

Международные стандарты лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств

ПЕРЕСМОТРЕННОЕ ИЗДАНИЕ
С УЧЕТОМ РЕЗУЛЬТАТОВ
ПОЛЕВЫХ ИСПЫТАНИЙ



Всемирная организация
здравоохранения



UNODC

Управление Организации Объединенных Наций
по наркотикам и преступности

Международные стандарты лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств

ПЕРЕСМОТРЕННОЕ ИЗДАНИЕ
С УЧЕТОМ РЕЗУЛЬТАТОВ
ПОЛЕВЫХ ИСПЫТАНИЙ



Всемирная организация
здравоохранения



UNODC

Управление Организации Объединенных Наций
по наркотикам и преступности

Международные стандарты лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств: пересмотренное издание с учетом полевых испытаний [International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing]

ISBN 978-92-4-001785-6 (Версия онлайн)

ISBN 978-92-4-001786-3 (Версия для печати)

© **Всемирная организация здравоохранения и Управление ООН по наркотикам и преступности, 2020 г.**

Некоторые права защищены. Настоящая публикация распространяется на условиях лицензии Creative Commons 3.0 IGO «С указанием авторства – Некоммерческая – Распространение на тех же условиях» (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Лицензией допускается копирование, распространение и адаптация публикации в некоммерческих целях с указанием библиографической ссылки согласно нижеприведенному образцу. Никакое использование публикации не означает одобрения ВОЗ или УНП ООН какой-либо организации, товара или услуги. Несанкционированное использование наименования или логотипа ВОЗ или УНП ООН не допускается. Распространение адаптированных вариантов публикации допускается на условиях указанной или эквивалентной лицензии Creative Commons. При переводе публикации на другие языки приводятся библиографическая ссылка согласно нижеприведенному образцу и следующая оговорка: «Настоящий перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) или Управлением ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН). ВОЗ и УНП ООН не несут ответственности за содержание или точность перевода. Аутентичным подлинным текстом является оригинальное издание на английском языке».

Урегулирование споров, связанных с условиями лицензии, производится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности (<https://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Образец библиографической ссылки: *Международные стандарты лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств: пересмотренное издание с учетом полевых испытаний [International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing].* Женева: Всемирная организация здравоохранения и Управление ООН по наркотикам и преступности; 2020. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Данные каталогизации перед публикацией (CIP). Данные CIP доступны по ссылке <http://apps.who.int/iris>.

Приобретение, авторские права и лицензирование. По вопросам приобретения публикаций ВОЗ см. <http://apps.who.int/bookorders>. По вопросам оформления заявок на коммерческое использование и направления запросов, касающихся права пользования и лицензирования, см. <http://www.who.int/about/licensing>.

Материалы третьих сторон. Пользователь, желающий использовать в своих целях содержащиеся в настоящей публикации материалы, принадлежащие третьим сторонам, например таблицы, рисунки или изображения, должен установить, требуется ли для этого разрешение обладателя авторского права, и при необходимости получить такое разрешение. Ответственность за нарушение прав на содержащиеся в публикации материалы третьих сторон несет пользователь.

Оговорки общего характера. Используемые в настоящей публикации обозначения и приводимые в ней материалы не означают выражения мнения ВОЗ или УНП ООН относительно правового статуса любой страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации границ. Штрихпунктирные линии на картах обозначают приблизительные границы, которые могут быть не полностью согласованы.

Упоминания определенных компаний или продукции определенных производителей не означают, что они одобрены или рекомендованы ВОЗ или УНП ООН в отличие от других аналогичных компаний или продукции, не названных в тексте. Названия патентованных изделий, исключая ошибки и пропуски в тексте, выделяются начальными прописными буквами.

ВОЗ и УНП ООН приняты все разумные меры для проверки точности информации, содержащейся в настоящей публикации. Однако данные материалы публикуются без каких-либо прямых или косвенных гарантий. Ответственность за интерпретацию и использование материалов несет пользователь. ВОЗ и УНП ООН не несут никакой ответственности за ущерб, связанный с использованием материалов.

Перевод на русский язык выполнен Elena Labtsova. ВОЗ не несет ответственности за его содержание и точность. В случае любого несоответствия между английской и русской версией, оригинальная версия на английском языке должна приниматься в качестве обязательной и подлинной.

Содержание

Выражение благодарности	v
-------------------------	---

Глава 1. Введение	1
-------------------	---

1.1 Задачи и целевая аудитория Международных стандартов	1
1.2 Разработка <i>Стандартов</i>	2
1.3 Употребление наркотических средств, расстройства, связанные с употреблением наркотических средств, и потребности в лечении	3

Глава 2. Основные принципы и стандарты лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств	7
---	---

Принцип 1. Необходимость обеспечить наличие, доступность, привлекательность и адекватность лечения	8
Принцип 2. Соблюдение этических норм при проведении лечения	9
Принцип 3. Содействие лечению расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, посредством эффективной координации между системой уголовного правосудия и системами здравоохранения и социального обеспечения	10
Принцип 4. Лечение должно основываться на научных доказательствах и отвечать специфическим потребностям лиц с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств	11
Принцип 5. Реагирование на особые нужды лечения и ухода среди групп населения	12
Принцип 6. Обеспечение надлежащего клинического управления услугами и программами лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств	13
Принцип 7. Услуги, стратегии и процедуры лечения должны поддерживать комплексный подход к лечению, а взаимосвязь с дополнительными службами требует постоянного мониторинга и оценки	14

Глава 3. Системы лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств	15
---	----

3.1 Системный уровень предоставления услуг	15
3.2 Организация системы лечения	16
3.2.1 Вмешательства, предлагаемые для различных уровней системы	18
3.3 Планирование и финансирование систем лечения	19
3.4 Модели организации услуг	19
3.4.1 Подход с использованием принципа «одного окна»	19
3.4.2 Подход с использованием микросоциальной сети на уровне сообщества	20
3.4.3 Устойчивое поддержание ремиссии	23
3.5 Эффективные системы лечения: выводы	24

Глава 4. Формы, методы и терапевтические вмешательства при оказании помощи 26

4.1	Формы оказания помощи	28
4.1.1	Аутрич на уровне местного сообщества	28
4.1.2	Учреждения, не специализирующиеся на лечении людей с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков	33
4.1.3	Специализированное амбулаторное лечение	36
4.1.4	Специализированное краткосрочное лечение в стационаре	40
4.1.5	Специализированное долгосрочное или реабилитационное лечение	45
4.2	Терапевтические методы и вмешательства	54
4.2.1	Скрининг, краткосрочные вмешательства и направление на лечение	54
4.2.2	Научно обоснованные психосоциальные вмешательства	56
4.2.3	Научно обоснованные фармакологические вмешательства	59
4.2.4	Выявление и ведение передозировки	65
4.2.5	Лечение сопутствующих нарушений психического и соматического здоровья	67
4.2.6	Поддержание ремиссии	71

Глава 5. Группы населения с особыми потребностями в помощи и лечении 77

5.1	Беременные женщины с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств	77
5.1.1	Описание	77
5.1.2	Модели и компоненты	78
5.1.3	Лечение новорожденных, находившихся под внутриутробным пассивным воздействием опиоидов.....	83
5.1.4	Подготовка персонала и ведение документации	84
5.2	Дети и подростки с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ	85
5.2.1	Описание	85
5.2.2	Модели и компоненты.....	86
5.3	Расстройства, связанные с употреблением наркотиков, у людей, находящихся в контакте с системой уголовного правосудия	89
5.3.1	Описание	89
5.3.2	Модели и компоненты	90
5.3.3	Лечение как альтернатива уголовной ответственности	93
5.3.4	Лечение в местах лишения свободы	95

Библиография 97

Выражение благодарности

Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности и Всемирная организация здравоохранения хотели бы выразить признательность перечисленным ниже лицам и организациям за их бесценный вклад в разработку *Стандартов*.

