всесторонней и непрерывной поддержки.

### **Терапевтические вмешательства**

Обязательный минимальный объем долгосрочной стационарной реабилитации (как правило, базирующейся на модели терапевтической общины) должен включать среду, свободную от наркотиков и алкоголя, разнообразные регулярные групповые занятия (например, утренние занятия, неконфронтующие группы, специальные группы для женщин, группы одноранговой оценки), а также возможности для индивидуальной психосоциальной поддержки, при необходимости. В правилах программы должен быть четким образом регламентирован порядок приема и выписки, последствия отрицательного поведения, равно как и ясная структура мероприятий и обязанностей участников. Стационарные программы на базе больниц должны обеспечивать пациентов медицинским и психиатрическим уходом, индивидуальной и групповой терапией, а также занятиями с членами семьи.

Долгосрочные стационарные программы могут включать большое разнообразие терапевтических тактик, таких как индивидуальное и групповое психосоциальное вмешательство, обучение жизненным навыкам, поиск работы или образования и организация досуга. Среди отдельных методов психосоциального лечения можно выделить следующие: Когнитивно-поведенческая терапия, терапия повышения мотивации, обучение социальным навыкам и приемы когнитивной реструктуризации. Структурированная профилактика рецидивов и активное проведение профилактики рецидивов являются основополагающими элементами терапии, подготавливающей пациентов к реинтеграции в общество. Научно доказанные вмешательства, которые регулярно используются в амбулаторных условиях, можно адаптировать и задействовать в условиях долгосрочного стационарного лечения (см. главы 6.4.2 и 6.4.3). Терапевтические вмешательства, такие как художественная и творческая терапия, двигательная терапия, медитация, релаксация и физкультура (гимнастика и командные виды спорта) могут помочь пациентам освоить и развить новые хобби и варианты досуга, которыми можно продолжать заниматься после возвращения в социум, поддерживая тем самым ремиссию.

Поскольку занятость является обязательным критерием поддержания ремиссии, многие долгосрочные программы включают вмешательства, служащие для подготовки клиентов к трудоустройству, включая образовательные услуги и профессиональное обучение. Молодые люди могут иметь возможность выполнить учебный план общеобразовательной школы или освоить новые профессии. Профессиональные услуги включают консультирование при поиске работы, подготовку к собеседованиям, обучение составлению резюме, услуги трудоустройства. Трудовая подготовка позволяет клиентам осваивать навыки и развивать уверенность в себе. В реабилитационных программах, труд и освоение новых навыков используются в качестве терапевтического вмешательства, сочлененного с другими методами, с целью подготовки клиентов к возвращению в социум после успешного завершения лечения.

Есть и вмешательства, которые следует исключить; например: конфликтные приемы исправления поведения или заключающиеся в том, что пациента заставляют стыдиться своим поведением; карательные или ограничивающие приемы (включая ограничение двигательных функций); подходы, аналогичные противообусловливанию, карательным вмешательствам или шоковой терапии, а также любые другие вмешательства, негативно отражающиеся на безопасности или достоинстве человека.

### **Длительность лечения**

Длительность и интенсивность лечения должны быть достаточными для того, чтобы консолидировать и интернализировать поведенческие изменения и подготовить клиентов к возвращению в социум. Необходимое время зависит от пациента. Пациенты, проводящие в долгосрочной программе-поселении как минимум 3 месяца, как правило, показывают лучшие результаты по окончании лечения.

Если стационарная программа лечения не справляется с удержанием клиентов, то организаторам, возможно, целесообразно будет включить короткий период оценки и ознакомления до принятия решения о проведении долгосрочного стационарного лечения. Кроме того, длительность лечения можно постепенно сокращать, предусматривая промежуточные варианты обслуживания, которые обеспечивают непрерывность ухода, и могут быть использованы в сочетании с амбулаторным лечением. Также крайне важно оказывать поддержку родственникам пациентов, что включает в себя оказание услуг по уходу за детьми и психосоциальных услуг, способствующих вовлечению членов семьи в процесс лечения.

### **3.5.6 Конкретные требования к программе**

Программы долгосрочной стационарной реабилитации для лиц, страдающих расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, должны включать следующие компоненты:

- Исчерпывающая биопсихосоциальная оценка поступающего пациента
- План лечения, наилучшим образом удовлетворяющий потребностям пациента
- Договор о лечении, в котором четко регламентируются все лечебные процедуры, услуги и прочие правила и положения, а также то, что ожидается от пациента
- Непрерывная оценка результатов пациента в ходе лечения, и непрерывная клиническая оценка, встроенная в программу
- Планирование выписки, предусматривающее профилактику рецидивов и стратегии продолжительного лечения на период после стационарного лечения

### **Документация**

Бумажный или электронный учет всех оценок должен вестись в конфиденциальном порядке и документация должна храниться в защищенном месте, и доступ к ней должен предоставляться только для пациента и персонала, непосредственно участвующего в лечении. Минимальный объем документации:

- Согласие на лечение и согласие следовать правилам программы, за подписью

- новых пациентов, по факту их принятия в программу
- Подписание политики конфиденциальности и этики
- Подходящие планы лечения и ведения для каждого клиента, на основе мнений коллектива врачей и самих пациентов
- Учетные сведения по клиентам обновляются на регулярной основе, с добавлением подробных сведений о лечении, достигнутых результатах и любых изменениях исходных целей
- Подведение итогов по завершении программы в учетных документах клиента (согласование содержания с клиентом)

## **Персонал**

Требуется медицинский контроль терапевтических аспектов общин и прочих форм долгосрочной стационарной реабилитации. В зависимости от размеров терапевтической общины, как правило, необходимо задействовать группы квалифицированных специалистов и волонтеров для оказания оптимального уровня ухода в рамках программ долгосрочной стационарной реабилитации. Консультанты, медсестры и социальные работники должны постоянно присутствовать в ходе проведения реабилитационной программы. В крайнем случае, врачи-медики, включая — по возможности — психиатров, должны быть доступны по вызову, или в течение определенного количества часов каждую неделю. В программах-поселениях, в которых лечатся пациенты с дополнительными психиатрическими расстройствами, необходимо предусмотреть возможность оказания медицинской помощи на месте в дневное время, а ночью — по вызову.

Лица, сами находящиеся в периоде поддержания ремиссии, такие как бывшие клиенты аналогичных программ, могут служить ценными образцами для подражания для пациентов. Желательно, чтобы у таких лиц был опыт работы за пределами реабилитационных программ. Им также следует иметь профессиональную подготовку в качестве консультантов или кураторов групповой терапии. При найме новых работников для работы в общине, им целесообразно провести какое-то время в общине до или сразу после зачисления в штат — желательно, в качестве жителя общины. Для персонала должен быть установлен строгий кодекс этики. Персоналу следует избегать унижающих мер в отношении клиентов, а также пропаганды собственных идей. В идеале, независимая комиссия должна осуществлять надзор, с тем чтобы директора общины не злоупотребляли своими полномочиями.

## **Требования безопасности**

Все стационарные программы реабилитации должны обеспечивать безопасную среду для своего персонала и клиентов, с тем чтобы создать психологически и физически безопасные условия проживания и обучения.

Физическая среда программы, в которой клиентам придется жить многие месяцы, крайне важна. Помещения и территория не должны выглядеть как тюрьма или больница — должна быть домашняя обстановка. Воздержание от алкоголя и наркотиков должно быть обязательным и контролируемым условием. При этом, психоактивные препараты, используемые под медицинским наблюдением для лечения психиатрических или аддикционных расстройств, такие как метилфенидат,

антидепрессанты, метадон или бупренорфин, не следует отменять, если отмена не показана из терапевтических соображений. Должны быть предусмотрены процедуры расхода и введения назначенных препаратов.

Некоторые поступки недопустимы в программе-поселении, и могут стать основанием для исключения из программы. Такими поступками обычно считаются употребление наркотиков или алкоголя, применение насилия, воровство и половые отношения среди клиентов. Администрация программы может внедрить регулярное проведение токсикологического обследования с дополнительным обследованием по возвращении в общину после временного отъезда, а также при наличии подозрений на употребление наркотиков. Должны быть предусмотрены процедуры оповещения об опасных происшествиях, таких как физическое или сексуальное насилие. Должен быть предусмотрен четкий порядок реагирования на нарушение правил и ценностей программы, с варьирующимися уровнями ответных мер в зависимости от обстоятельств. Контакты с посетителями должны быть отслеживаться или находиться под наблюдением, а возможно даже ограничены, в особенности, на ранних этапах лечения.

### **3.5.7 Критерии завершения программы и показатели результативности**

В ходе лечения, клиенты подлежат регулярному мониторингу и периодической оценке с целью их информирования о достигнутых результатах и их готовности к завершению программы.

Оценка успешности лечения и готовности к выписке должна основываться на различных факторах, в числе которых:

- Улучшения состояния физического и психического здоровья
- Понимание факторов и триггеров, способствующих возникновению рецидивов, а также демонстрация навыков их распознавания и контроля тяги к наркотикам
- Улучшение социального функционирования и готовность отдалиться от людей, употребляющих наркотики, к тем кругам, которые ценят абстиненцию и поддержание ремиссии
- Продолжение развития новых хобби и интересов после выписки
- Готовность заняться дополнительным лечением и контролем поддержания ремиссии после выписки
- Способность и мотивация к работе и внесению вклада в жизнь социума

Некоторые долгосрочные стационарные реабилитационные программы предусматривают переходные этапы или этапы возвращения в социум, в ходе которых клиенты проводят постепенно увеличивающееся количество времени во внешней среде (образование или работа), но продолжают проживать в программе-поселении. Этот период учащающихся контактов с внешним обществом, сохраняя при этом безопасность, стабильность и поддержку, исходящую от программы, позволяет клиентам отрабатывать приобретенные навыки сохранения абстиненции, налаживать новые отношения и благоприятные дружеские связи, а также, если необходимо,

восстанавливать отношения с близкими родственниками, в рамках сети программной поддержки. Назначение этого периода возвращения в социум состоит в том, чтобы готовить клиентов к окончательной выписке из программы.

### **3.5.8 Оценка достоверности доказательств**

Имеется лишь ограниченный объем строго контролируемых исследований, в которых оценивается результативность долгосрочной стационарной реабилитации, и модели терапевтических общин (ТК), в частности. В ходе недавно проведенного Кокрановского обзора не было обнаружено доказательств в пользу или не в пользу модели ТК в сравнении с другими подходами к лечению, кроме как в случае ТК в тюрьмах — в тюремных условиях, эффективность общин была установлена<sup>7</sup>.

### **3.5.9 Рекомендации**

#### **Стандарты терапевтических общин**

- В общине принята плановая терапевтическая программа
- Имеется структурированный и согласованный ежедневный график групповых занятий
- Для всех членов составлены планы лечения
- Община готовит своих членов к независимому проживанию в социуме
- В общине предусмотрен четкий порядок клинической подотчетности
- Предусмотрены четкие полномочия, а также обоснование и порядок их распределения
- Община берет на себя ответственность за улучшение и поддержание состояния физического здоровья своих членов
- В случае предоставления фармакологической терапии для клиентов, предусмотрена документально оформленная политика и надлежащий клинический надзор
- Зарегистрированные дома-интернаты должны отвечать национальным минимальным стандартам.

#### **Персонал**

- У поставщика услуг имеется система, которая обеспечивает соответствие порядка отбора, найма и обучения кадров законодательным нормам и принятым внутренним распорядам.
- В организации приняты правила, которым персонал следует в тех случаях, когда законодательные нормы слишком обобщены.
- В организации определены структура и руководство, что обеспечивает ясность распределения полномочий по должностям.
- Поставщик услуг указал структуру и численности, должностные инструкции, требуемые квалификации и личностные и моральные основы. Принимаются во

<sup>7</sup> Smith LA, Gates S, Foxcroft D. Therapeutic communities for substance related disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1.

внимание потребности и текущая численность пользователей услугами, их потребности и хозяйственная деятельность организации. Состав и пополнение коллектива отвечают этим потребностям.

- Были приняты меры по профилактике рабочих рисков.
- Случаи, при которых права пациента/клиента нарушаются работником, и меры, которые были приняты, фиксируются в кадровой учетной документации.
- Специализированная помощь (медицинская, психологическая, психотерапевтическая, социальная, образовательная и т.д.) всегда осуществляется персоналом, имеющим подходящие для этого квалификации и лицензии.

### **Выписка, последующее наблюдение и направления**

- Предусмотрены критерии выписки пациентов по причине нарушения правил оказания лечебных услуг, насилия, повторного употребления препаратов без рецепта и т.д.
- Предусмотрены критерии вмешательства при конкретных ситуациях риска (напр., интоксикация, риск суицида)
- Решение о выписке принимается на основании определения состояния поддержания ремиссии пациента
- Внимание уделяется дополнительному лечению и поддержке (например, со стороны семьи или соцслужб), которые могут потребоваться, исходя из диагнозов, целей и ресурсов пациентов
- Составлены планы лечения, предусматривающие альтернативные тактики, к которым можно прибегнуть в случае частичного или полного неуспеха исходного плана, или же исключение из медикаментозного лечения

## 3.6 Мероприятия по поддержанию ремиссии

### 3.6.1 Краткое определение и описание условий

Мероприятия по поддержанию ремиссии, также известны, как «долечивание» или социальная поддержка, заключаются в долгосрочной модели ухода за пациентами, страдающими расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, которая предполагает поддержание абстиненции, достигнутой в ходе амбулаторного или стационарного лечения. Мероприятия сосредоточены на снижении риска возвращения к употреблению наркотиков путем оказания поддержки индивиду в функционировании в обществе, в поддержании личного благополучия, а также путем изменения роли индивида в своем месте проживания и социуме в целом. Мероприятия по поддержанию ремиссии нацелены на стабилизацию, поддержание и укрепление ремиссии на протяжении всей жизни, и на принятии пациентом на себя все больше личной ответственности за контроль своего заболевания, опираясь на сильные стороны и стойкость личности пациента.