Международной группе экспертов за предоставление необходимых научных данных и методическую помощь, а также за разработку рабочего варианта *Стандартов*, представленного к полевым испытаниям, в том числе: д-ру David Basangwa, Уганда; д-ру Adam Bisaga, Соединенные Штаты Америки (США); д-ру Sandra Brown, США; д-ру Thom Browne, США; д-ру Kathleen Carroll, США; д-ру Michael Clark, США; д-ру Loretta Finnegan, США; д-ру Gabriele Fischer, Австрия; д-ру Hendree Jones, США; д-ру Martien Kooyman, Нидерланды; д-ру Евгению Крупицкому, Российская Федерация; д-ру Otto Lesch, Австрия; д-ру Icro Maremmani, Италия; д-ру Douglas Marlowe, США; д-ру Andrew Thomas McLellan, США; д-ру Edward Nunes, США; д-ру Isidore Obot, Нигерия; д-ру John Strang, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии; д-ру Emilis Subata, Литва; д-ру Marta Torrens, Испания; д-ру Roberto Tykanori Kinoshita, Бразилия; д-ру Riza Sarasvita, Индонезия; д-ру Willem Van Den Brink и д-ру Lucas George Wiessing, Нидерланды; Европейскому центру мониторинга наркотиков и наркомании (ЕЦМНН), в частности д-ру Marica Ferri; Национальному институту по вопросам злоупотребления наркотиками (NIDA), США, в частности д-ру Steve Gust; Межамериканской комиссии по борьбе со злоупотреблением наркотиками (CICAD), в частности г-же Alexandra Hill; Управлению службы лечения наркотической зависимости и психических расстройств (SAMHSA), США, в частности г-ну Humberto Carvalho; международной организации «План Колумбо», в частности г-же Veronica Felipe, г-ну Bian How Tay и г-же Winona Pandan.

Особая благодарность выражается д-ру Gilberto Gerra, УНП ООН, и д-ру Vladimir Poznyak, ВОЗ, за координацию совместных усилий УНП ООН и ВОЗ в рамках Программы УНП ООН–ВОЗ по лечению наркозависимости и оказанию наркологической помощи.

Особая благодарность выражается также сотрудникам и консультантам ВОЗ, в частности д-ру Shekhar Saxena и д-ру Nicolas Clark за внесенный ими значительный вклад в разработку рабочего варианта *Стандартов*, представленного к полевым испытаниям; д-ру Dzmity Krupchanka за ключевую роль в планировании и проведении полевых испытаний *Стандартов*, анализе результатов полевых испытаний и последующем пересмотре данного документа; д-ру Andrew Ball, д-ру Gilles Forte и г-же Annette Verster за их вклад в окончательную доработку настоящего документа, а также д-ру Dévora Kestel за общее руководство и поддержку на заключительных этапах разработки документа; д-ру Luis Alfonso (Панамериканская организация здравоохранения (ПАОЗ) и д-ру Khalid Saeed (Региональное бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья) за оказанную ими поддержку при проведении полевых испытаний в Американском регионе ВОЗ и Восточно-Средиземноморском регионе ВОЗ; а также следующим консультантам и интернам ВОЗ за их вклад в анализ данных (в алфавитном порядке): г-же Elise Gehring, г-же Aikaterini Georgopoulou, г-же Eloise Harrison, г-же Ruchika Jain, г-ну Cesar Leos-Toro и д-ру Nirvana Morgan.

Следующие сотрудники УНП ООН внесли значительный вклад в составление, разработку и доработку *Стандартов* (в алфавитном порядке): г-жа Anja Busse, г-жа Giovanna Campello, д-р Igor Koutsenok, г-жа Elizabeth Mattfeld, д-р Elizabeth Saenz, д-р Wataru Kashino. Консультанты УНП ООН г-жа Christina Gamboa, г-н Jan-Christopher Gumm и г-жа Olga Parakkal оказали помощь при разработке рабочего варианта *Стандартов* и в процессе полевых испытаний. Г-жа Annette Dale-Perera внесла неоценимый вклад в анализ и пересмотр *Стандартов*.

Следующие лица и организации сыграли ключевую роль при проведении полевых испытаний рабочего варианта *Стандартов* (в алфавитном порядке): д-р Atul Ambekar (Национальный центр лечения наркозависимости, Индия); д-р Sawitri Assanangkornchai и д-р Uriwan Pattanasttayawong (Университет принца Сонгкла, Таиланд); д-р Eva Suryani (Католический университет Аتما Джая в Индонезии, Индонезия); д-р José Manoel Bertolote (Медицинская школа Ботукату, Бразилия); д-р Adrian Dunlop (Клиническая служба по проблемам наркомании и алкоголизма, Новый Южный Уэльс, Австралия); д-р Carlos Ibáñez (Факультет психиатрии и психического здоровья, Чилийский университет, Сантьяго-де-Чили, Чили); д-р María Elena Medina-Mora (Национальный институт психиатрии, Мексика); д-р Afarin Rahimi-Movaghar (Иранский национальный центр наркологических исследований, Исламская Республика Иран); д-р Min Zhao и д-р Na Zhong (Шанхайский центр психического здоровья, Китай).

Следующие лица предоставили дополнительные комментарии к рабочему варианту *Стандартов*: д-р Олег Айзберг и д-р Алексей Александров (Белорусская медицинская академия последипломного образования, Беларусь); д-р Kathleen T. Brady и д-р Khan Riaz Ahmad (Правление Международного общества наркологов); д-р Geert Dom (Европейская федерация наркологических сообществ); д-р Yasser Khazaal (Госпиталь Женевского университета, Швейцария); д-р Michael P. Schaub (Швейцарский научно-исследовательский институт общественного здравоохранения и наркологии, Швейцария); д-р Tuukka Tammi (Национальный институт здравоохранения и социального обеспечения, Финляндия).

Особая признательность выражается также сотням врачей-клиницистов, руководителей служб, специалистов в сфере общественного здравоохранения, исследователей, пользователей услуг, представителей академических кругов и групп гражданского общества, которые приняли участие в полевых испытаниях на базе перечисленных выше организаций или высказали комментарии в отношении более ранних редакций настоящего документа.

Следующие административные сотрудники УНП ООН и ВОЗ последовательно оказывали организационную поддержку на протяжении всего процесса разработки данных Международных стандартов: г-жа Caecilia Handayani-Hassmann, г-жа Emilie Finkelstein, г-жа Nataliya Graninger, г-жа Divina Maramba и г-н Bojan Misosavljevic.

Сотрудники региональных отделений УНП ООН и страновых офисов ВОЗ оказали огромную поддержку в ходе полевых испытаний *Стандартов* и в осуществлении проекта в целом.

Г-жа Dorothy Lusweti (Швейцария) отредактировала данный документ.

Не в последнюю очередь, но не менее искренне, ВОЗ и УНП ООН хотели бы выразить признательность за финансовую поддержку, предоставленную Бюро по международным аспектам проблемы наркотиков и правоохранительной деятельности Государственного департамента США в процессе разработки, полевых испытаний и окончательной доработки *Стандартов*.

ГЛАВА 1

Введение

1.1 Задачи и целевая аудитория Международных стандартов

Настоящий документ, «Международные стандарты лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств» (далее *Стандарты*), является результатом совместной работы УНП ООН и ВОЗ по поддержке государств-членов в их усилиях по разработке и продвижению эффективных, основанных на фактических данных и соответствующих принципам этики методов лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств.

Стандарты предназначены для всех, кто участвует в формировании политики, планировании, финансировании, осуществлении, мониторинге и оценке вмешательств и услуг по лечению расстройств, связанных с употреблением наркотических средств.

Настоящий документ основан на имеющихся в настоящее время научных данных в отношении лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических веществ, и является основой для применения *Стандартов* в соответствии с принципами общественного здравоохранения. *Стандарты* определяют основные компоненты и характеристики эффективных систем лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств. Методы лечения и вмешательства, отвечающие потребностям людей на различных этапах и при разной степени тяжести расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, описываются так же, как описывается лечение любого хронического заболевания или нарушения здоровья.

Стандарты носят рекомендательный характер, и, следовательно, национальным и местным терапевтическим службам или системам не следует пытаться обеспечить осуществление всех содержащихся в этом документе стандартов и рекомендаций одновременно. Тем не менее, с течением времени и с учетом постоянно улучшающегося качества в целях «научно обоснованной и соответствующей этическим принципам практики» можно и следует ожидать формирования более четко организованных, более эффективных и лучше соответствующих принципам этики систем и служб оказания помощи людям с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств.

УНП ООН и ВОЗ предлагают всем, что отвечает за формирование, планирование, финансирование, осуществление и мониторинг местной и национальной политики, а также тем, кто отвечает за оценку лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, сопоставить местные системы и услуги по лечению таких расстройств с положениями *Стандартов*. Цель состоит в том, чтобы выявить пробелы и области, которые не соответствуют *Стандартам*, и совместно с соответствующими заинтересованными сторонами провести работу по совершенствованию систем и услуг. Хотя многие принципы и разделы *Стандартов* могут быть применены к лечению других психических расстройств и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (например вызванных употреблением алкоголя или табака), основной приоритетной областью *Стандартов* являются расстройства, связанные с употреблением наркотических средств.

Настоящий документ служит основой, но ни в коем случае не содержит всех необходимых деталей организации, функционирования и развития услуг. Для этих целей могут быть использованы дополнительные инструменты,

такие как руководства по лечению, информационно-обучающие материалы и комплекты документов по вопросам внедрения, мониторинга и оценки. *Стандарты* сохраняют определенную степень гибкости, чтобы гарантировать возможность их использования в различных социальных, культурных и нормативно-правовых условиях.

1.2 Разработка *Стандартов*

В 2009 г. международное сообщество призвало УНП ООН и ВОЗ разработать стандарты лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств. Данный призыв прозвучал в форме Политической декларации и Плана действий по налаживанию международного сотрудничества в целях выработки комплексной и сбалансированной стратегии борьбы с мировой проблемой наркотиков, принятых на этапе заседаний высокого уровня пятьдесят второй сессии Комиссии по наркотическим средствам. УНП ООН и ВОЗ совместно создали Глобальную программу по лечению наркозависимости и оказанию наркологической помощи в поддержку научно обоснованных и опирающихся на этические принципы тактик лечения, стратегий и вмешательств, направленных на сокращение бремени для здоровья и общественного развития, которое обусловлено расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств. С этой целью обе указанные организации стремились распространить передовые практики лечения и обеспечить такое же качество и такую же физическую и ценовую доступность лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, которые предоставляются системами здравоохранения при лечении любого другого хронического заболевания.

УНП ООН и ВОЗ разработали исходные компоненты *Стандартов*, опираясь на анализ существующих стандартов, руководств и рекомендаций по передовым практикам лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств. Отбор стандартов, руководств и рекомендаций осуществлялся путем анализа литературы, а также с учетом результатов предшествующих инициатив и публикаций УНП ООН и ВОЗ в отношении лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, таких как *Принципы лечения наркотической зависимости* (УНП ООН и ВОЗ, 2008), Проект УНП ООН TreatNet (UNODC, 2012), соответствующие руководства, мероприятия и технические инструменты ВОЗ.

УНП ООН и ВОЗ с соблюдением собственных правил и процедур сформировали группу международных экспертов, имеющих опыт работы с документами применительно к различным областям лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических веществ, которые проанализировали предложенную исходную версию *Стандартов*, выявили пробелы и согласовали компоненты, ставшие основой рабочего варианта данного документа. Эксперты провели анализ и окончательную доработку исходного рабочего варианта, принимая во внимание результаты консультативного процесса и комментарии, которые были получены при рецензировании.

Международные стандарты лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических веществ (2016 г.), были представлены на заседании Комиссии по наркотическим средствам (КНС) 2016 г. в виде рабочей версии для полевых испытаний. В заключительном документе специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН (ССГАООН) 2016 г. по мировой проблеме наркотиков (ООН, 2016) и резолюции 59/4 КНС 2016 г. (КНС, 2016) «Разработка и распространение международных стандартов лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств» подчеркивается важность распространения *Стандартов* в целях популяризации сбалансированного и учитывающего интересы охраны здоровья подхода к лечению расстройств, связанных с употреблением наркотических средств.

ВОЗ в тесном сотрудничестве с УНП ООН провела полевые испытания *Стандартов* с целью оценить их полноту, приемлемость, применимость, практическую осуществимость и возможности использования с целью оценки, а также выявить области, требующие совершенствования. Методы, использовавшиеся в ходе полевых испытаний, включали опросы, фокус-группы, экспертные оценки и изучение соответствия услуг *Стандартам*. Полевые испытания проводились в странах с весьма различными системами здравоохранения, в том числе в Австралии, Бразилии, Индии, Индонезии, Исламской Республике Иран, Китае, Мексике, Таиланде и Чили. В проводившемся в рамках полевых испытаний опросе приняли участие 1200 работников здравоохранения, а 43 эксперта из стран, участвовавших в полевых испытаниях, предоставили подробные отзывы о рабочем варианте *Стандартов*. Кроме того, 43 фокус-группы с участием более 300 человек обсудили *Стандарты*, которые также были представлены и обсуждены на международных форумах, в том числе: на региональном рабочем совещании ВОЗ по наращиванию потенциала в области ведения и лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных средств, проведенном на базе Национального реабилитационного центра в Абу-Даби (Объединенные Арабские Эмираты); на межучрежденческом совещании по стандартам оказания помощи проблемным потребителям наркотиков в Американском регионе ВОЗ, которое проводилось Панамериканской организацией здравоохранения в Вашингтоне, округ Колумбия; на первом и втором Форумах ВОЗ по проблемам алкоголя, наркотиков и