Долгосрочные исследования не раз доказывали тезис о том, что лечение расстройств, связанных с употреблением наркотиков, хорошо коррелирует со значительным снижением потребления наркотиков, проблем, с ними связанных, и затрат для общества. Тем не менее, рецидивы после выписки, которые в конечном счете приводят к повторному приему, также очень распространены. Большинство пациентов, поступающих на лечение, ранее уже проходили лечение. Риск рецидива не склонен к снижению до 4-го или 5-го года воздержания. Поддержание ремиссии, однако, возможно. Стабильное поддержание ремиссии реализуемо у 40% пациентов, страдающих расстройствами, связанными с употреблением наркотиков.

В идеале, за стационарным и интенсивным амбулаторным лечением должен следовать менее интенсивный уровень терапии, который продолжается в долгосрочной перспективе. Ориентированный на поддержание ремиссии продолжительный уход является альтернативой распространенному методу оказания помощи, заключающемуся в проведении серии курсов лечения острой симптоматики, в рамках которого долечивание заключалось лишь в пассивных направлениях к группам взаимопомощи. Продолжительный уход, ориентированный на поддержание ремиссии, является подходом к долгосрочному ведению пациентов в рамках системы поддержки и услуг на уровне микросоциума. Курируемые специалистами мероприятия по поддержанию ремиссии, как и ведение пациентов с другими хроническими заболеваниями, смещает акцент с принципа «прием, лечение, выписка» на устойчивое партнерство по ведению болезни. В рамках этой модели, традиционный процесс выписки больного замещается пост-стабилизационным мониторингом, обучением поддержанию ремиссии, коачингом по поддержанию ремиссии, созданием связей с терапевтическими общинами, развитием ресурсов терапевтических общин, а также ранним повторным вмешательством, по мере необходимости. Вместо того, чтобы пропускать пациентов через несколько

изолированных курсов лечения, мероприятия по поддержанию ремиссии представляют собой расширенный набор услуг по помощи при ремиссии, рассчитанных на намного более длинный срок, но на значительно меньший уровень интенсивности и стоимости за курс.

Состоятельность сосредоточения на долгосрочном ведении, вместо подхода, основанного на лечении изолированных эпизодов, подкреплено доказательствами того, что наркотическая зависимость лучше осмысливается и контролируется, когда рассматривается, как хроническое и рецидивирующее расстройство, по аналогии с такими состояниями, как гипертензия, астма и диабет, и в отличие от острых патологических состояний, таких как ранение или инфекция. Лицам, страдающим расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, необходимо предоставлять доступ к медицинским и психосоциальным вмешательствам на протяжении всей жизни, интенсивность которых должна соответствовать тяжести клинической картины.

Подход, основанный на продолжительном уходе и поддержании ремиссии, должен предполагать долгосрочные фармакологические, психосоциальные и средовые тактики лечения, с целью получения максимального улучшения вероятности улучшений по самым различным направлениям, включая употребление ПАВ, физическое и психическое здоровье, преступное поведение, тяга к рискам и функционирование в социуме.

«Продолжительное лечение» (continuing care) и «мероприятия по поддержанию ремиссии» (recovery management) — это два термина, которые равноправно используются для обозначения данного аспекта лечения, отличающегося увеличенной длительностью и регулируемой интенсивностью. Использование более нового термина «мероприятия по поддержанию ремиссии» лучшим образом вбирает в себя более комплексные задачи, связанные с благополучием и социальной реинтеграцией, а также с ориентированием лечения на перспективы в масштабах всей жизни пациента.

### 3.6.2 Цели

Основной целью этапа мероприятий по поддержанию ремиссии является сохранение результатов, полученных на предшествующих этапах лечения. После поддержания воздержания и контроля компульсивного аддиктивного поведения, достигнутых на этапе интенсивного лечения, лечение, ориентированное на поддержание ремиссии, имеет целью оказывать поддержку пациенту в развитии и сосредоточении личностных и социальных ресурсов, которые необходимы для совладания с внешними обстоятельствами и поддержания здорового образа жизни. Это включает в себя непрерывное стремление к личностному и социальному восстановлению в рамках существования, свободного от наркотиков, развитию способностей самопомощи в интересах физического и психологического благополучия,

восстановлению достоинства, самооценки, а также к духовному или религиозному развитию.

Поддержание ремиссии может успешно обеспечиваться теми лицами, которые остаются активно вовлеченными в лечение (прием медикаментов или посещение регулярных терапевтических занятий) и/или сохраняют связи с более широкомасштабными сообществами реабилитации, такими как группы взаимопомощи. Уход, ориентированный на поддержание ремиссии, способствует развитию навыков, необходимых для контролирования повседневного стресса, связанного с бездомностью или ведением быта, безработицей или проблемами на работе, социальной изоляцией или неудовлетворительными межличностными отношениями. В частности, пациенты нуждаются в поддержке до и в ходе кризисов и конфликтов, чтобы контролировать дисфункциональные и эмоционально интенсивные реакции. Через все эти элементы, процесс поддержания ремиссии сфокусирован на нивелировании стресс-раздражителей, которые могут провоцировать возникновения компульсивной тяги к наркотикам.

Восстановление психиатрической симптоматики, скрытой под употреблением наркотиков, необходимо прогнозировать на ранних этапах поддержания ремиссии. Это позволит обеспечить проведение необходимых лечебных процедур, включая фармакологические и психосоциальные вмешательства. В целом, уход, ориентированный на поддержание ремиссии, помогает пациентам тем, что улучшает и стабилизирует хорошее качество жизни и возможности социальной реинтеграции в социум.

### **3.6.3 Категории клиентов, для которых эти условия подходят лучше всего**

Большинству пациентов, проходящих лечение от расстройств, связанных с наркотиками, могут понадобиться «мероприятия по поддержанию ремиссии» в течение длительного времени после курса лечения, с интенсивностью, соответствующей индивидуальным потребностям. Пациенты с высокой тяжестью заболевания, в частности, с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, с ранним дебютом, у которых наблюдается обширное нарушение функционала, плохо развитые навыки для повседневной жизни и ограниченные механизмы совладания со стрессом, нуждаются в более интенсивных программах поддержания ремиссии. Кроме того, пациенты, имевшие в прошлом несколько рецидивов, имеющие недостаточную поддержку со стороны семьи и сообществ, финансовые, юридические и жилищные проблемы, страдающие нарушениями физического и психического здоровья, могут стать идеальными кандидатами для получения поддержки в рамках мероприятий по поддержанию ремиссии. Важно проследить за тем, чтобы пациентам с высокой предрасположенностью к рецидивам был предоставлен доступ к соответствующим и индивидуально подобранным компонентам поддержания ремиссии до выписки из долгосрочных программ стационарной или интенсивной амбулаторной реабилитации.

### 3.6.4 Модели лечения, используемые методы, продолжительность и интенсивность лечения

Базовые мероприятия в рамках продолжительного лечения и поддержания ремиссии дают пациенту после выписки возможность поддерживать стабильные отношения с системой здравоохранения, социальными службами и наркологическими реабилитационными центрами. В большинстве случаев, консультант будет заниматься ведением пациента, организовывать частые встречи с ним, давать положительные советы и оказывать поддержку, стимулировать вовлечение в общины и помогать совладать со стрессогенными условиями. Консультант поможет вывести пациента на других специалистов, способных оказать содействие в процессе социальной реинтеграции. В частности, он направит пациента к социальным работникам и психологам, медицинским работникам, специалистам по охране репродуктивного здоровья или юристам, в соответствии с теми или иными потребностями. Все эти вмешательства будут согласовываться координатором по ведению пациентов, в рамках продолжительного лечения.

#### **Принципы подхода, основанного на поддержании ремиссии**

Лечение, ориентированное на поддержание ремиссии, включает методику ведения пациентов, основанную на сильных сторонах, в рамках которой поддержание ремиссии рассматривается не только как достижение воздержания от употребления наркотиков, но и в качестве способа ведения осмысленной и полноценной жизни, что само по себе служит прочной буферной зоной против рецидивов. Для этого подхода характерно следующее:

*Сосредоточенность на развитии сильных сторон, вместо сокращения недостатков.* Подход, основанный на поддержании ремиссии, имеет целью выявлять, сохранять и дополнительно развивать навыки, таланты, ресурсы и интересы клиента, а не заострять внимание на потребностях, недостатках и патологиях.

*Гибкий, а не фиксированный подход.* Программа, поддерживающая ремиссию, должна реагировать на перемены в жизни пациента с помощью корректировок, вносимых по мере необходимости, что позволяет предоставлять широкий спектр средств поддержки и услуг, способных удовлетворить потребности отдельно взятого пациента.

*Внимание к автономности пациента.* Мероприятия по поддержанию ремиссии — это подход, основанный на самостоятельной работе, а не на принудительной программе; соответственно, акцент делается на том, чтобы пациенты сами принимали обоснованные решения в отношении их жизни и лечения. Внимание на важности учета решений пациента уже заостряется в других областях медицины, особенно в том, что касается ведение пациентов с хроническими заболеваниями, и было

установлено, что такая автономность способствует развитию у пациента ответственности за собственное лечение.

*Участие социального окружения.* В мероприятия по поддержанию ремиссии вовлечены семья, друзья и более широкие круги, в целях укрепления социальных аспектов поддержания ремиссии, вместо того чтобы бороться с аддикцией в изоляции. Такой подход дает толчок для окружающих к принятию более активного участия в процессе поддержания ремиссии и задействует ресурсы социального окружения, в числе которых — профессиональные и непрофессиональные организации, религиозные организации и школы. При необходимости, родственники и общественные организации вовлекаются в реализацию процесса поддержания ремиссии.

### **Лечебные мероприятия**

Подход, основанный на поддержании ремиссии, предполагает многообразие мероприятий, служащих для развития и укрепления внутренних и внешних ресурсов, с тем чтобы помочь пациентам добровольно решать проблемы, связанные с употреблением наркотиков, и активно контролировать предрасположенность к рецидивам. Некоторые из этих мероприятий уже присутствуют в контексте семьи, района или сообщества/населенного пункта пациента, тогда как другие можно внедрить дополнительно. Было установлено, что следующие факторы и мероприятия способствуют социальной реинтеграции и повышают вероятность стабильной ремиссии при расстройствах, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами:

- Оказывающий поддержку партнер и круг членов семьи и друзей, которые могут следить за поддержанием ремиссии, воздержанием от наркотиков и следованием курсу лечения
- Работа, представляющая значимость для пациента, и исходящее от коллег понимание, заменяющее собой отторжение и дискриминацию
- Взаимодействие с отдельными людьми и социальными сетями друзей и коллег, придерживающимися норм, ориентированных на воздержание, и способствующими достижению целей поддержания ремиссии
- Активная позиция в политической, гуманитарной и духовной сфере, которая бы позволила найти объяснение жизненным факторам стресса, и сформировать более крепкий смысл жизни
- Укрепление у индивида стойкости, самодейственности и уверенности в себе, для решения повседневных проблем и борьбы со стрессом, сохраняя при этом приверженность идеи поддержания ремиссии и избежания рецидивов употребления психоактивных веществ
- Более активная социальная позиция и интеграция в образовательные и профессиональные направления деятельности, включая волонтерскую и общественную работу
- Решение правовых и финансовых проблем
- Активное участие в работе организаций самопомощи, религиозной поддержки и прочих групп, связанных с устойчивым поддержанием ремиссии

## Конкретные требования

Всякий план лечения должен разрабатываться при содействии коллектива специалистов и при участии самого пациента. План лечения должен подбираться индивидуально под пациента, и соответствовать принципам ведения пациентов с прочими хроническими заболеваниями. На этапе интенсивной помощи, программные планы лечения составляются ориентируясь главным образом на различных медицинских специалистов. Вместе с тем, в процессе ухода, ориентированного на поддержание ремиссии, план уже не сосредоточен преимущественно на медицинской части (характерной для более ранних этапов), а уже охватывает социальные измерения поддержания ремиссии, и задействует других специалистов, таких как социальные работники, психологи, консультанты, племенные старейшины, священнослужители, а также друзья и родственники, настроенные на поддержку. План мероприятий по поддержанию ремиссии, как правило, включает регулярные мониторинговые или дополнительные оценки, которые могут проводиться консультантом, психологом, или же специалистом или врачом-терапевтом. Такие обследования в фазе ремиссии, проводимые очно или по телефону, могут способствовать устойчивому поддержанию ремиссии и профилактике рецидивов. Обследования в ходе поддержания ремиссии служат для информирования об оценке проделанной работы, помогают выявлять препятствия на пути закрепления улучшений и способствуют обсуждению мотивации к поддержанию ремиссии. В опросном списке, пациента могут попросить сообщить ввести в курс дела об успехах на работе, в жилищном вопросе и в том, что касается совладания со стрессом или поддержания здоровых отношений. Обследования в рамках поддержания ремиссии могут включать в себя добровольные токсикологические анализы, пациентов могут проверять на предмет рецидива, пока они проживают в общине, и, при необходимости, они могут пройти раннее повторное терапевтическое вмешательство. Например, обследование в рамках поддержания ремиссии — это вмешательство, включающее в себя структурированное собеседование или оценку в составе регулярного врачебного наблюдения с целью оценки стабильности ремиссии и скорейшего выявления лиц, нуждающихся в помощи и направлении на лечение.

### 3.6.5 Критерии завершения программы и показатели результативности

Мероприятия по поддержанию ремиссии — это подход, который предполагает рассмотрение лечения в масштабах всей жизни, и отдаляется от понятий «выписка» или «выпуск», которые характерны для более традиционных моделей лечения. Предпочтение отдается принципам ведения пациентов с хроническими заболеваниями, в рамках которых пациентам оказывается содействие в собственной работе по борьбе с заболеванием, с целью улучшения их благополучия. Мероприятия по поддержанию ремиссии — это процесс открытого типа, который может продолжаться на протяжении всей жизни пациента.