аддиктивного поведения; на совещании экспертной группы в Вене во время Международной конференции по вопросам профилактики и лечения наркомании и оказания наркологической помощи Международного общества специалистов по профилактике и лечению употребления психоактивных веществ. Кроме того, в ходе полевых испытаний несколькими профессиональными организациями и организациями гражданского общества, включая организации пользователей услуг, было предложено предоставить отзывы о *Стандартах*. После анализа предварительных результатов полевых испытаний УНП ООН и ВОЗ в феврале 2018 г. в Вене было созвано совещание группы экспертов с целью обсудить процесс анализа и внесение ключевых изменений в документ по окончании полевых испытаний. К числу таких изменений относилось изменение общей структуры документа, доработка нескольких разделов, таких как разделы, посвященные аутрич-работе на уровне местного сообщества, а также обеспечение последовательности и беспристрастности терминов, используемых в документе. Должностные лица ВОЗ и УНП ООН оценили представленные участниками заранее декларации о наличии/отсутствии конфликта интересов и, в соответствии с правилами и процедурами ВОЗ, учли их содержание при проведении обсуждений. Данная редакция *Стандартов* представляет собой пересмотренную версию с учетом итогов полевых испытаний.

Основная задача при разработке *Стандартов* заключалась в оказании помощи в организации и предоставлении услуг по лечению. *Стандарты* призваны служить руководством в отношении того, как организовать осуществление вмешательств, но не в отношении того, какие вмешательства следует использовать при лечении расстройств, связанных с употреблением наркотических средств. Тем не менее, имеющиеся рекомендации ВОЗ относительно лечебных вмешательств включены в Главу 4, содержащую ссылки на имеющиеся руководства ВОЗ, которые подвергаются регулярному пересмотру и обновлению.

Стандарты будут полезны лицам, ответственным за формирование политики, организаторам здравоохранения и социальных служб, а также специалистам-практикам, которые работают с людьми, имеющими расстройства, связанные с употреблением наркотических средств, во всем мире. *Стандарты* призваны способствовать осуществлению задачи 3.5 принятой ООН Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. в части улучшения профилактики и лечения зависимости от психоактивных веществ, а также в отношении обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения людей с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств (ВОЗ, 2019b, WHO, 2019c). *Стандарты* будут также способствовать оценке и постоянному совершенствованию услуг, наряду с выработкой новых мер политики и созданием систем лечения. Это эффективное вложение в будущее людей с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, а также в их семьи и сообщества.

1.3 Употребление наркотических средств, расстройства, связанные с употреблением наркотических средств, и потребности в лечении

Употребление психоактивных или наркотических средств и психотропных веществ без медицинского наблюдения сопряжено со значительными рисками для здоровья. По этой причине производство, продажа, распространение и употребление многих из таких веществ регулируется международными договорами (такими как Единая конвенция о наркотических средствах 1961 г., Конвенция о психотропных веществах 1971 г. и Конвенция о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 г. Организации Объединенных Наций) во избежание негативных последствий, которые могут представлять угрозу здоровью и безопасности (ООН, 1961, 1971, 1988).

На протяжении многих лет к традиционным наркотикам относились психоактивные вещества, получаемые из растений, такие как кокаин, героин и конопля, потреблявшиеся в тех же регионах, где выращивались, или на торговых путях к конечному рынку сбыта. Рост мировой торговли и туризма ведет к глобализации рынка веществ растительного происхождения, которые ранее были в основном сосредоточены в конкретных регионах. В последние десятилетия стали более доступны и употребляются во всех регионах новые психоактивные вещества, синтезированные в незаконно существующих лабораториях.

В подготовленном УНП ООН *Всемирном докладе о наркотиках 2019 г.* приводятся расчетные данные о том, что около 271 млн человек, то есть 5,5% людей в возрасте от 15 до 64 лет во всем мире, хотя бы один раз употребляли запрещенные наркотики в 2017 г. Примерно у 35 млн человек, употреблявших наркотики (0,7% взрослого населения) наблюдаются расстройства, связанные с употреблением наркотических средств. Часть расстройств, связанных с употреблением наркотиков, связана с немедицинским использованием рецептурных препаратов, таких как синтетические опиоидные анальгетики (препараты для купирования болевого синдрома), анксиолитики (препараты для лечения тревожных расстройств и связанных с ними нарушений здоровья), снотворные

средства (препараты для лечения нарушений сна) или психостимуляторы (часто используемые при ведении синдрома дефицита внимания и гиперактивности). Повышение доступности сильнодействующих опиоидов и их использование при ведении пациентов с постоянной хронической болью в последние 10 лет в некоторых регионах мира привело к резкому увеличению смертности от передозировки опиоидов. Из 11 млн человек в мире, употреблявших инъекционные наркотики в 2017 г., каждый восьмой живет с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), а более половины – с вирусом гепатита С (ВГС). В 2017 г. около полумиллиона смертей во всем мире были связаны с употреблением наркотиков (UNODC, 2019).

Хотя страны всего мира сообщают о росте употребления новых психоактивных веществ, замещения такими веществами более широкомасштабного употребления традиционных наркотиков не произошло (UNODC, 2019). Хотя одной из ведущих угроз здоровью населения по-прежнему остаются опиоиды, стимуляторы амфетаминового ряда демонстрируют лишь незначительное отставание.

Не менее чем у 8% людей, начавших употреблять психоактивные вещества, со временем разовьется расстройство, связанное с употреблением наркотических средств, причем характер расстройства может существенно различаться в зависимости от класса психоактивных веществ (Wagner and Anthony, 2002; Lopez-Quintero et al., 2011). Согласно международной классификации болезней (МКБ) 11-го пересмотра (WHO, 2019a) термин «расстройство, связанное с употреблением наркотических средств» включает два основных нарушения здоровья: «употребление с вредными последствиями» и «синдром зависимости». Употребление с вредными последствиями определяется как постоянное, повторяющееся или спорадическое употребление наркотического средства, наносящее клинически значимый вред физическому (включая передачу инфекции через кровь при самостоятельном введении наркотика внутривенно) или психическому (вызванное употреблением психоактивных веществ расстройство настроения) здоровью или обуславливающее поведение, приводящее к причинению вреда здоровью других людей. Синдром зависимости определяется в МКБ-11 как повторяющееся или постоянное употребление психоактивного вещества с фактически подтвержденным нарушением регуляции употребления данного наркотического средства, что проявляется двумя или более из следующих признаков: а) нарушение контроля над употреблением психоактивного вещества (включая начало, частоту, интенсивность, продолжительность, прекращение и контекст употребления); б) повышение приоритетности употребления наркотического средства над другими аспектами жизни, включая сохранение здоровья, выполнение повседневных действий и обязанностей, таким образом, что употребление наркотического средства продолжается или усиливается, несмотря на причинение вреда или наступление неблагоприятных последствий (включая повторяющиеся разрывы отношений, последствия для работы или обучения, а также неблагоприятное воздействие на здоровье); в) физиологические особенности,² свидетельствующие о нейроадаптации к психоактивному веществу, в том числе: 1) повышение толерантности к эффектам психоактивного вещества или необходимость в увеличении дозы употребляемого психоактивного вещества для достижения того же эффекта; 2) абстинентное состояние (синдром отмены) после прекращения или сокращения употребления указанного вещества; 3) повторное использование психоактивного вещества или фармакологически сходного вещества для предотвращения или облегчения симптоматики синдрома отмены.

«Расстройства, связанные с употреблением наркотических средств» составляют более широкую категорию нарушений здоровья, включающую наркотическую интоксикацию, синдром отмены и широкий спектр обусловленных действием наркотиков нарушений психического здоровья. Расстройства, связанные с употреблением наркотических средств, часто сопровождаются выраженным стремлением к употреблению психоактивных веществ, которое может сохраняться или легко возобновляться даже после длительного периода воздержания. Очень часто расстройства, связанные с употреблением наркотических средств, ассоциированы с опасным или вредным употреблением других психоактивных веществ, таких как алкоголь или никотин, или с алкогольной и никотиновой зависимостью.

В основе наркотической зависимости лежит сложное динамическое взаимодействие биологических, психологических и социальных факторов. Нейробиологические механизмы варьируются от наследственной генетической предрасположенности до нарушения нейрональных путей в тех областях мозга, которые отвечают за регулирование таких функций, как мотивация, получение удовольствия, память и обучение (WHO, 2004; Koob and Volkow, 2016). Различные психосоциальные факторы могут повышать риск как приобщения к употреблению наркотических средств, так и развития расстройств, связанных с употреблением наркотических средств. Семейные факторы, такие как лишение заботы в детстве, жестокое обращение с детьми и пример родителей, употребляющих психоактивные вещества, могут способствовать формированию пагубных моделей употребления наркотических средств и наркотической зависимости. Доказано, что на уровне общества в целом или местных сообществ нищета, перемещение, благоприятствующие употреблению наркотических средств нормы и средства массовой информации способствуют повышению предрасположенности к расстройствам, связанным с употреблением наркотических средств (UNODC, 2015).

Помимо расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, у некоторых употребляющих наркотики людей развиваются другие нарушения здоровья, зачастую ассоциированные с рисками для здоровья

² Примечание: физиологические особенности проявляются применительно лишь к определенным веществам.

и поведением, связанными с употреблением наркотических средств. Потребители инъекционных наркотиков подвергаются высокому риску заражения инфекциями, передающимися через кровь, такими как ВИЧ или ВГС, а также инфицированию туберкулезом (ТБ). Возрастает риск смертельной передозировки, дорожно-транспортного травматизма и иных видов травм, сердечно-сосудистых заболеваний и проблем с печенью, а также риск насилия и самоубийств. Наркозависимость связана с сокращением ожидаемой продолжительности жизни: уровень смертности среди людей с опиоидной зависимостью существенно выше, чем ожидаемые показатели для населения в целом и смерть чаще наступает в более молодом возрасте (Degenhardt et al., 2018; GBD 2017 Risk Factor Collaborators, 2018).

Связь между расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, и другими расстройствами психического здоровья очень сложна. Зачастую иное нарушение психического здоровья предшествует началу употребления психоактивных веществ, что обуславливает повышенный риск развития расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, у потребителей (WHO, 2004). Другие нарушения психического здоровья могут развиваться в дополнение к расстройству, связанному с употреблением наркотических средств, отчасти вследствие биологических изменений в головном мозге, которые являются результатом употребления психоактивных веществ. Риск развития наркозависимости и психиатрических осложнений особенно высок у детей и молодых людей, которые подвергаются хроническому воздействию наркотических веществ прежде, чем их мозг становится полностью зрелым, что происходит к 25 годам (J. Conrod and Nikolaou, 2016; Silveri et al., 2016).

Проводившиеся на протяжении многих лет медицинские исследования позволяют сделать вывод о том, что наркозависимость – это комплексное расстройство, возникающее под воздействием многих факторов, биологические и психосоциальные механизмы развития которого подробно описаны. Научные достижения позволили разработать эффективные вмешательства в области лечения и ухода, позволяющие поддержать лиц с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, в процессе изменения поведения с целью улучшить состояние их здоровья. В целом подход общественного здравоохранения к употреблению наркотических средств и расстройствам, связанным с употреблением наркотических средств, позволил разработать мероприятия, ведущие к сокращению краткосрочного и долгосрочного вреда для лиц, употребляющих наркотики. Такой подход следует считать особенно полезным с позиций профилактики ВИЧ, а также лечения и оказания помощи ВИЧ-инфицированным из числа лиц, употребляющих инъекционные наркотики (ВОЗ, 2012b).

Восприятие расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, со стороны ответственных должностных лиц, работников здравоохранения и населения в целом в последнее время изменилось. Растет признание того, что расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, представляют собой комплексные нарушения здоровья, обусловленные психосоциальными, экологическими и биологическими факторами, которые требуют принятия междисциплинарных, комплексных и учитывающих интересы здоровья ответных мер со стороны различных учреждений и организаций, действующих сообща. Усиливается понимание того, что наркотическая зависимость – это не приобретенная вредная привычка, а результат длительного взаимодействия биологических и экологических факторов, в том числе социального неблагополучия и лишений, и что наркотическую зависимость можно предупреждать и надлежащим образом решать возникающие проблемы в целях улучшения здоровья людей и повышения общественной безопасности.

К сожалению, устаревшие представления о расстройствах, связанных с употреблением наркотических средств, по-прежнему сохраняются во многих регионах мира. Люди с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, члены их семей и работающие с ними специалисты обычно подвергаются стигматизации и дискриминации. Это существенно осложняет качественную реализацию терапевтических вмешательств, препятствует развитию лечебных учреждений, обучению медицинских работников и инвестированию в программы лечения и восстановления. Фактические данные явно свидетельствуют о том, что нарушения, связанные с употреблением наркотических и других психоактивных веществ, лучше всего контролируются в рамках системы общественного здравоохранения, как и другие хронические заболевания, такие как ВИЧ-инфекция или гипертензия. Тем не менее, мысль о лечении расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, в рамках системы здравоохранения по-прежнему вызывает сопротивление, отчасти из-за задержек со стратегическим использованием научных данных и, в конечном итоге, с внедрением научно обоснованных клинических практик.

В некоторых странах нарушения, связанные с употреблением наркотиков, рассматриваются в первую очередь как проблема в области общественной безопасности и уголовного правосудия, в связи с чем реагирование на проблему расстройств, связанных с употреблением наркотиков, осуществляется министерствами внутренних дел, юстиции или обороны в форме оказания услуг без какого-либо контроля или участия министерства здравоохранения или иных ведомств и организаций общественного здравоохранения. Использование исключительно правоприменительных стратегий и методов не является ни эффективной мерой реагирования на расстройства, связанные с употреблением наркотических или иных психоактивных веществ, ни экономически эффективным способом расходования государственных средств. Стратегии биопсихосоциального лечения, в рамках которых наркозависимость признается многофакторным нарушением здоровья, поддающимся лечению с использованием медицинских и психосоциальных подходов, могут способствовать снижению вреда, связанного с употреблением наркотиков, что, в свою очередь, приведет к улучшению здоровья, повышению благополучия и

ремиссии наркозависимых лиц, наряду с сокращением преступности, связанной с употреблением наркотиков, и повышением общественной безопасности, а также с положительным влиянием на ситуацию на уровне местных сообществ (например за счет сокращения бездомности, потребности в социальных пособиях и безработицы).