Успешность программ поддержания ремиссии должна оцениваться исходя из их возможности сокращения рецидивов (контроль употребления наркотиков и избегание связанных с ними вредных факторов), а также улучшения физического и психического

здоровья пациента, равно как и его функционирования и социальной интеграции. Структурированные инструменты оценки общей функциональности пациентов, такие как Индекс тяжести зависимости (Addiction Severity Index), могут применяться для оценки проделанной работы по нескольким направлениям здоровья и функционирования, тогда как другие инструменты способны оценивать «капитал поддержания ремиссии» — то есть, запас внутренних и внешних ресурсов, которые можно задействовать для запуска или поддержания ремиссии.

### **3.6.6 Оценка достоверности доказательства**

На данном этапе лечения в ход пускается новая и развивающаяся концепция лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков, которая не ограничивается одинарным курсом лечения, а также не предполагает завершения работы после краткосрочной программы последующего наблюдения. Это, скорее, подход к лечению в целом, нежели отдельно взятое вмешательство, поэтому эта методика трудно поддается оценке средствами традиционного подхода рандомизированных клинических испытаний.

## Глава 4: Особые группы пациентов

### 4.1 Лечение беременных женщин

#### 4.1.1 Принципы лечения

Женщины, страдающие расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, а затем становящиеся беременными, представляют собой уникальную группу пациентов, нуждающихся в лечении данных расстройств по двум причинам. Во-первых, беременная женщина с расстройством, связанным с употреблением наркотиков, представляет трудности для поставщиков медицинских услуг ввиду того, что данное заболевание может отразиться как на ней самой, так и на ее плоде, а лечение этого заболевания может отрицательно сказаться на матери или ребенке, или на обоих сразу. Лечение расстройства, связанного с употреблением наркотиков, сопряжено как с медицинскими, так и этическими проблемами, когда речь идет о лечении симбиотического союза матери и плода, а не ребенка и матери отдельно. Во-вторых, многие беременные женщины, страдающие наркотическими расстройствами, практически лишены навыков воспитания ребенка, и у них могут отсутствовать самые базовые знания о развитии ребенка и последующем его воспитании. Кроме того, после родов, ребенку могут понадобиться медицинские и прочие комплексные услуги, учитывая вероятность возникновения неблагоприятных обстоятельств во время формирования плода. С другой стороны, возможность лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков, у беременных женщин представляет огромный потенциал для положительных жизненных сдвигов, как для матери, так и для плода, а затем для матери и ребенка, при условии, что ребенку тоже оказывается помощь. Следовательно, в лечении беременных женщин, страдающих расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, выделяют две «пары» фигурантов лечения: пара «мать-плод» и пара «мать-ребенок».

Проблематика расстройств, связанных с употреблением наркотиков, у беременных женщин соответствует проблематике тех же расстройств у взрослых. Некоторые проблемы актуальны как для мужчин, так и для женщин, такие как отсутствие формального образования или вероятные проблемы с законом. Более негативное воздействие на женщин могут иметь некоторые другие проблемы, такие как клеймо позора и отсутствие положительных и помогающих отношений — это именно те ключевые причины, по которым женщины не обращаются за лечебной помощью. Женщины с большей вероятностью, чем мужчины, подвержены насилию и/или отсутствию заботы в детском возрасте, повторным фактам межличностного насилия, финансовой зависимостью от других, отсутствию доступа к формальному образованию или занятости, а также нехватке навыков воспитания детей и ресурсов. С беременностью вышеперечисленные проблемы могут стать еще более значительными, и представлять собой барьеры, препятствующие началу лечения и

получению требуемых результатов. Наконец, женщины имеют более благоприятные прогнозы тогда, когда проходят лечение, сосредоточенное на проблематике, наиболее характерной для женщин с расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, а не лечение, в котором такая специфика не учитывается.

Всемирной организацией здравоохранения недавно было заострено внимание на том, что у беременных женщин с наркотическими расстройствами имеются весьма своеобразные потребности в лечебных услугах. Женщин нельзя исключать из лечения, равно как и нельзя предотвращать прохождение ими лечения, лишь исходя из их беременности. Обычно, лечение женщин с расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, представляет больше трудностей, чем лечение других групп пациентов. Кроме того, беременные женщины с расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, должны иметь те же права, что и другие беременные женщины и небеременные лица. Нельзя допускать проведения принудительных аборт и стерилизаций в отношении женщин, страдающих расстройством, связанным с употреблением ПАВ. В программах должны быть предусмотрены процедуры и защитные меры во избежание задержания и принудительного лечения беременных женщин.

#### **4.1.2 Методы лечения — скрининг и отбор**

Программы, предоставляющие лечение беременным женщинам с расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, обычно предусматривают порядок скрининга и отбора, который определяет пригодность женщин для прохождения лечения по программе. Как минимум, в ходе скрининга должны быть оценены три фактора риска: необходимость немедленной медицинской помощи, детоксикации и предотвращения причинения вреда самому себе и/или окружающим. Если хотя бы один из факторов имеет место, то женщина может быть переведена или направлена в более специализированное медицинское или психиатрическое учреждение для проведения мероприятий по снижению риска — по крайней мере, в краткосрочной перспективе — до приема в программу лечения. Потребности пациента и вопрос о том, соответствуют ли они услугам, оказываемым в рамках программы, должны считаться первым шагом в установлении отношений между пациентом и учреждением, а также возможностью построить доверительные отношения.

Необходимо документально оформить правила проведения скрининга и отбора, предусматривая следующие элементы:

- Описание скрининговых процедур и мер отбора и/или собеседований. По мере возможности, все меры отбора и порядок проведения собеседования должны быть признаны подходящими для использования в отношении беременных женщин с расстройствами, связанными с употреблением ПАВ.
- В обязательном порядке предусмотренное обучение персонала по проведению отбора и скрининга, а также информация о том, какой персонал будет иметь доступ к скрининговой информации.
- Правила в отношении пригодности для программы и в отношении того, что и как будет сообщено женщинам в случае их недопуска, а также информация о

том, куда еще они могут обратиться за помощью, с тем чтобы отбор и отсев осуществлялись справедливо и объективно.

Вся клиническая информация должна храниться в безопасном месте, и фиксироваться в учетной документации по пациентам.

## **Оценка**

Клиническая оценка проводится после поступления женщины на программу. Оценка имеет целью подробно изучить жизнь женщины, что необходимо по трем причинам: поставить правильный диагноз; выбрать подходящую тактику лечения; выработать подходящие цели лечения. Основное назначение оценки состоит в оценке текущих жизненных обстоятельств женщины и собрать сведения о ее физическом, психологическом, семейном, наркологическом и социальном анамнезе, с тем чтобы выявить специфические потребности в лечении и индивидуально составить план лечения, который бы отражал ее сильные стороны и нужды. Не менее важна информация о беременности: предполагаемая дата родов, прошлые беременности и место, где она собирается рожать. В оценке должно задействоваться несколько источников информации, чтобы получить полный анамнез. Необходимо проводить первоначальную оценку, которая затем должна превращаться в последовательный процесс, повторяющийся периодически в течение лечения. Учитывая изменения в физическом, психологическом и социальном функционировании индивида, критически важно оценивать пациента-женщину в течение всего хода лечения, а также при достижении ремиссии. Частота таких оценок должна зависеть от клинического хода лечения и возникновения каких-либо неудач по ходу лечения. Стандарты оценки аналогичны тем, что предусмотрены для скрининга и отбора, которые были рассмотрены ранее.

## **Планирование лечения**

Беременную женщину, страдающую расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, необходимо рассматривать, как часть лечащего коллектива, сосредотачивая внимание как на ее собственном здоровье, так и на здоровье ребенка. Беременную женщину не следует рассматривать, как пациента, которому нужно сообщить о его состоянии здоровья и получить от него согласие на проведение мероприятий. Вместо этого, ее следует рассматривать, в качестве активного участника процесса принятия терапевтических решений, которые влияют не только на нее саму, но и на ее ребенка.

## **Подходы к лечению**

Выбор подхода к лечению расстройств, связанных с употреблением ПАВ, у беременных женщин зависит в большей степени от употребляемого вещества (веществ) и дозировки. В отдельных случаях может быть целесообразно рассмотреть возможность проведения краткого вмешательства со стороны учреждения первичной медицинской помощи или акушера с акцентом на обучении и оценке рисков. Тем не менее, принимая во внимание возможные риски для плода, такие вмешательства будут, скорее всего, применимы лишь к весьма ограниченному количеству случаев проблематичного злоупотребления ПАВ или легкого расстройства, связанного с употреблением ПАВ. В этой связи, большинство лечебных программ для беременных

женщин, употребляющих наркотики, должны задействовать более традиционные подходы к лечению.

Существует две различные плоскости, в которых необходимо организовывать такие программы лечения: Условия и категория вмешательства. На одном конце лечебного спектра находятся амбулаторные лечебные программы; на другом — стационарные программы. Лечебные вмешательства включают фармакотерапию и психосоциальные вмешательства.

### *При беременности необходимо учитывать особые факторы при фармакологическом лечении*

Особые фармакологические условия особенно важны для женщин с расстройством, связанным с употреблением опиатов, при котором медикаментозное лечение обязательно для достижения благоприятных результатов. Женщинам нельзя отказывать в терапии с использованием агонистов опиоидных рецепторов только лишь по причине ее беременности. Выбор опиоидных препаратов должен делаться на основе анализа каждого конкретного случая и с учетом индивидуальных характеристик женщины. Метадоновые и бупренофриновые терапии являются эффективными тактиками лечения, с хорошим соотношением риска и выгоды, но они не всегда равноценны для отдельно взятого пациента. Исследования свидетельствуют о менее тяжелом абстинентном синдроме у новорожденных при внутриутробном воздействии бупренофрина, чем при воздействии метадона; тем не менее, синдром является легко диагностируемым и излечимым состоянием, и является лишь одним из факторов, которые необходимо учитывать врачу и женщине при полной оценке соотношения риска и выгоды при принятии решений касательно медикаментозной терапии во время беременности.

И метадон, и бупренофрин эффективно сокращает употребление опиатов и позволяет пациенту извлечь больше выгоды из психосоциальной терапии. Дозировку препарата необходимо периодически пересматривать и корректировать в ходе беременности — обычно, в сторону увеличения, чтобы поддерживать терапевтически значимые уровни содержания в плазме, тем самым сокращая риск синдрома опиоидной абстиненции и тяги, а также снижая или полностью устраняя употребление наркотика и поддерживая воздержание.

Если женщина становится беременной в ходе метадоновой или бупренофриновой терапии, ей необходимо продолжать уже начатую терапию, особенно если она хорошо реагирует на лечение. Терапевтическое воздержание от агонистов опиоидных рецепторов во время беременности не рекомендуется. Абстиненция связана с большим процентом выбывания из лечения и рецидивов, что представляет риск для женщины и плода, а опиоидная абстиненция повышает риск выкидыша.

### *Комплексное лечение*

Модель ориентированного на женщину комплексного лечения включает лечение организма в целом и пары «мать-ребенок», что предполагает групповое и индивидуальное лечение с учетом травм, уход за ребенком, транспорт, медицинское обслуживание, акушерское и гинекологическое наблюдение, психиатрию, обучение

навыкам родительского ухода, раннее вмешательство, профессиональную реабилитацию, жилье и юридическую помощь. Оказание вышеозначенных услуг необходимо, но недостаточно для реализации лечения, ориентированного на женщин. В лечебной программе, ориентированной на беременных женщин, употребляющих ПАВ, должны учитываться специфические биологические, культурные, социальные и средовые факторы, влияющие на употребление наркотиков женщинами, с тем чтобы оптимизировать результаты лечения

- Значимые межличностные отношения и семейный анамнез играют определяющую роль в принятии решения об употреблении наркотиков
- Закономерности в употреблении, а также продолжение злоупотребления наркотиками у женщин, обращающихся за помощью
- Поддержка ремиссии и при рецидивах
- Женщины с большей степенью вероятности сталкиваются с проблемами при обращении за лечением и прохождении лечения, в связи с установленными ролями, гендерными ожиданиями и социально-экономическими лишениями. Эти барьеры могут привести к несвоевременности поступления на лечение или обращению за помощью на более тяжелом этапе болезни, с дополнительными медицинскими и психиатрическими усугубляющими факторами
- Клеймо позора удерживает женщин от поступления на лечение.
- Женщины зачастую обращаются за наркологической помощью через направления из обширной сети учреждений
- В лечебных программах следует предусматривать уход за детьми, чтобы их матери могли проходить лечение
- Женщинам могут понадобиться корректировки дозировок препаратов
- Женщины более уязвимы для риска бытового насилия и сексуального насилия, и их дети также попадают в группу риска, поэтому может быть целесообразным наладить контакты с социальными службами по защите детей и женщин
- Женщины больше склонны к поиску помощи и к соблюдению терапевтического режима после поступления
- Женщинам может понадобиться лечение, ориентированное на женщин, в безопасной однополой среде, чтобы обеспечить максимальную пользу
- Женщинам может понадобиться обучение и поддержка по таким вопросам, как репродуктивное здоровье, контрацепция, уход за детьми

### *Порядок организации приема родов*

Программы, включающие услуги приема родов у беременных женщин с расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, должны предусматривать документально оформленный протокол приема родов, в котором должны быть указаны возможные проблемы как при родах, так и ведении пациента. Как минимум, необходимо установить, где будут приниматься роды, кто будет оповещаться, а также какие условия потребуются матери и ребенку, и каким образом они будут созданы. Подходящие процедуры купирования болевого синдрома также должны быть предусмотрены. Многие женщины с расстройствами, связанными с употреблением

опиатов, на самом деле более чувствительны к боли, чем женщины, неотягощенные такими расстройствами. Неустраненные болевые симптомы могут служить триггером для возобновления употребления наркотиков и прочих неблагоприятных исходов для матери, а также неблагоприятных исходов для ребенка, если мать неспособна ухаживать за ребенком.