Расстройства, связанные с употреблением наркотических средств, часто протекают как хроническое или рецидивирующее расстройство. Это означает, что терапевтические службы должны работать с пациентами на протяжении длительного времени – часто в течение многих лет и иногда на протяжении всей жизни пациента, поддерживая контакт, предлагая вмешательства кризисного характера и поддержку, когда это необходимо и на соответствующем уровне интенсивности. Такая система имеет сходство с используемой для оказания помощи пациентам с другими хроническими заболеваниями (такими как сахарный диабет, астма и сердечно-сосудистые заболевания). Подобная система позволяет обеспечить ведение в периоды ремиссии и в периоды обострений путем изменения вмешательств таким образом, чтобы они соответствовали тяжести имеющейся проблемы, не вызывая ожидания того, что краткосрочное лечение приведет к полному излечению. Признание природы наркотической зависимости или продолжительного употребления наркотиков и того факта, что они часто сопровождаются рецидивами, отнюдь не означает, что их ведение неэффективно или бесполезно. Напротив, многократно проводимое надлежащее лечение (даже на фоне продолжающегося употребления наркотиков или периодического возвращения к употреблению наркотиков) имеет важное значение для предупреждения связанной с употреблением наркотиков смертности. Оно позволяет улучшить здоровье и повысить качество жизни, несмотря на устойчивый характер нездоровья и частые социальные проблемы. Эффективные подходы к предупреждению и лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, а также к купированию их медицинских и социальных последствий могут способствовать снижению вреда для пациентов и местных сообществ и повысить шансы на обеспечение долгой и здоровой жизни (UNODC and WHO, 2018).

Во многих регионах и странах наблюдается увеличение числа людей с особыми потребностями в лечении и уходе, а именно: детей и подростков; пожилых людей; женщин и беременных женщин; представителей групп с различной сексуальной идентичностью и гендерной ориентацией; мигрантов; неграмотных людей и лиц с ограниченным образованием; людей с сопутствующими заболеваниями, в том числе с нарушениями психического здоровья, с ВИЧ, ТБ и ВГС; лиц, находящихся в контакте с системой уголовного правосудия, а также бездомных и социально маргинализированных людей.

Изменяющийся характер употребления наркотических средств и иных психоактивных веществ, усугубляемый изменением профиля людей, которые употребляют такие вещества и у которых возникают расстройства, связанные с употреблением наркотических средств, обуславливает возникновение новых вызовов для систем здравоохранения, которым приходится своевременно, эффективно и результативно адаптироваться к новым реалиям. Может потребоваться дополнительное вложение средств в программы профилактики и лечения, включая инвестирование в развитие кадровых ресурсов. Системы здравоохранения зачастую не без труда адекватно реагируют на возникновение новых проблем среди людей, употребляющих наркотики. Например, в тех регионах мира, где употребление опиоидов прежде не было распространено, системы здравоохранения могут не располагать потенциалом для лечения с помощью таких медицинских методов, как поддерживающая терапия с использованием агонистов опиоидных рецепторов, при расстройствах, связанных с употреблением опиоидов. Точно так же в тех регионах мира, где системы лечения ориентированы на расстройства, связанные с употреблением опиоидов, в настоящее время наблюдается рост распространенности расстройств, обусловленных употреблением психостимуляторов.

По глобальным оценкам УНП ООН и ВОЗ, в лучшем случае 1 из 6 человек, которым может помочь лечение от наркотической зависимости, имеет доступ к программам лечения. Эта доля меньше в Латинской Америке и Африке, где лишь 1 из 11 или 1 из 18 человек, которым может помочь лечение от наркотической зависимости, имеет доступ к программам лечения, соответственно (UNODC, 2018). Во многих странах лечение доступно только в крупных городах. Концепция всеобщего охвата услугами здравоохранения должна применяться к расстройствам, связанным с употреблением наркотических средств, точно так же, как она применяется к любым другим нарушениям здоровья. Это дало бы людям с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, доступ к необходимым им услугам здравоохранения по профилактике и лечению, обеспечивая достаточное качество для достижения желаемых результатов и в то же время защищая пользователей услуг от финансовых затрат (WHO, 2019c, 2019b).

Расстройства, связанные с употреблением наркотических средств, – это тяжелые нарушения здоровья, тяжким бременем ложащиеся на наркозависимых людей, их семьи и сообщества. Отсутствие лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков, обуславливает значительные издержки для общества, включая потерю производительности, увеличение расходов на здравоохранение, затраты, связанные с уголовным правосудием и оказанием социальной поддержки, а также иные социальные последствия. Социальные издержки в связи с употреблением запрещенных наркотиков в некоторых странах оцениваются в 1,7% валового внутреннего продукта (UNODC, 2016). Таким образом, обеспечение эффективного лечения и оказания услуг наркологической помощи при расстройствах, связанных с употреблением наркотических средств, в рамках комплексной и хорошо скоординированной системы лечения является инвестированием в здоровье людей с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, а также инвестированием в здоровое и безопасное развитие семей, сообществ и стран.

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 вмешательств.

При ведении расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, целью лечения является улучшение здоровья и повышение качества жизни людей с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, и конечная цель состоит в том, чтобы помочь пациентам в достижении максимально возможной степени ремиссии. Конкретные цели лечения состоят в следующем:

- прекратить или сократить употребление наркотиков;
- улучшить здоровье, благополучие и социальное функционирование пациента, страдающего от расстройства;
- предотвратить будущий вред путем снижения риска осложнений и рецидивов.

Многие вмешательства, широко применяемые в работе с лицами, страдающими расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, не отвечают общепризнанным научным критериям клинической эффективности. Такие вмешательства могут быть неэффективны или даже вредны: возможно, не проводились необходимые клинические исследования, и не известно, эффективно ли такое лечение.

Помимо клинической эффективности, лечение расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, должно соответствовать общепринятым стандартам оказания медико-санитарной помощи, а именно:

- соответствовать положениям Всеобщей декларации прав человека ООН и имеющихся Конвенций ООН;
- способствовать личной самостоятельности;
- способствовать обеспечению личной и общественной безопасности.

Стандартами определяется набор требований, которые должны соблюдаться для того, чтобы любой метод лечения или вмешательство считались безопасными и эффективными, независимо от используемой философии лечения или условий, в которых они используются. Это имеет решающее значение, поскольку лица, страдающие расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, заслуживают помощи с соблюдением этических норм и научно-обоснованных стандартов, аналогично стандартам, применяемым в лечении других хронических заболеваний.