### *Протокол послеродового лечения*

Во всех программах, обслуживающих беременных женщин с расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, должны быть предусмотрены протоколы послеродового лечения. Женщины не должны выписываться из программы лечения лишь по причине беременности или послеродового состояния. Также программой должны быть предусмотрены методы поддержки пары «мать-младенец», включая, по меньшей мере, базовые навыки воспитания.

### *Кормление грудью*

Хотя и необходимо всячески потворствовать тому, чтобы употребляющие ПАВ матери кормили грудью, возможность грудного вскармливания у женщин в послеродовом состоянии необходимо оценивать в индивидуальном порядке. Принятие решения о разрешении кормления грудью особенно затруднено в случае ВИЧ-положительных матерей, а также матерей, отягощенных определенными состояниями, лечение которых предполагает принятие отдельных психотропных препаратов, в связи с чем грудное вскармливание противопоказано. Прочие противопоказания или меры предосторожности в отношении грудного вскармливания возникают в тех случаях, если матери применяют средства для ингаляции, метамфетамины, стимуляторы, транквилизаторы и алкоголь.

По этому вопросу были составлены особые рекомендации, призванные помочь врачам принять наилучшее решение. Потребность в индивидуальном подходе к разрешению грудного вскармливания в случае употребляющих матерей основана на оценке понимания матерью воздействия, оказываемое употребляемым веществом, выделяемым с молоком, а также ее практика употребления препаратов. Наконец, важно иметь в виду, что многие женщины могут употреблять сразу несколько веществ, и науке мало известно о воздействии нескольких веществ, содержащихся в материнском молоке, на организм ребенка. Соответственно, лучше всего при всех этих обстоятельствах составлять четкие письменные соглашения с матерями касательно грудного вскармливания.

### 4.1.3 Конкретные требования для программы

#### Подготовка персонала

Весь персонал, непосредственно контактирующий с пациентами (секретари, офис-менеджеры), должен быть осведомлен о проблемах, актуальных для беременных женщин, и должны их учитывать. Весь персонал должен быть обучен тому, с кем необходимо связаться в случае возникновения предродовых схваток, и где женщина должна ожидать прибытия персонала или куда ей необходимо обратиться за медицинской помощью. В отличие от других категорий лиц, употребляющих ПАВ, беременные женщины подвергают свой плод воздействию потенциально опасных веществ. Подавляющее большинство таких женщин испытывает внутренние терзания, стыд и вину за то, что они считают своей невозможностью «контролировать» употребление психоактивных веществ. Персоналу необходимо быть осведомленным об этих переживаниях и опасениях, и выработать готовность надлежащим образом реагировать на это и оказывать поддержку. Дополнительное посрамление и клеймение позором за употребление ПАВ во время беременности не является эффективным методом профилактики воздействия веществ на плод или улучшения состояния здоровья матери.

#### Документация

Вне зависимости от условий лечения и его интенсивности, надлежащая документация лечения беременных женщин, страдающих расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, должна содержать все элементы, применимые ко остальным категориям пациентов с расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, такие как договор об оказании медицинских услуг, индивидуально составленный план лечения и ведения, а также справка о завершении лечения. Программы, предоставляющие свои услуги беременным женщинам с расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, сталкиваются с дополнительной проблемой, связанной с надлежащим документированием всех медицинских, психиатрических и аддикционных услуг, с тем чтобы рекомендовать всю необходимую помощь и иметь возможность тесно согласовывать действия различных поставщиков услуг.

#### **Резюме**

Лечение беременных женщин с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, представляет собой постоянно развивающуюся область медицины. Наилучшие клинические исходы можно ожидать от тех методов, в которых задействуются все научно доказанные тактики и учитывается множество сложных медицинских и психосоциальных проблем. При оптимальном лечении, возможно значительное улучшение клинических прогнозов для матерей и детей, что, в свою очередь, дает возможность детям достигнуть максимального потенциала и снизить вероятность наследственной передачи наркотической зависимости детям.

## 4.2 Лечение новорожденных, находящихся под пассивным воздействием опиатов в утробе

## **Введение**

Количество новорожденных, переживших внутриутробное хроническое воздействие опиатов и других веществ, сложно определить. Такая неточность обусловлена нехваткой измерения и изменением практики употребления наркотиков со временем, а также географией. Прогноз для новорожденных улучшается в том случае, если их матери проходят комплексное медицинское, психосоциальное и фармакологическое лечение. Однако когда эти услуги не оказываются, ребенок подвергается риску развития недоношенности, задержке внутриутробного развития, неонатального сепсиса, мертворождения, перинатальной асфиксии, плохой связи между матерью и новорожденным, депривированности, беспризорности, снижения прибавки массы тела и синдрома внезапной детской смерти. Одной из самых значительных патологий, присутствующей у 50–80% новорожденных, подверженных внутриутробному воздействию опиатов, является синдром абстиненции у новорожденных (САН). САН проявляется переходными изменениями в центральной нервной системе (например, раздражительность, высокотональный плач, тремор, гипертония, усиление рефлексов, нарушение сна), желудочно-кишечной системе (например, отрыгивание, неоформленный стул, усиленный сосательный рефлекс, дизритмическое сосание и проглатывание, плохой аппетит и потеря веса), дыхательной системе (например, заложенность носа, учащенное дыхание) и автономной нервной системе (например, чих, зевание). У новорожденных развивается синдром абстиненции в результате употребления матерью незаконных опиатов, приобретенных на улице или по рецепту врача для лечения заболеваний, в том числе, метадона или бупренофрина для лечения расстройств, связанных с употреблением опиатов.

## **Лечение синдрома абстиненции у новорожденных**

Лечение САН должно включать нефармакологические вмешательства, за которыми следует фармакологическое вмешательство (когда будет необходимо), по результатам надлежащей и согласованной оценки. Меры поддержки включают следующие: совместное пребывание матери и ребенка в одной палате, грудное вскармливание, использование соски (сосание для успокоения), уютное пеленание с неограниченной подвижностью рук для сосания, телесный контакт с матерью. Необходимо проводить отсасывание из носоглотки новорожденного, а кормление должно быть частым (каждые 2 часа) и малыми порциями, в случае сохранения неудовлетворительного питания, не допуская при этом перекармливания, с правильным положением тела на боку в целях снижения аспирации, если рвота или отрыгивание являются наиболее выраженными симптомами САН.

Фармакологическое лечение САН не следует откладывать. Наиболее часто используемыми препаратами при САН, связанного с опиоидным воздействием, являются морфий или метадон перорально, в зависимости от массы тела и индекса. При наличии у новорожденного абстиненции от других веществ (например, барбитуратов, этанола и успокоительных и снотворных), как правило, назначают фенobarбитал. Назначением медикаментозной терапии является частичное снятие симптомов абстиненции и успокоение ребенка с целью восстановления функций питания, сна и выделения. Дозировку нужно безотлагательно повышать, желательно, в ответ на частые проверки уровня тяжести синдрома с использованием

валидированных инструментов, и так же безотлагательно понижать по мере ослабления симптоматики.

### **Подготовка персонала**

Все медработники, ухаживающие за новорожденными, должны быть обучены выявлению признаков и симптомов синдрома абстиненции у новорожденных, а также таких заболеваний новорожденных, проявления которых могут быть аналогичными проявлениям САН (например, септицемия, энцефалит, менингит, пост-аноксичное раздражение ЦНС, гипогликемия, гипокальциемия и кровоизлияние в мозг).

### **Документация**

Любое обследование на синдром абстиненции новорожденных должно фиксироваться, равно как и медикаментозные и немедикаментозные вмешательства, проводимые для сведения синдрома к минимуму.

## **4.3 Дети и подростки с расстройствами, связанными с употреблением ПАВ**

### **4.3.1 Принципы лечения**

#### **Категории детей и подростков, которые могут проходить лечение**

Дети и подростки по всему миру составляют большинство жертв беспризорности, физического, сексуального и эмоционального насилия. Дети применяются в войнах, терроризме, а также подвергаются множеству форм насилия; их оставляют безграмотными, продают и используют в наркоторговле. Дети страдают от обездоленности, нищеты, голода, гендерной дискриминации, вынужденного переселения и различных психических и физических заболеваний. Дети становятся жертвами на каждом этапе наркоторговли, их эксплуатируют для выращивания, производства, реализации, скупки и дистрибуции наркотиков. Дети, чьи семьи занимаются выращиванием наркотических растений, подвергаются воздействию токсических остатков и летучих веществ. Дети, живущие в странах, находящихся в состоянии войны, становятся подвержены огромным рискам различными путями. У солдат-детей есть удобный доступ к наркотикам, которые используются как стимуляторы, заставляющие их драться и совершать другие устрашающие поступки, а также совладать с ранениями. Для них, употребление наркотиков — это способ поиска временного спокойствия в беспокойном и непредсказуемом мире.

#### **Факторы, которые необходимо учитывать при лечении детей и подростков**

Расстройства, связанные с употреблением ПАВ, являются серьезными педиатрическими заболеваниями. Чем раньше ребенок начинает употреблять наркотики, тем выше риск более стремительного развития серьезного употребления и расстройств, с ним связанных. Дети, употребляющие психоактивные вещества, вряд ли будут представлять проблему для себя и окружающих; тем не менее, употребление ПАВ — как законных, так и незаконных — может негативно отразиться на развитии ребенка. Кроме того, вероятнее всего, таким детям в будущем понадобится психиатрическое лечение и лечение наркотической зависимости.

Дети могут проживать со своими семьями, но также могут жить на улице, будучи сиротами или брошенными своими семьями, могут быть призваны на военную службу или проживать в учреждениях пенитенциарной системы. Как следствие, обстоятельства и условия лечения для этих двух последних групп детей могут разительно отличаться от обычного амбулаторного или стационарного лечения, и могут предполагать большее задействование выездной работы и центров низкопорогового доступа, в сравнении с лечением расстройств, связанных с употреблением ПАВ у взрослых. Подростков могут приводить на лечение их родители, обеспокоенные недавним употреблением наркотиков.

Исследования по лечению данной группы населения ограничены и несмотря на то, что существуют убедительные доказательства эффективности психосоциальной терапии у более взрослых детей, методические материалы по лечению детей зачастую основываются на результатах исследования лечения взрослых или подростков. Тем не менее, такой подход к лечению детей с расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, может представить неожиданные проблемы, такие как различия в реакциях на медикаменты между детьми и взрослыми. Наконец, многие психосоциальные терапии, применяемые в отношении детей, необходимо подгонять под уровень умственного развития и жизненного опыта ребенка.

Среди прочих факторов, которые необходимо учитывать при лечении расстройств, связанных с употреблением ПАВ у детей и подростков, можно выделить следующие:

- У употребляющих наркотики детей и подростков есть свои особенные потребности в лечении, обусловленные их незрелым мозгом и когнитивным функционалом, а также нехваткой навыков копинга, связанной с незавершенным психосоциальным развитием
- Подросткам свойственна повышенная тяга к риску и новизне, и они легко поддаются давлению со стороны сверстников
- Для подростков с наркотической привязанностью характерна высокая заболеваемость дополнительными психиатрическими расстройствами и проблемы в семье, которые должны ставиться во главу угла в ходе лечения
- В отличие от взрослых, дети и подростки меньше склонны видеть смысл в обсуждении своих проблем, у них более конкретное мышление, менее развитые языковые навыки и могут быть менее интроспективными, чем взрослые
- Поведенческая терапия должна быть адаптированной, с учетом ограниченных когнитивных возможностей детей и подростков
- Причины, по которым дети и подростки могут пожелать пройти лечение и обсудить общие цели лечения с учреждением, могут отличаться от причин взрослых

Пубертатный период — это особенный период развития, и мозг подростка особенно уязвим для расстройств, связанных с употреблением ПАВ. Учитывая нейротоксичное воздействие наркотиков и алкоголя на развивающийся мозг, необходимо как можно скорее выявить употребление ПАВ и принять соответствующие меры. Подросткам

могут также пойти на пользу вмешательства по лечению употребления наркотическими веществами, даже если у них еще не возникла зависимость от них. Скорейшее прерывание воздействия вещества может помочь им сократить риски последующего физического и/или психологического вреда. Регулярные визиты в больницу, школу и другие медицинские мероприятия могут дать возможность опросить подростков об употреблении ПАВ, и подростки могут дать честные ответы, если они не будут видеть непосредственных негативных последствий такой честности. Давление со стороны закона, семьи и школы может стать важным механизмом, обеспечивающим прохождение и завершение лечения подростками.

Лечение расстройств, связанных с употреблением наркотиков, должно быть индивидуально подогнано под уникальные потребности подростков, с учетом потребностей в масштабах всей личности, а не только в контексте употребления наркотиков. В ходе лечения необходимо как можно быстрее выявлять факты насилия, издевательства над ребенком и риск суицида и принимать соответствующие меры. Мониторинг употребления ПАВ является ключевым условием успешности лечения подростков: задача состоит в оказании поддержки и создания дополнительной структуры, пока мозг подростка находится на стадии развития. При лечении, подросткам необходимо больше разнообразных мер поддержки, чем взрослым. Принимая во внимание начало половой жизни и более высокую вероятность сексуального насилия среди подростков с наркотической зависимостью, обследование подростков на инфекции, передающиеся половым путем, такие как ВИЧ, а также гепатит В и С, является важным элементом лечения. В лечение также необходимо включать стратегии следующего плана: развитие социальных навыков, профессиональное обучение, семейные вмешательства, охрана репродуктивного здоровья, включая профилактику нежелательной беременности и заболеваний, передающихся половым путем.

В ходе лечения необходимо пытаться задействовать другие сферы социальной жизни подростков, такие как школы, спорт, хобби, и признавать важность благоприятных отношений со сверстниками. Лечение подростков должно стимулировать позитивное участие родителей, по мере необходимости. Должен предоставляться доступ к учреждениям опеки и попечительства.

Лечение психических расстройств и расстройств, связанных с употреблением наркотиков, должно быть спланировано с учетом специфики детей и подростков, а также быть гибким в выявлении и удовлетворении их потребностей, в системе, которая бы наилучшим образом защищала ребенка от вреда и удовлетворяла его индивидуальным санитарным потребностям.