Принцип 1

Необходимость обеспечить наличие, доступность, привлекательность и адекватность лечения

ОПИСАНИЕ

Расстройства, связанные с употреблением наркотических средств, в большинстве случаев можно эффективно лечить, если у людей имеется доступ к широкому спектру услуг, охватывающих весь круг проблем, с которыми могут столкнуться отдельные пациенты. Вмешательства и услуги по лечению должны основываться на научных данных и отвечать специфическим потребностям конкретных пациентов с учетом конкретной фазы и тяжести имеющегося у них расстройства. Услуги включают: аутрич-работу на уровне местных сообществ; услуги, оказываемые в неспециализированных учреждениях; амбулаторное и стационарное лечение; медицинское и психосоциальное лечение (в том числе лечение нарушений, связанных с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ, а также иных сопутствующих заболеваний психиатрического или соматического характера); долгосрочное лечение или реабилитацию в условиях стационара или по месту жительства; услуги поддержки во время ремиссии. Данные услуги должны быть недорогими для потребителей, привлекательными, имеющимися как в городах, так и в сельской местности, а также доступными с позиций графика работы соответствующих учреждений и времени ожидания. Необходимо свести к минимуму все препятствия, ограничивающие доступ к услугам по надлежащему лечению. Соответствующие службы должны не только предлагать лечение самих по себе расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, но и предоставлять социальную поддержку и защиту, а также оказывать медицинскую помощь общего характера. Законодательство не должно удерживать пациентов от участия в программах лечения. Необходимо обеспечить дружественный характер лечебной среды и учитывать специфические потребности и уровень готовности каждого пациента, что позволит поощрять прохождение пациентами курса лечения, а не препятствовать ему.

СТАНДАРТЫ

- 1.1 Основные услуги по лечению расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, должны оказываться на различных уровнях систем здравоохранения – от первичной медико-санитарной помощи до высокоспециализированных медицинских услуг со специальными программами лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ.
- 1.2 Оказываемые основные услуги по лечению включают аутрич, скрининг и краткосрочные психосоциальные вмешательства, диагностическую оценку, амбулаторное психосоциальное и фармакологическое лечение, ведение острых клинических состояний, обусловленных действием наркотиков (таких как передозировка и синдром отмены), стационарные услуги по ведению тяжелой формы синдрома отмены и психозов, обусловленных действием наркотиков, услуги долгосрочного реабилитационного лечения в стационаре, лечение сопутствующих расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, а также сопутствующих психиатрических расстройств и соматических состояний, услуги по поддержанию ремиссии, оказываемые подготовленными врачами-клиницистами.
- 1.3 К оказанию услуг по лечению могут быть привлечены отобранные и надлежащим образом обученные лица с опытом расстройств, связанных с употреблением наркотиков, для осуществления конкретных вмешательств, направленных на помощь в выявлении пациентов, их привлечении к лечению и поддержании в них готовности продолжать лечение.
- 1.4 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.
- 1.5 В рамках континуума помощи необходимо расширять оказание низкопороговых и аутрич-услуг с целью охвата «скрытых» групп населения, наиболее страдающих от наркозависимости, но зачастую нерасположенных к лечению или возвращающихся к употреблению наркотиков после прохождения программы лечения.
- 1.6 В рамках континуума помощи лица с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, должны иметь доступ к лечению через различные точки входа.
- 1.7 Основные услуги по лечению при употреблении наркотических средств и связанных с этим расстройствах должны оказываться в пределах достаточно широкого диапазона рабочих часов, чтобы обеспечить доступ для лиц, занятых работой или семейными обязанностями.
- 1.8 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.
- 1.9 При физической и ценовой недоступности или при отсутствии таковых, услуги по лечению должны также обеспечивать доступ к социальной поддержке, общей медицинской помощи и ведению сопутствующих расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, а также нарушений психического и соматического здоровья.
- 1.10 Необходимо широко распространять информацию о наличии и доступности основных услуг по лечению расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, с использованием различных источников, 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 стандартах здравоохранения, включая уважение прав человека и достоинства пациента. Речь идет о соблюдении права на наивысший достижимый уровень здоровья и благополучия и недопущении любых форм дискриминации и (или) стигматизации. Лица с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, должны в той мере, в какой они имеют для этого возможность, принимать решения о лечении, в том числе о том, когда начинать и прекращать лечение, и о его характере. Лечение не должно быть принудительным, осуществляться против воли пациента и нарушать права пациента на личную автономию. До начала любого терапевтического вмешательства должно быть получено согласие пациента. Следует вести точную и обновляемую медицинскую документацию и гарантировать конфиденциальность записей о лечении. Крайне важно избегать искажения медицинских записей при регистрации пациентов, поступающих на лечение. Ни в коем случае не должны применяться карательные, унижающие достоинство или оскорбительные меры (такие как нанесение побоев, принудительная фиксация, лишение лечения или еды и т.п.). Персонал должен строго соблюдать правила этики. Персоналу следует воздерживаться от пропаганды личных убеждений и не использовать унижительные или унижающие достоинство методы. Человек, имеющий расстройство, связанное с употреблением наркотических средств, должен признаваться лицом, страдающим от заболевания и заслуживающим лечения аналогично пациентам с другими нарушениями психического или соматического здоровья.

СТАНДАРТЫ

- 2.1 Во всех случаях услуги по лечению расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, должны оказываться с уважением прав человека и достоинства пациентов без какого-либо использования унижающих достоинство или оскорбительных мер.
- 2.2 Пациенты должны давать информированное согласие до начала лечения и иметь гарантированную возможность отказаться от лечения в любое время.
- 2.3 Данные пациента должны быть строго конфиденциальными. Следует запретить нарушение конфиденциальности медицинских записей при регистрации пациентов, поступающих на лечение. Обеспечение конфиденциальности и защиты данных пациента должно осуществляться нормативно-правовым путем с надлежащим обучением персонала и внедрением норм и правил оказания услуг.
- 2.4 Персонал лечебных служб должен пройти надлежащую подготовку по предоставлению лечения в полном соответствии с этическими стандартами и принципами защиты прав человека и демонстрировать уважительное отношение к пользователям услуг без какой-либо стигматизации и дискриминации.
- 2.5 Поставщики услуг должны требовать, чтобы персонал надлежащим образом информировал пациентов о процессах и процедурах лечения, в том числе об имеющемся у пациентов праве в любой момент отказаться от лечения.
- 2.6 Любые исследования, проводимые в лечебных учреждениях с участием пациентов, подлежат проверке этическими комиссиями по исследованиям на человеке. Этическим комиссиям рекомендуется принимать во внимание мнения людей, которые имеют опыт употребления наркотиков и лечения от наркозависимости и выздоравливают от расстройств, связанных с употреблением наркотиков. Участие пациентов в исследовании должно быть строго добровольным, с получением информированного письменного согласия во всех случаях.
- 2.7 Этические стандарты оказания помощи в лечебных учреждениях должны применяться ко всем группам населения с особыми потребностями в лечении и уходе без какой-либо дискриминации.