#### **4.3.2 Методы лечения**

##### **— аутрич-службы**

Цель аутрич-программ состоит в выявлении детей, которым может понадобиться медицинское обслуживание, а также в предоставлении такого обслуживания в

пределах возможностей, учитывая ограничения, связанные с условиями жизни ребенка (например, на улице или в местах лишения свободы). Таким образом, аутрич-персонал работает с детьми, находящимися в группе риска, а затем выступает в роли посредника при организации необходимого обслуживания. Эти услуги могут предоставляться для решения какой-либо из множества проблем, включая лечение физических и психических расстройств. В рамках аутрича, скрининг и обследование может проводиться в формате собеседования аутрич-персоналом, и цель здесь состоит в сборе необходимой информации для определения потребности в направлении на лечение по нескольким направлениям, которые обычно представляют опасность для детей, в условиях, при которых произошел контакт (например, на улице); работник аутрича здесь выступает активным координатором по организации такого лечения. Причина и масштабы проблемы не так важны, как проведение лечения.

### **Скрининг и оценка**

Программы, предоставляющие стационарное и амбулаторное лечение детям, обычно предусматривают порядок скрининга и отбора, который устанавливает, подходит ли ребенок для прохождения лечения по программе. Соответственно, необходимо в рамках процесса приема обеспечить как минимум скрининг по трем факторам риска: интоксикация, угроза самому себе или окружающим, насилие (эмоциональное, сексуальное и/или физическое). При наличии одного из этих факторов, или сразу нескольких, ребенка следует направлять на более подходящее стационарное лечение. В ходе оценки выясняются текущие жизненные обстоятельства ребенка и собираются сведения о его физическом, психологическом, семейном, наркологическом и социальном анамнезе, с тем чтобы выявить специфические потребности в лечении и индивидуально составить план лечения, который бы отражал сильные стороны и нужды ребенка. Стандарты скрининга и оценки ребенка не должны отличаться от тех, что используются для других категорий населения (см. раздел 10.1.2 выше).

### **Планирование лечения**

Детей с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, необходимо рассматривать, как часть лечащего коллектива, сосредотачивая внимание как на их физическом, так и психологическом здоровье. Ребенка не следует считать лишь пациентом, которого необходимо пассивно уведомлять о его состоянии здоровья; вместо этого, ребенка необходимо рассматривать — в паре с лечащим персоналом — в качестве активного участника процесса принятия клинических решений. Кроме того, на раннем этапе процесса планирования, необходимо принимать решения о возвращении ребенка в социум.

### **Подходы к лечению**

Выбор подхода к лечению расстройств, связанных с употреблением наркотиков, у детей зависит в большей степени от употребляемого вещества (веществ). Как и в случае других категорий населения, лечение детей должно заключаться в психосоциальных вмешательствах вкупе с медикаментозными терапиями, по мере необходимости. Тем не менее, существует мало исследований действенности таких фармакологических терапий в лечении расстройств, связанных с употреблением

ПАВ, у подростков, и еще меньше — у детей; в связи с этим, нет препаратов, разрешенных к применению в этих возрастных группах. Есть определенные доводы в пользу применения агонистов опиоидных рецепторов, особенно метадона, при лечении подростков, в тех случаях, когда они считаются способными дать согласие на такое лечение; такое лечение следует применять только для подростков с тяжелыми расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, и повышенным риском продолжения употребления. Разрешение следует получать от родителей и в строгом соответствии с национальным законодательством. Подростки, имеющие непродолжительный опыт употребления опиатов, и у которых есть хорошая семейная и социальная поддержка, могут перенести отказ от опиатов, вне зависимости от того, будет ли использован налтрексон в качестве стратегии профилактики рецидивов. Подходящая фармакологическая терапия также показана для лечения сопутствующих психиатрических расстройств, в рамках комплексного плана лечения, включающего психосоциальные лечебные тактики.

Психосоциальные подходы к лечению расстройств, связанных с употреблением наркотиков, у детей и подростков должны охватывать максимально большое количество сфер их жизни с использованием индивидуально подобранного подхода, в котором учитываются их уязвимости и сильные стороны. Примерами терапевтических подходов к лечению расстройств, связанных с употреблением ПАВ, у детей и подростков являются подход жизненных навыков, семейные вмешательства (например, краткая стратегическая семейная терапия, семейная поведенческая терапия или многосистемная семейная терапия) и базовое образование. Подросткам пойдет на пользу обучение самоконтролю, социальным навыкам и принятию решений.

### **Гендерные вопросы в лечении подростков**

Учет гендерных различий необходимо включить в качестве обязательного элемента лечения подростков. Мальчики, как правило, предпочитают смешанные группы, тогда как девочки предпочитают группы только для девочек, что обусловлено различиями как в социализации, так и в анамнезе употребления ПАВ у девочек и мальчиков. Учитывая значительно большую распространенность физического, сексуального насилия, обмена секса на наркотики среди девочек, по сравнению с мальчиками, программы должны быть хотя бы частично дифференцированы по половому признаку. В случае девочек, лечение может быть сосредоточено на особенных уязвимостях, присущих девочкам, таким как депрессия и физическое и сексуальное насилие в прошлом, тогда как при лечении мальчиков можно делать акцент на проблемах контролирования импульсов, нарушениях режима в школе и сообществе, а также анамнезе проблем с поведением и обучением; вместе с тем, многие из этих проблем необходимо будет решить без разделения по половому признаку.

### **4.3.3 Конкретные требования для программы**

#### **Подготовка персонала**

Персонал должен быть обучен не только обращению с детьми и подростками, страдающими расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, но и этапам развития и связанному с возрастом когнитивному, языковому и социальным

развитию. Дети в особенности могут не обладать когнитивными возможностями для обсуждения проблем и полноценного формулирования своих переживаний. Персонал должен понимать правовой статус детей и особые меры защиты, предусматриваемые для них. Крайне важно, чтобы персонал знал и обеспечивал размещение групп по возрастам. Хорошо известно, что перемешивание более старших и опытных употребляющих наркотики с более молодыми и менее опытными пациентами может привести к ухудшению прогноза для детей младшего возраста и подростков.

### **Политика защиты детей**

Программы, в рамках которых лечение расстройств, связанных с употреблением ПАВ, предоставляется в том числе для детей, включая подростков, должны предусматривать политику защиты детей. Данная политика должна обеспечивать систему защиты детей от: 1) любой воспринимаемой или реальной угрозы/риска для их жизни, личности и детства; 2) уязвимости для любого рода вреда; 3) социальной, психологической и эмоциональной незащищенности. Защита детей заключается в защите их от насилия, эксплуатации, посягательств и безнадзорности. Она неразрывно связана со всеми правами, имеющимися у ребенка. В ней должны излагаться руководящие принципы, которыми устанавливается и регламентируется защита достоинства и свободы ребенка; признание лучших интересов ребенка; идея о наличии у ребенка права на выражение собственного мнения и принятия собственных решений; соблюдение права ребенка на личную жизнь и конфиденциальность; нетерпимость к каким-либо посягательствам, будь то прямым или косвенным; идея о том, что защита детей является обязанностью всего персонала, руководства, совета директоров, консультантов, интернов и волонтеров. В ней также должен содержаться кодекс поведения, регламентирующий действия лиц.

### **Физическая среда**

Вне зависимости от категории условий лечения, необходимо принимать во внимание ряд вопросов. Название программы должно быть подобрано таким образом, чтобы не допустить клеймление позором и исключить какие-либо ассоциации с аддикциями. В программе должна создаваться благоприятная для детей атмосфера, что предполагает свободные и открытые пространства для игр, с подходящими игровыми средствами как внутри помещения, так и снаружи. Достаточное количество туалетов и уборных, как для персонала, так и для детей. Классные комнаты должны иметь достаточную квадратуру, позволяющую детям сидеть на своих местах и свободно перемещаться. В случае центров-интернатов с постоянным проживанием, важно не допускать перенаселенности, и предусмотреть достаточное пространство между койками. Например, расстояние между двумя койками должно составлять как минимум 2 фута (0,6 м). Дети в возрасте 7–13 лет должны быть поселены отдельно от детей в возрасте 14 лет и старше, во избежание отрицательного влияния. Кроме того, дети старшего возраста должны спать в отдельных помещениях, учитывая культурные факторы и из соображений безопасности.

### **Документация**

В программах, занимающихся лечением детей и подростков, должен вестись подробный учет оказываемых услуг. За каждым ребенком должен быть закреплен

регистрационный номер, служащий для отслеживания ребенка, а также отдельное дело. Все дела должны быть под замком, обеспечивая конфиденциальность и защиту частной жизни каждого ребенка. Лечащий персонал должен иметь доступ к учетным данным, в которых фиксируется курс лечения ребенка и его состояние на момент последнего контакта с лечащим персоналом. Детей не следует перегружать документацией.

## **4.4 Лечение в условиях системы уголовного правосудия**

### **4.4.1 Краткое определение и описание условий**

Ежегодно свыше 10 миллионов людей отбывает наказание в местах лишения свободы по всему миру (порядка 146 на каждые 100 тыс. чел.), и в большинстве случаев, эти лица имеют проблемы с наркотиками. Кроме того, большая доля лиц с проблемами, связанными с употреблением наркотиков, которые на данный момент не отбывают наказание в местах лишения свободы, сообщают о том, что были лишены свободы хотя бы один раз.

Следует отметить, что три международных конвенции по борьбе с наркотиками не обязывают подписавших их стран привлекать к уголовной ответственности за употребление и хранение для личного пользования. Предоставление лечения и реабилитации в качестве альтернативы уголовной ответственности, включая лишение свободы, прямым текстом предусматривается при совершении легких преступлений, связанных с наркотиками. Тем, кто регулярно употребляет наркотики и проходит уголовное производство, часто предлагают наркологические услуги в целях прерывания порочного круга наркотиков и преступлений. В местах лишения свободы, таких как изоляторы и тюрьмы, система уголовного правосудия располагает «пленной» аудиторией, которой могли бы пойти на пользу эффективные услуги лечения и реабилитации. Для тех, кто не отбывает срок в местах лишения свободы, лечебные услуги могут оказываться на различных условиях, таких как пробация (условное осуждение) или условно-досрочное освобождение, замена уголовной ответственности другими видами исправительного воздействия и наркологические программы, а также, при возможности, направление полицией на лечение, а не оформление ареста. Когда обеспечивается прохождение лечения теми, кто в нем нуждается, можно ожидать улучшения статистики по правонарушениям и употреблению наркотиков, а также улучшения состояния здоровья населения в целом (например, снижение распространения гепатита С, ВИЧ и т.д.). Без надлежащего лечения, лица, подолгу употреблявшие наркотики и совершавшие раньше уголовные преступления, вероятнее всего продолжат употреблять наркотики и совершать преступления, тем самым представляя серьезную угрозу для общественного здоровья и благополучия.

Проведение наркологического лечения и реабилитации в связке с системой уголовного правосудия должно опираться на те же принципы научно доказанного лечения, что и в любой другой медицинской области. Кроме того, необходимо

учитывать следующие принципы, относящиеся к этому конкретному контексту.

#### **4.4.2 Цели**

Научно доказанные подходы, включая вмешательства, основанные на оценке индивидуального уровня риска рецидивов и криминогенных потребностей, может оказаться эффективным средством разрыва цикла «наркотики-преступление». Основная цель этих вмешательств состоит в оказании индивиду услуги наиболее подходящей категории и интенсивности. Предоставление лечения низкой интенсивности лицам, страдающим серьезными проблемами, связанными с наркотиками, как правило, не дает желаемого результата. Соответственно, проведение лечения высокой интенсивности для пациентов с менее серьезными проблемами, связанными с наркотиками, также может оказаться проблематичным, и иногда может даже усугубить ситуацию, подвергая человека воздействию лиц с повышенным уровнем риска и потребностей. Решения о выборе того или иного лечения для того или иного клиента, а также подгонка услуг к определенным рискам и потребностям должны приниматься исходя из соотношения сложности проблем клиента с категорией и интенсивности оказываемых услуг.

#### **4.4.3 Категории клиентов**

Крайне важно определять наиболее подходящую категорию лиц, которым следует оказывать услуги лечения и продолжительного ухода в контексте условий системы уголовного правосудия и производства. Лица, употребляющие наркотики, и лица, страдающие различными степенями расстройств, связанных с употреблением наркотиков, но не совершающие преступные деяния, не должны лишаться свободы за употребление наркотиков. Преступное поведение, наблюдаемое у большинства лиц с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, чаще всего вторичны по отношению к самому расстройству, связанному с употреблением наркотиков: уголовные правонарушения совершаются для добывания денег, необходимых для приобретения наркотиков. Наиболее эффективным вмешательством для таких пациентов является лечение их расстройства, связанного с употреблением наркотиков, и преступное поведение как правило прекращается, как только пациент прекращает употреблять наркотики. Предложение эффективного лечения наркотических расстройств является наилучшей мерой реагирования в рамках общественного здравоохранения и охраны правопорядка на поведение индивидов с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, и совершивших вторичные незначительные уголовные преступления.

В группу населения, подходящую для лечебных вмешательств в контексте системы уголовного правосудия, входят лица с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, и с определенной степенью вовлечения в преступную деятельность, которая в определенной мере отвлечена от употребления наркотиков. Употребление наркотиков и преступное поведение у лиц с расстройствами,

связанными с употреблением наркотиков, могут быть связанными или несвязанными между собой явлениями, но, в любом случае, соприкосновение этих двух проблемных видов поведения, вкупе с воздействием множества других проблемных факторов, способно изменить траекторию каждого отдельно взятого проблемного поведения — как правило, в худшую сторону — о чем свидетельствует высокая степень преступного и наркотического рецидивизма у лиц с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, и которые вовлечены в преступность.

#### **4.4.4 Модели и методы лечения —**

##### **фундаментальные принципы**

##### *Скрининг и оценка являются ключевым условием подборки правильного лечения*

В рамках системы уголовного правосудия, процесс скрининга или обследования зачастую считается элементом определения «годности» для лечения. Последующая оценка используется для установления «подходящести» — например, с помощью результатов психиатрической оценки, чтобы выяснить, обосновано ли прохождение программы двойного диагноза. Поскольку большая часть информации, используемой в процессе скрининга и оценки, основывается на данных, лично предоставленных объектом оценки, крайне важно также получать подкрепляющую информацию из других источников (например, результаты анализов на наркотики, учетные сведения исправительных учреждений) при принятии решения о выборе тактики лечения. К примеру, в условиях административного надзора без лишения свободы, очередные положительные пробы мочи могут стать основанием для направления на лечение, даже если лицо отрицает факт употребления наркотиков.

Исходя из результатов скрининга и оценки, а также изучения имеющейся информации, необходимо выработать конкретные критерии определения наиболее подходящего типа и интенсивности лечения; кроме того, эти критерии должны быть включены в регламент лечения в условиях уголовно-процессуальной системы. В частности, критерии определения проблем, связанных с употреблением наркотиков, являющиеся основанием для профессионального вмешательства, а также степень «преступного мышления», служащая основанием для вмешательства, должны основываться на объективных критериях, а не на субъективном заключении по результатам беседы или короткой встречи с лицом. Оптимальная категория и уровень лечения, включая выбор наиболее экономически эффективного вмешательства, будет зависеть от тщательной оценки тяжести проблем, а также уровня опасности для общества. Это можно установить путем надлежащего использования валидированных инструментов скрининга и оценки. К сожалению, к лицам с серьезными проблемами с наркотиками зачастую применяется «универсальный» лечебный подход, без учета индивидуального уровня опасности и потребностей.

##### *Принцип риска повторного совершения преступления*

Наиболее эффективными считаются те программы, которые способны правильно подобрать категорию вмешательства для отдельно взятого пациента. Широко известно, что программы, предусматривавшие только санкции или услуги, не основывающиеся на риске, исходящего от пациента, практически или полностью не

давали воздействия на прогноз, а в некоторых случаях способствовали ухудшению прогнозов даже по сравнению с контрольной группой, не проходившей лечения вовсе. Опираясь на эти выводы, многие системы уголовного правосудия приняли подход, заключающийся в назначении наиболее интенсивных вариантов лечения для лиц с самым высоким уровнем риска рецидивизма. Аналогичным образом, терапевтические ресурсы следует выделять на интенсивное лечение лиц с высоким риском рецидивов. В большинстве случаев, лица с пониженным риском рецидивизма, вероятнее всего, сохраняют этот низкий уровень риска вне зависимости от того, будут ли они проходить лечение.

### Принцип потребности

«Принцип потребности» гласит, что помощь, оказываемая лицам, по которым открыто производство в системе уголовного права, должна быть сосредоточена на «криминогенных» потребностях, в попытке бороться с поведением и позициями, связанными с рецидивизмом, которые возможно изменить в результате проведения таргетированного лечения. В частности, лечение должно быть нацелено на исправление антисоциального отношения, переживаний и окружения. Оказание лицам помощи в улучшении навыков самоорганизации и приобретении социальных навыков доказало свою эффективность в улучшении прогнозов. С другой стороны, традиционные лечебные подходы, основывающиеся на работе по общим психосоциальным парадигмам, таким как помощь в повышении самооценки, без разрешения проблемы антисоциальных аспектов личности, не должны являться краеугольным камнем лечения. Исследованиями в этой области было выявлено четыре общие категории криминогенных потребностей, на которые необходимо влиять: антисоциальное поведение в прошлом, антисоциальный склад личности, антисоциальное мышление и антисоциальное окружение, с четырьмя дополнительными областями, требующими внимания (употребление ПАВ, семья, школа или работа и досуг).

### Принцип ответственности

На основе исчерпывающей оценки лица (включая его особенности обучения, уровень мотивации, пол и этническое происхождение), необходимо выработать индивидуальный подход к лечению. Например, многие из участников уголовных разбирательств плохо поддаются традиционным дидактическим подходам к лечению, в связи с чем служба исправительного воздействия необходимо прибегать к более визуально-пространственным подходам к проведению лечения. Следует избегать подходов, основанных на сдерживании и наказании, а также не опирающихся на какую-либо структуру.

### Равный уровень обслуживания

Базовым принципом оказания терапевтических услуг в условиях системы уголовного права является обеспечение сопоставимости по категории и охвату оказываемых услуг тем услугам, которые доступны для населения в целом. Вынесенный приговор не должен лишать осужденного лица права на доступ к необходимым ему услугам здравоохранения.

### Связь с обслуживанием на уровне населенного пункта

В дополнение к равному уровню обслуживания внутри и за пределами мест лишения

свободы, необходимо обеспечивать связи между системой уголовного правосудия и службами для населения в целом, с тем чтобы избежать нарушения согласованности услуг и обеспечивать стабильное качество и непрерывность оказания помощи.

### Структура лечебных услуг

Большинство программ на первых этапах оказывают клиентам высоко структурированные лечебные услуги, включая строгий токсикологический мониторинг, с постепенным снижением интенсивности услуг, по мере достижения результатов. В эффективных программах реализуется целый спектр стимулирующих мер и, в меньшей степени, принудительных мер для содействия в формировании нового поведения пациента. Поощрение положительного поведения, как, например, путем предоставления клиенту сертификата о завершении, помогает мотивировать к продолжению такого поведения. Отрицательное подкрепление и наказания необходимо применять намного реже; кроме того, такие меры должны приниматься вовремя и твердо (например, немедленное увеличение частоты анализов мочи при выявлении положительной пробы).

### Должен быть предусмотрен широкий спектр услуг

Учитывая разнообразие проблем, с которыми сталкиваются лица с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, вовлеченные в систему уголовного правосудия, важно, чтобы программа лечения надлежащим образом удовлетворяла дополнительные нужды пациентов, такие как обеспечение жильем, решение правовых, финансовых и семейных проблем.

### Для поддержания ремиссии необходима преемственность лечения, что включает последующее наблюдение

С тем чтобы не допустить возвращение пациента в мир криминала и наркотиков, лечение не должно заканчиваться с последним курсом, а предусматривать и последующее наблюдение. Сохранение результатов лечения требует наличия преемственности в лечении, помогающей пациенту совершить переход из исправительных условий лечения к микросоциальным. Без непрерывности обслуживания, результаты лечения, как правило, уменьшаются или теряются вовсе. К сожалению, предоставление непрерывного лечения сопряжено со множеством трудностей, как например: 1) фрагментированный характер системы уголовного правосудия; 2) недостаточное согласование действий работников системы уголовного правосудия и поставщиков лечебных услуг; 3) отсутствие стимулов и принуждений, которые бы позволили оградить пациентов от наркотиков в течение неконтролируемой фазы освобождения из мест лишения свободы; 4) отсутствие общинных лечебных программ; 5) поставщики лечебных услуг зачастую не обладают опытом лечения лиц, фигурировавших в уголовном производстве.

## **Лечение, как альтернатива лишению свободы**

Спустя годы увеличения численности заключенных, предпринимаются попытки найти альтернативы лишению свободы, в качестве меры сдерживания роста численности заключенных. Один из распространенных подходов — это определение лиц «пониженного риска» и организация для них интенсивного судебного или общинного

надзора в качестве альтернативы тюрьме. Это зачастую предполагает обязательное прохождение лечения на уровне микросоциума, как условие осуществления надзора. Такой подход принимается по нескольким причинам, одной из которых является то обстоятельство, что такой подход дает судам больше вариантов при вынесении приговора, экономит ресурсы и не позволяет разлучать семьи и общины. Меры, не связанные с лишением свободы, применительно к несерьезным преступлениям, связанным с наркотиками, в прямой форме предусматриваются конвенциями по борьбе с наркотиками.

#### Суды по делам, связанным с наркотиками

Суды по делам, связанным с наркотиками — это набирающий все большую популярность подход к поиску альтернатив лишению свободы. Специализированные суды (суды по делам, связанным с наркотиками) учреждаются в составе существующих административно-территориальных образований с целью курирования организации наркологического лечения под надзором суда и административного надзора за лицами, обремененными серьезными проблемами, связанными с наркотиками. Структура судов по делам, связанным с наркотиками, бывает разной, но большинство обязывает участников сдавать анализы мочи, проходить консультирование по лечению от наркозависимости, регулярно посещать судебных приставов или сотрудников по надзору за условно освобожденными, и зачастую также обязывает участвовать в группах взаимопомощи.

В отличие от обычного состязательного судебного процесса, суды по делам, связанным с наркотиками, считаются институтами поддержки, в рамках которых судьи хвалят и поощряют тех, кто успешно участвует в программах, а «наказания» предусматриваются только для тех, кто не соблюдает правила. Несмотря на многообещающие перспективы в качестве средства замены уголовной ответственности, суды по делам, связанным с наркотиками, зачастую ограничиваются рассмотрением ненасильственных дел, у фигурантов которых мало (или вообще нет) судимостей. В отдельных случаях, направление на суд по делам, связанным с наркотиками, осуществляется только после заявления о признании вины, в связи с чем лечение не предоставляется немедленно фигурантам еще рассматриваемых дел, которым срочно требуется лечение. Тем не менее, в большинстве программ судов по делам, связанным с наркотиками, лица, успешно оканчивающие программу, полностью избегают лишения свободы в СИЗО или тюрьмах, и во многих случаях им могут даже убрать некоторые судимости (например, связанные с наркотиками).

#### Меры общественного исправительного воздействия

Меры общественного исправительного воздействия — это еще одна альтернатива лишению свободы для тех лиц, у которых имеются серьезные проблемы, связанные с употреблением наркотиков. Лицо попадает под надзор, с тем условием, что любое нарушение может повлечь за собой лишение свободы. В дополнение к сдаче анализов на наркотики, обязательным проверкам на дому и обязательству не употреблять наркотики, надзор может предусматривать обязательное прохождение наркологического лечения. Для наиболее злостных преступников часто предусматривается строгий надзор в рамках probation (условного осуждения), который включает более частый мониторинг со стороны работников органов внутренних дел, а также более частые встречи. Использование «ежедневной отчетности» — это еще один вариант, при котором лица должны самостоятельно

отчитываться в отдел по условному осуждению и пробации на регулярной (обычно, ежедневной) основе. В некоторых странах имеются методы лечения, специально подобранные для тех, кто находится под строгим надзором и контролем через самостоятельную ежедневную отчетность. В качестве альтернативы, может также предусматриваться проживание в центрах социальной адаптации («домах на полпути») в переходный период после освобождения из мест лишения свободы и перед возвращением в социум. Освобожденные обязуются находиться на территории этих центров в то время, когда они не находятся на работе, в суде или в медицинских учреждениях. Центры социальной адаптации обычно проводят собрания по методике «12 шагов» и, в некоторых случаях, проводят лечение/реабилитацию.

### Лечение в рамках административного надзора

Лечение в рамках административного надзора — это процесс оказания лечебных услуг лицам, находящимся под административным (судебным) надзором. Как было описано выше, в этом случае лишение свободы заменяется контролем со стороны судов по делам, связанным с наркотиками, и другими формами административного надзора. Однако во многих случаях преступления, связанные с наркотиками, не влекут за собой наказания в виде лишения свободы. В этих случаях, лицо может быть помещено непосредственно под административный надзор, с обязательным прохождением лечения под контролем суда или органа пробации. Несмотря на определенное ограничение их свободы, лица, находящиеся под административным надзором имеют доступ к алкоголю и наркотикам в своем населенном пункте, в связи с чем возникает повышенный риск возвращения к употреблению наркотиков. И в отличие от заключенных, лица, находящиеся за пределами исправительных учреждений, зачастую сталкиваются с трудностями при удовлетворении основных нужд, таких как жилье и занятость, что усугубляет их повседневный стресс. С другой же стороны, проживание на свободе помогает им сохранять благоприятные отношения с семьей и решать проблемы, связанные с неблагоприятными отношениями (например, бытовое насилие).

### **Терапевтические вмешательства**

В общем случае, терапевтические вмешательства должны быть такими же, как и для населения в целом (как описывалось в предшествующих главах), с учетом некоторых факторов, связанных со спецификой лиц, по которым возбуждались уголовные дела. Тем не менее, лечение должно обязательно оставаться добровольным, проводимым только на основании информированного согласия. У всех лиц с доступом к лечебным услугам, включая лиц, находящихся под контролем системы уголовного правосудия, должно быть право на отказ от лечения.

В качестве первой стадии лечения часто необходимо проводить фармакологическую детоксикацию. В случае если в исправительном учреждении нет собственной базы для детоксикации, крайне важно, чтобы пациента направили в медицинское учреждение. Заставлять человека проходить через синдром отмены без медицинского вмешательства не только неэтично, но и потенциально опасно.

Амбулаторные подходы, предполагающие период интенсивного лечения, за которым следует менее интенсивное амбулаторное лечение, предусматривают плавное

снижение интенсивности лечения, что особенно хорошо подходит для лиц, проходящих интенсивное лечение в местах лишения свободы, и которым необходимо продолжение лечения, но с меньшей интенсивностью, как только они выйдут на свободу. Постепенное снижение интенсивности должно осуществляться в зависимости от достижения пациентом поставленных целей лечения.

Стационарное лечение с проживанием может предоставляться в специальных блоках на территории исправительного учреждения (тюрьмы). Такие программы особенно ценны для таргетирования отдельных групп риска, таких как молодые преступники, женщины, лица, страдающие психическими расстройствами. Специальная стационарная среда интернатного типа позволяет сводить к минимуму контакты с теми, кто может виктимизировать пациента (например, общий контингент тюрьмы) и позволяет конкретно воздействовать на проблемные области, актуальные для той или иной подгруппы (например, травмы у женщин, ставших жертвами насилия). От клиентов стационарных программ ожидается взаимодействие и совместная работа в повседневных делах, таких как приготовление пищи и стирка. При условии обучения решению проблем, навыкам общения и взаимодействия, постановке задач и совместной работы для достижения целей, такой метод лечения может быть весьма эффективным для лиц со стажем употребления наркотиков. Не следует, однако, ограничиваться одним только этим подходом: все стационарное лечение необходимо сопровождать непрерывным обслуживанием, продолжающимся по окончании стационарной программы.

Терапевтическая община (ТК) — это модель стационарного лечения, которую можно адаптировать для мест лишения свободы, и ее эффективность была доказана рандомизированными контролируемыми исследованиями (Smith и соавт., 2006). Тюремные программы терапевтических общин необходимо размещать в изолированном блоке исправительного учреждения, повторяя структуру и услуги аналогичных программ на свободе. Участие в такого рода лечебных программах должно быть добровольным, с допуском желающих заключенных из общего контингента ИУ. Некоторые вмешательства, которые применяются в рамках ТК, не доказали своей эффективности в снижении рецидивизма и употребления наркотиков, и поэтому их следует избегать. Такие неэффективные подходы, как правило, предполагают высоко регулируемый «военный» график, в сочетании с конфронтацией, контролем дисциплины и изменением поведения, имея целью привить заключенным дисциплинированность и сильное желание вести жизнь, свободную от наркотиков и преступлений, во избежание потрясения, каким является прохождение такого рода программы.

Группы взаимопомощи могут оказать столь важную поддержку лицам, восстанавливающимся от проблем, связанных с алкоголем или наркотиками. Группы взаимопомощи («анонимные наркоманы» или «анонимные алкоголики») существуют в различных средах общества, как в местах лишения свободы, так и на свободе. Поскольку многие из них имеют религиозный характер и отрицают необходимость применения медикаментов, важно учитывать эти факторы, прежде чем рекомендовать или обязывать кого-либо к участию в таких программах.

Фармакологическая терапия может являться одним из самых важных элементов лечения при отдельных расстройствах, связанных с употреблением ПАВ. Например, метадоновая и бупренорфиновая терапии являются стандартными методами лечения расстройств, связанных с употреблением опиатов, тогда как другие подходы, такие как детоксикация с последующим назначением налтрексона, могут обеспечивать профилактику рецидивов. Решение о включении медикаментозного лечения в общую методику лечения необходимо рассматривать в индивидуальном порядке, однако одно лишь обстоятельство прохождения по уголовному делу не должно являться основанием для рекомендации медикаментозного решения.

В целях сокращения риска передозировки опиатами после освобождения из места лишения свободы, лицам, употреблявшим опиаты в прошлом, а также их членам семьи и друзьям, необходимо выписывать налоксон на дом, с инструктажем по его применению для лечения передозировок.

#### **4.4.5 Конкретные требования к проведению лечения в условиях мест лишения свободы**

Лечение в местах лишения свободы сопряжено с широким рядом сложных проблем, которые необходимо решать. Это заключается как в решении организационных вопросов — например, кто будет заниматься лечением, где и когда оно будет проводиться — так и в принятии мер по обеспечению максимальной пользы от лечения.

Одна из наиболее сложных проблем состоит в надлежащем укомплектовании программы кадрами. В некоторых тюрьмах, штатные специалисты обучены оказанию медицинских услуг, тогда как в других исправительных учреждениях принято привлекать подрядчиков.

Решение об этом должно приниматься исходя из того, какой подход способен обеспечить наилучшие результаты при минимальных затратах, а в целом исход будет зависеть от качества оказываемых услуг, а не от порядка укомплектования штата.

В идеале, лиц, проходящих лечение, необходимо изолировать от общего контингента, в целях создания просоциальной обстановки. Возвращение лиц, поддерживающих ремиссию, к общему контингенту заключенных, может свести на нет те результаты, которые были достигнуты в ходе лечения, учитывая неблагоприятный климат, который зачастую характерен для общего контингента. Если создание изолированной среды для лечения не представляется возможным, необходимо принять меры по сведению к минимуму воздействия внешних факторов риска (например, предусмотреть разный график приема пищи и досуга). Оставшееся время до освобождения также влияет на терапевтические решения, поскольку лицо может быть выпущен на свободу, пройдя при этом лишь половину курса лечения. Учреждениям может понадобиться учесть оставшийся срок заключения, и затем предусмотреть завершение назначенных лечебных услуг до освобождения.

## Глава 5: Характеристики эффективной системы оказания услуг по лечению расстройств, связанных с употреблением наркотиков

### Введение

Эффективная национальная система лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков, требует согласованных и интегрированных действий с стороны множества субъектов, занятых реализацией политики и вмешательств, основанных на научных доказательствах, в различных условиях и с различными целевыми аудиториями и на различных этапах, с учетом степени тяжести расстройств, связанных с употреблением наркотиков. Система общественного здравоохранения лучше всего приспособлена возглавлять работу по лечению лиц, страдающих расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, как правило, в связке с социальными службами и другими общественными организациями. На уровне систем необходимо обеспечить, чтобы лечебные услуги были:

- в наличии
- доступными в плане снабжения
- доступными по цене
- научно обоснованными (с доказательной базой)
- диверсифицированными

Наличие услуг, подходящих для лечения пациентов с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, является самым первым шагом.

Доступность таких лечебных услуг — это наличие доступа к ним, что может быть связано с географическим расстоянием, порогом доступности, отношением к определенным группам населения и другими факторами.

Ценовая доступность лечебных услуг тесно связана с наличием у пациентов доступа к ним. Система лечения также должна укладываться в бюджет системы социальной защиты и здравоохранения, чтобы обеспечивалась устойчивость.

В настоящем документе уже подробно разбиралась доказательная база, вытекающее из нее качество обслуживания и что для этого нужно. Учитывая общую ограниченность в финансировании лечения расстройств, связанных с наркотиками, необходимо внедрять те вмешательства, которые обладают высокой степенью результативности, доказанной на практике.

Как и при любом другом расстройстве, какой-то один подход не сможет быть действенным во всех случаях, в связи с чем необходимо предусмотреть широкий

выбор различных вмешательств, в различных условиях и на различных этапах заболевания, с тем чтобы адекватным образом удовлетворять нужды лиц с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков. Поддержание ремиссии остается конечной целью всех видов лечения и ухода.

### Организационная модель системы лечения

Расстройства, связанные с употреблением наркотиков, можно различать по шкале тяжести и сложности. Система МКБ-10 (ВОЗ, 2011), в разделе «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ» (F10-F19), различает острую интоксикацию, употребление с вредными последствиями и синдром зависимости. Thorley (1980) различает аналогичным образом интоксикацию, регулярное или чрезмерное употребление и зависимость (рисунок «Модель употребления наркотических средств по Торли»). По данным Всемирного доклада УНП ООН по наркотикам за 2015 год, из 246 млн человек — что составляет чуть более 5% мирового населения в возрасте 15–64 лет — употребляющих нелегальные наркотики, порядка 27 млн человек являются «проблемными употребляющими наркотиками», и почти половину их составляют те, кто пользуются инъекциями (PWID) (УНП ООН, 2015).

### Модель употребления наркотиков по Торли



При разработке комплексной системы лечения в целях рационального распределения доступных ресурсов и наилучшим образом удовлетворять потребности пациента, ключевым ориентиром для общественного здравоохранения является принцип применения наименее инвазивного вмешательства, обеспечивающего наилучшую результативность и предельно низкую стоимость. Это — важный принцип для разработки или пересмотра системы лечения, обеспечивающий учет стандартов

лечения, описанных в настоящем материале.

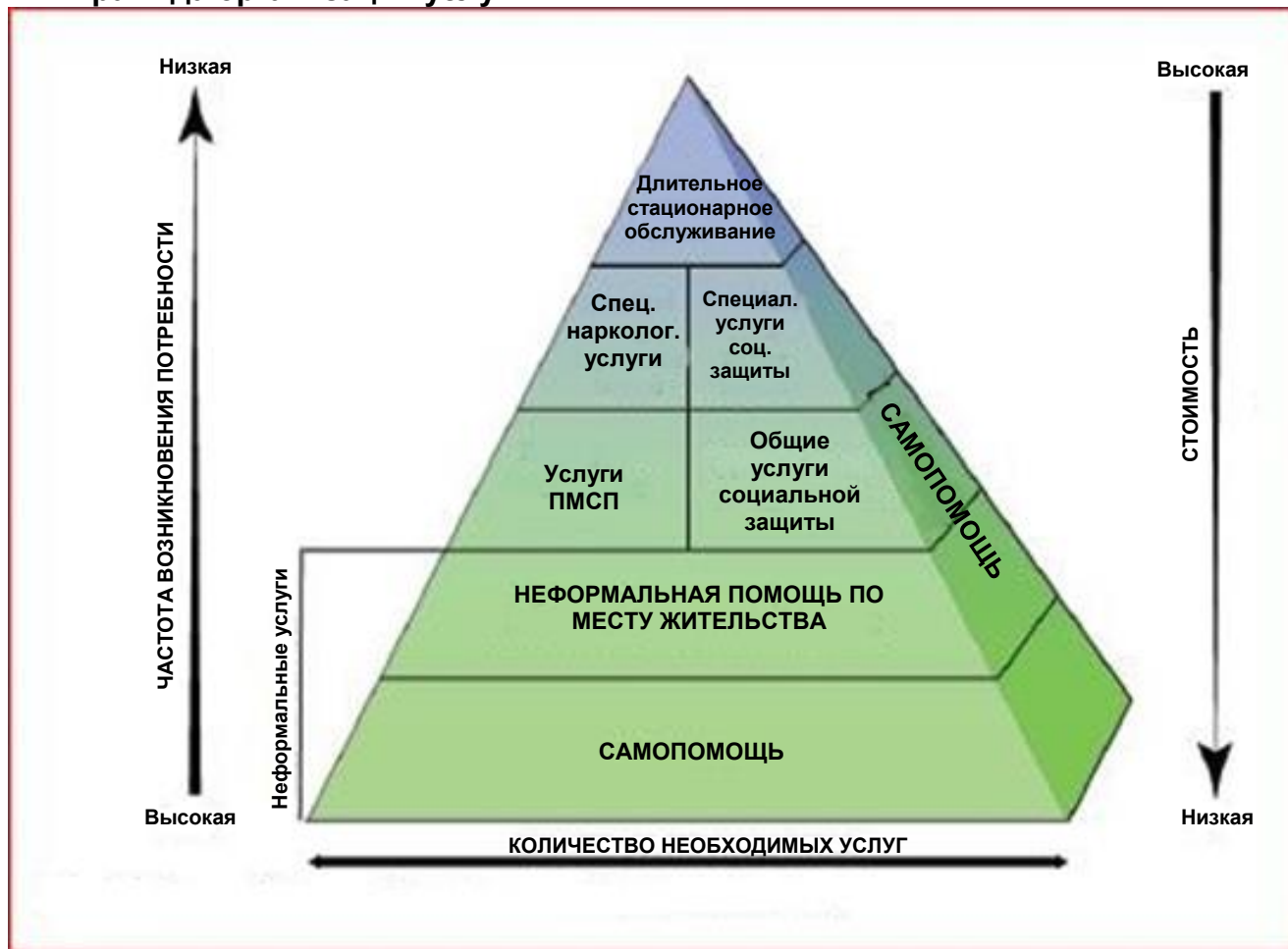
Научно доказанное лечение наркозависимости — это разумное вложение бюджетных средств по той причине, что стоимость лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков, являются низкими по сравнению с затратами, связанным с оставленной без лечения наркозависимостью (УНП ООН/ВОЗ, 2009). Соотношение экономии и вложений может превышать 12:1 за счет снижения связанной с наркотиками преступности, снижения затрат на систему уголовного правосудия и охраны правопорядка (NIDA, 2012).

В целом, интенсивность и уровень специализации услуг должны соответствовать

потребностям и тяжести зависимости у пациентов, а не выбираться по принципу шаблона. Очевидно, что человеку, употреблявшему наркотики один раз в жизни, потребуется совершенно иная категория и интенсивность помощи, нежели чем для человека с долгим стажем употребления наркотиков и другими связанными с этим социальными и медицинскими проблемами.

Как наглядно показано на пирамиде организации услуг (рисунок «Пирамида организации услуг»), большинство услуг необходимо оказывать при низкой интенсивности, и, в случае успешной реализации, они способны предупредить развития у пациентов более осложненных расстройств, связанных с употреблением наркотиков. Хотя и большее количество услуг будет относиться к менее интенсивному отрезку пирамиды, эти услуги также, как правило, менее специализированные и менее дорогостоящие, благодаря чему проектирование системы лечения в соответствии с данной пирамидой оказания услуг представляет собой более экономически эффективный подход, всегда при условии, что сами услуги всегда реализуются на основе имеющейся научной доказательной базы (рисунок «Пирамида организации услуг» и таблица «Рекомендуемые вмешательства на разных уровнях услуг»), как следует из остальных глав настоящего документа. Поскольку наркологические услуги на амбулаторном уровне, как правило, меньше нарушают жизнь пациентов и дешевле обходятся системе здравоохранения, такие услуги можно рекомендовать с точки зрения общественного здравоохранения, если это позволяет тяжесть зависимости пациента.

### Пирамида организации услуг



## Рекомендуемые вмешательства на разных уровнях услуг

| Уровень услуг                                               | Возможные вмешательства                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Неформальный общинный уход</b>                           | Аутрич<br>Группы взаимопомощи<br>Неформальная поддержка через друзей и семью                                                                                                                                                                                |
| <b>Услуги первичного медико-санитарного обслуживания</b>    | Обследование-скрининг, краткие вмешательства, базовое здравоохранение, направление<br>Продолжительная поддержка для лиц, проходящих лечение / контакт со специализированными службами<br>Базовые услуги здравоохранения включают первую помощь, лечение ран |
| <b>Общее социальное обеспечение</b>                         | Жилье/приюты, питание<br>Безусловная социальная поддержка<br>Обеспечение доступа к более специализированным медицинским и социальным услугам, по мере необходимости                                                                                         |
| <b>Специализированное лечение наркотической зависимости</b> | Оценка<br>Ведение пациентов<br>Планирование лечения<br>Детоксикация<br>Психосоциальные вмешательства<br>Медикаментозное лечение<br>Профилактика рецидивов<br>Услуги по поддержанию ремиссии                                                                 |
| <b>Специализированные медико-санитарные услуги</b>          | Психиатрическая помощь Медицина внутренних болезней<br>Стоматология<br>Лечение ВИЧ и гепатита С                                                                                                                                                             |
| <b>Специализированные услуги социальной помощи</b>          | Поддержка и воссоединение семьи<br>Профессиональное образование / образовательные программы Создание источников доходов / микрокредиты<br>Планирование досуга<br>Услуги по поддержанию ремиссии                                                             |

|                                                               |                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Долгосрочное стационарное обслуживание (с проживанием)</b> | Обеспечение жильем<br>Профессиональная подготовка<br>Защищенная среда<br>Обучение жизненным навыкам<br>Непрерывная терапевтическая поддержка<br>Услуги по поддержанию ремиссии |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Тем не менее, на практике слишком часто происходит чрезмерно вложение средств в высоко интенсивные и дорогостоящие лечебные услуги, находящиеся на вершине пирамиды. Это может приводить к ситуации, при которой люди с зависимостью низкой тяжести проходят высоко интенсивное лечение, что является нерациональным освоением бюджетных средств; вместо этого, целесообразно соотнести тяжесть расстройства с интенсивностью лечения в интересах получения наиболее благоприятных результатов и более рационального распределения ресурсов. Данные Всемирного доклада по наркотикам (УНП ООН, 2015) свидетельствуют о том, что в мире существует большой разрыв между количеством людей, желающих и могущих извлечь пользу из прохождения лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков, и количеством человек, которые в итоге проходят это лечение. Отсутствие услуг более низкого порога доступа и низкой интенсивности (как, например, краткие вмешательства на уровне первичной медико-санитарной помощи) может также приводить к тому, что люди, употребляющие наркотики, контактируют с системой здравоохранения только тогда, когда их расстройство приобретает тяжелую форму, вместо того, чтобы получать менее интенсивную (и менее дорогостоящую) поддержку на ранних этапах заболевания. Данные свидетельствуют о том, что интересующее население редко обследуется медработниками ПМСП (Ernst и соавт., 2007). Тем не менее, проведение скрининга и предварительного обслуживания на базе системы первичной медико-санитарной помощи является практически осуществимым вариантом, и поможет выявлять тех, кому больше всех требуется дополнительная поддержка в рамках специализированной наркологической службы, таким образом способствуя снижению общих затрат на здравоохранение.

Важное решение при планировании функциональной и устойчивой системы лечения наркозависимости связано с распределением ресурсов и услуг, оказываемых на разных уровнях медицинской и социальной систем. Доступные данные по спросу и предложению наркотиков на различных уровнях могут послужить ценной доказательной базой для проектирования системы лечения (УНП ООН, 2003).

Отсутствие данных или систем последовательного сбора данных не должно служить оправданием для неоказания услуг по лечению наркозависимости. Более того, некоторые показатели, такие как показатель спроса на лечение («востребованность услуг по решению проблем, связанных с наркотиками»), могут быть собраны только в том случае, если услуги по лечению наркозависимости уже предоставляются, с возможностью сбора данных на уровне пациентов.

Для разработки функциональной информационной системы по проблемам наркозависимости, необходима поддержка со стороны партнеров на всех уровнях и из различных областей, поскольку здесь роль играет не только технический компонент, но и процесс согласования государственной политики по национальной информационной системе и национального наблюдательного совета по проблемам наркозависимости. Справочно предоставляется пошаговое руководство по этому процессу (EMCDDA, 2010).

### **Организационная модель лечения: Лечение расстройств, связанных с употреблением наркотиков, по принципу «одного окна»**

Учитывая разнообразие потребностей людей, страдающих расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, в идеале, широкий спектр медицинских и социальных услуг должен быть доступен в буквальном смысле под одной крышей. Такое комплексное обслуживание, которое в потенциале способно устранить препятствия в оказании лечебных услуг (Rapp и соавт., 2006), можно отнести к принципу «одного окна», в рамках которого повышается доступность комплексного лечения наркозависимости и оказания помощи (рисунок «Принцип одного окна»).



## Принцип «одного окна»

Для обеспечения доступа, необходимо всегда предусматривать услуги низкого порога доступа (аутрич, без записи), с определенными механизмами направления на клиническое лечение и сопровождающую социальную помощь.

В ситуациях, при которых программа, включающая в себя все услуги («одно окно»), не может быть реализована, можно прибегнуть к разработке координированной комплексной преемственности обслуживания, включая различные компоненты системы ухода. Это включает в себя клинические услуги в качестве основного компонента, вместе с множеством вспомогательных услуг на уровне населенного пункта, которые следуют общей миссии и видению и согласованно функционируют друг с другом, а также в сцеплении с механизмами направления (см. ниже).

## Организационная модель лечения: Лечение наркозависимости на уровне микросоциума

УНП ООН опубликовало документ по передовой практике в области лечения наркозависимости на уровне микросоциума (УНП ООН, 2008) и методическую записку (УНП ООН, 2014) по той же теме, в которой предложены примеры со всего мира и подробное методическое руководство по элементам сети лечения на уровне микросоциума (рисунок «Модель лечения на уровне микросоциума»).



## Модель лечения на уровне микросоциума

В микросоциальной сети лечения могут формироваться широкомасштабные партнерские связи, не только между различными службами общественного здравоохранения и социальной защиты, но и с другими заинтересованными лицами и субъектами по месту жительства. Для согласования всех оказываемых услуг, целесообразно выработать местный терапевтический подход на уровне микросоциума, целью которого является оказание услуг с привлечением всех ресурсов, уже доступных по месту жительства. Лечебные услуги на уровне микросоциума образуют собой многофакторный и межатраслевой подход к решению проблем, возникающих у лиц с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков. Такой подход поощряет использование разнообразных методов лечения, поддержания ремиссии и улучшения качества жизни. Партнеры на уровне микросоциальной сети услуг должны тесно взаимодействовать и согласовывать свои действия для оказания пациенту наилучшей поддержки посредством эффективных стратегий направления и ведения пациентов, таким образом гарантируя преемственность лечения. Преимущество лечения на уровне микросоциальной сети состоит в том, что оно обеспечивает низкий порог и простоту доступа к различным видам лечения и ухода.

Среди ключевых принципов лечения наркозависимости и ухода на уровне микросоциума можно выделить следующие:

- Преемственность лечения, начиная от аутича, базовой поддержки и сокращения вредных факторов, связанных с употреблением наркотиков, и вплоть до социальной реинтеграции, что исключает наличие «неправильного» входа в систему
- Оказание услуг в рамках населенного пункта (микросоциума) — как можно ближе к месту проживания пациентов
- Минимальное нарушение социальных связей и занятости
- Включение в действующие службы здравоохранения и социальной помощи
- Включение и использование микросоциальных ресурсов, включая семей
- Участие людей, на которых отразилось употребление наркотиков и наркозависимость, семей и всего микросоциума в планировании и оказании услуг
- Комплексный подход, в котором учитываются различные потребности (здоровье, семья, образование, занятость, жилье) и поддержание ремиссии
- Тесное сотрудничество гражданского общества, правоохранительных органов и здравоохранения
- Проведение научно доказанных вмешательств
- Добровольное и основанное на информированном согласии участие в лечении
- Соблюдение прав человека и достоинства человека, включая конфиденциальность
- Понимание того, что рецидив — это часть процесса лечения, которая не должна препятствовать человеку снова получать доступ к лечебным услугам

Службы здравоохранения, такие как первичная медико-санитарная помощь, специализированные наркологические службы, больницы и клиники и социальные службы (доступ к жилью и приютам, талоны на питание и т.д.) являются ключевыми партнерами в рамках микросоциальной сети лечения и ухода. Более широкие партнерские отношения также можно развивать с другими субъектами, такими как

- Гражданское общество / НПО (например, предоставление аутрич-услуг, профессиональное образование, отдельные мероприятия последующего наблюдения)
- Полиция (роль в скрининге, направлении на лечение)
- Система уголовного правосудия (проведение лечения в местах лишения свободы, организация последующего наблюдения по месту жительства)
- Органы самоорганизации населения
- Организованные группы лиц, употребляющих наркотики, и лиц, поддерживающих ремиссию
- Члены семьи
- Организованные группы, объединяемые половой или этнической принадлежностью
- Образовательные и исследовательские учреждения
- Профессиональные организации (например, для предоставления правовой поддержки)
- Религиозные и общественные лидеры
- Отраслевые организации и предприятия сферы услуг (для создания профессиональных возможностей)
- Религиозные организации (например, предоставление ночлега)
- Молодежные организации и молодежные лидеры

Для того чтобы пациенты были связаны и направлялись на службы, удовлетворяющие их потребностям, крайне важно обеспечить организацию ведения пациентов. Координаторы по ведению пациентов работают с клиентом, другими членами медицинской группы, а также другими службами или организациями, с тем чтобы подобрать наилучшее сочетание вмешательств и поддержки. Ведение пациентов гарантирует постоянный доступ к сети направлений и вспомогательных сервисов, а также то, что ресурсы задействуются рационально. Координатор по ведению пациентов осуществляет непрерывную оценку текущих результатов лечения. Поскольку наркозависимость — это хроническое заболевание, вероятно, что у пациента возникнет рецидив и он снова обратится за помощью в сеть. На следующей схеме представлен порядок функционирования системы ведения пациентов с точки зрения человека, страдающего расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, который решил обратиться за помощью в систему помощи; как отмечалось ранее, важной особенностью такой системы является отсутствие «неправильного входа» в систему.

### **Модель ведения пациентов и лечения для тех, кто употребляет наркотики и подвержен воздействию расстройств, связанных с употреблением наркотиков**



### Модель непрерывного лечения: Устойчивое поддержанию ремиссии

Поддержанием ремиссии называется «[...] непрерывный процесс и опыт, через который индивиды, семьи и сообщества пользуются внутренними и внешними ресурсами для решения проблемы наркозависимости и употребления ПАВ, активно работая над снижением собственной уязвимости для таких проблем и улучшая свою способность вести здоровую, продуктивную и содержательную жизнь». (W. White, 2007). Поддержание ремиссии должно стать конечной целью на каждом этапе лечебного континуума, на каждой стадии заболевания и в различных клинических условиях (таблице «Рекомендуемые вмешательства на разных уровнях услуг»), от аутрича, базовой поддержки и сокращения вредных факторов, связанных с употреблением наркотиков, вплоть до социальной реинтеграции. Должна обеспечиваться преемственность услуг, с тем чтобы оказывать поддержку людям с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, и подчеркивать необходимость в реабилитации, реинтеграции и поддержании ремиссии. Такие услуги, которые совокупно могут называться «услугами по устойчивому поддержанию ремиссии», уже могут быть включены в функциональную микросоциальную сеть лечения наркозависимости и ухода. Пользование уже предоставляемыми услугами будет уменьшаться по мере того, как пациенты будут продвигаться в сторону устойчивого поддержания ремиссии.

Такие услуги (как и любые другие услуги по лечению наркозависимости вне опасных для жизни ситуаций) должны быть добровольными и иметь целью как можно меньше вмешиваться в жизнь человека, находящегося в состоянии поддержания ремиссии.

Услуги по поддержанию ремиссии могут оказываться в самых разных условиях и на различных стадиях заболевания, и могут включать, например, решение правовых проблем, создание источников дохода, одноранговую поддержку, социальную поддержку, последующее наблюдение за пациентом, центры социальной адаптации, профессиональное образование и другое. В документе о надлежащей практике УНП ООН (2008) по мероприятиям по поддержанию ремиссии, выделяются восемь областей капитала поддержания ремиссии, в качестве ориентировочных направлений работы и вмешательств на постоянной основе.

### Необходимые методы поддержки для достижения реабилитации и социальной реинтеграции



## Список использованных материалов

EMCDDA (2010). Building a national drugs observatory: a joint handbook.

Ernst D, Miller WR, Rollnick S (2007). Treating substance abuse in primary care: a demonstration project. *International Journal of Integrated Care*, vol. 7

NIDA (2012). Principles of drug dependence treatment. A Research based Guide. Third Edition). NIH Publication No. 12–4180

Rapp RC et al. (2006) Treatment barriers identified by substance abusers assessed at a centralized intake unit. *J Subst Abuse Treat.* 2006 Apr; 30(3): 227–235.

Smith LA, Gates S, Foxcroft D. Therapeutic communities for substance related disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD005338. DOI: 10.1002/14651858.CD005338.pub2

UNODC (2003). Developing an Integrated Drug Information System. Toolkit Module 1. United Nations. New York

UNODC (2008). Drug Dependence Treatment: Community Based Treatment. Good Practice Document.

UNODC (2008). Drug Dependence Treatment: Sustained Recovery Management. Good Practice Document.

UNODC (2014) Guidance for Community-Based Treatment and Care Services for People Affected by Drug Use and Dependence in Southeast Asia.

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

UNODC/WHO (2009). Principles of Drug Dependence Treatment. Discussion Paper.

Weisner C. et al.(2001). Integrating primary medical care with addiction treatment: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, vol. 286, No. 14, pp. 1715-1723.

World Health Organization (2009) Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. WHO, Geneva

World Health Organization (2010), *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) Manual for use in primary care* WHO, Geneva.

World Health Organization (2009-2015). MhGAP Evidence Resource Centre. Available online at: [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/evidence/en/](http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en/)

World Health Organization (2011). International Classification of Diseases and Related Health Problems. 10<sup>th</sup> Revision.

World Health Organization (2012), Guidance on Prevention of viral Hepatitis B and C among people who inject drugs. WHO, Geneva.

World Health Organization. (2014). Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. WHO, Geneva. Retrieved November 24, 2014., from [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107130/1/9789241548731\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107130/1/9789241548731_eng.pdf)

WHO (2015) Community management of opioid overdose. WHO, Geneva