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, следует рассматривать в первую очередь как проблемы со здоровьем, а не как преступное поведение, и, как правило, людей с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, следует лечить в системе здравоохранения, а не в системе уголовного правосудия. Не все люди с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, совершают преступления, но даже если они это делают, как правило, речь идет о проступках или мелких правонарушениях, совершенных с целью поиска средств для покупки наркотика. Обычно эта практика прекращается при эффективном лечении расстройства, связанного с употреблением наркотических средств. Важно рассматривать употребление наркотиков людьми с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, исключительно как проблему в первую очередь медицинского характера, требующую доступа к надлежащей поддержке и лечению, если это необходимо, а не уголовного наказания. Система уголовного правосудия должна тесно сотрудничать с системами здравоохранения и социальной защиты, чтобы гарантировать, что лечение расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, имеет приоритет над уголовным преследованием или тюремным заключением. Сотрудники правоохранительных органов, судов и пенитенциарных учреждений должны проходить необходимую подготовку, чтобы эффективно участвовать и содействовать в лечении и реабилитации. Если тюремное заключение оправдано, лечение должно предлагаться заключенным с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, во время их пребывания в местах лишения свободы, а также после освобождения, поскольку эффективное лечение снижает риск рецидивов, смерти от передозировки и возврата к совершению правонарушений. Жизненно важно обеспечить и организовать непрерывное оказание помощи и осуществление вмешательств по профилактике рецидивов и передозировки после освобождения заключенных с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков. Во всех случаях, связанных с правосудием, люди должны получать лечение и уход в соответствии со стандартами лечения, предлагаемыми на уровне сообщества в целом.

СТАНДАРТЫ

- 3.1 Лечение расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, должно проводиться, главным образом, в системах здравоохранения. Должны быть созданы эффективные механизмы координации с системой уголовного правосудия, чтобы облегчить доступ к лечению и социальным услугам для людей, находящихся в контакте с системой уголовного правосудия.
- 3.2 Эффективное лечение должно быть доступно людям, совершившим правонарушение и имеющим расстройства, связанные с употреблением наркотических средств, и, по мере возможности, быть частичной или полной альтернативой осуждению или наказанию.
- 3.3 Соответствующие правовые рамки должны гарантировать лечение расстройств, связанных с употреблением наркотиков, когда такое лечение используется в качестве альтернативы тюремному заключению или предоставляется в рамках системы уголовного правосудия.
- 3.4 Учреждения системы уголовного правосудия должны предоставлять возможность лицам с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, получать такое же лечение, медицинское и социальное обслуживание, которое доступно населению на уровне сообщества.
- 3.5 Лечебные вмешательства не должны навязываться лицам с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в системе уголовного правосудия против их воли.
- 3.6 Лица с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, в условиях уголовного правосудия должны иметь доступ к основным средствам профилактики и лечения, включая механизмы раннего выявления и направления на лечение, профилактику заражения инфекциями, передающимися через кровь, фармакологическое и психосоциальное лечение расстройств, связанных с употреблением наркотиков, и сопутствующих расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, а также нарушений соматического и психического здоровья, услуги реабилитации и налаживание связи с медицинскими и социальными службами при подготовке к освобождению.
- 3.7 Должны быть организованы программы подготовки для сотрудников системы уголовного правосудия, включая сотрудников правоохранительных органов и пенитенциарной системы, а также судебных работников, чтобы обеспечить признание медицинских и психосоциальных потребностей в связи с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, и поддерживать лечебные и реабилитационные мероприятия.
- 3.8 При лечении расстройств, связанных с употреблением наркотиков, в системе уголовного правосудия следует придерживаться тех же основанных на фактических данных принципов, этических и профессиональных стандартов, что и на уровне сообщества в целом.
- 3.9 Лечение расстройств, связанных с употреблением наркотиков, и сопутствующих заболеваний должно быть неотъемлемой частью социальной реинтеграции заключенных с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков. Кроме того, во всех случаях необходимо обеспечить непрерывность лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков, посредством эффективной координации служб здравоохранения и социальной помощи на уровне сообщества в целом и в системе уголовного правосудия. Это снизит риск рецидивов, передозировки и возврата к совершению правонарушений.
- 3.10 Следует предпринять все усилия для уменьшения бремени стигмы и предотвращения дискриминации, направленной на людей с психическими расстройствами и расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, которые получают услуги медицинской помощи, находясь в контакте с системой 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 вмешательств 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 принципах лечения хронических, а не острых состояний. Долгосрочная модель лечения и ухода с большой вероятностью способствует долгой и здоровой жизни. 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 для лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, должно опираться на имеющиеся фактические данные в отношении результативности и экономической эффективности мероприятий по лечению.
- 4.2 На разных уровнях систем здравоохранения и социального обеспечения должен применяться широкий спектр научно обоснованных терапевтических вмешательств различной интенсивности с соответствующей интеграцией фармакологических и психосоциальных вмешательств в континуум помощи.
- 4.3 Услуги по лечению должны учитывать гендерную специфику и быть ориентированы на потребности тех, кому они адресованы, с надлежащим уважением к культурным нормам и привлечением пациентов к разработке, оказанию и оценке услуг.
- 4.4 Специалисты первичной медико-санитарной помощи должны быть обучены выявлению случаев употребления наркотиков, а также диагностике и ведению расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, и сопутствующих нарушений здоровья.
- 4.5 Лечение расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, на уровне первичной медико-санитарной помощи должно осуществляться при поддержке специализированных служб, обладающих необходимыми навыками и компетенциями, особенно если речь идет о лечении тяжелых случаев и пациентов с сопутствующими нарушениями психического и соматического здоровья.
- 4.6 По мере возможности, организация специализированных служб лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, должна предусматривать использование многопрофильных бригад, обученных осуществлению доказательно обоснованных вмешательств. Кроме того, подобные бригады должны обладать компетенциями в области медицины, психиатрии, клинической психологии, сестринского дела, социальной работы и консультирования. В бригадах должны быть задействованы люди с жизненным опытом употребления наркотиков и лечения от наркозависимости, находящиеся на стадии ремиссии.
- 4.7 Продолжительность лечения должна определяться индивидуальными потребностями, без каких-либо предварительно установленных ограничений и с возможностью внесения изменений в любой момент в зависимости от клинических потребностей пациента.
- 4.8 Обучение медицинских работников 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.
- 4.9 Налицо потребность в регулярном обновлении руководств по лечению расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, а также процедур и норм лечения с учетом накопленных доказательств эффективности терапевтических вмешательств, знаний о потребностях пациентов и пользователей услуг и результатов оценочных исследований.
- 4.10 Эффективность услуг по лечению должна оцениваться в сравнении со стандартами сопоставимых услуг.
- 4.11 Разработка новых вмешательств по лечению должна производиться в процессе клинических исследований и под контролем уполномоченной комиссии по этике исследований на человеке.

Принцип 5

Реагирование на особые нужды лечения и ухода среди групп населения

ОПИСАНИЕ

В общей популяции некоторые подгруппы лиц, страдающих от расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, требуют особого внимания и зачастую специализированной помощи. Группы с особыми потребностями, включают, помимо прочих, женщин и беременных женщин, детей и подростков, пожилых людей, представителей коренных народов, мигрантов, работников секс-индустрии, представителей сексуальных и гендерных меньшинств, людей с инвалидностью, неграмотных людей и людей с ограниченным уровнем образования, людей с сопутствующими заболеваниями, лиц, оказавшихся в системе уголовного правосудия, а также всех, кто оказался лишен социальной поддержки, в том числе бездомных и безработных людей. Работа с такими особыми группами требует дифференцированного и индивидуального планирования лечения с учетом их уникальных потребностей, уязвимостей и нужд. Люди с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, часто сталкиваются со стигмой и дискриминацией, которые могут усиливаться в отношении лиц, относящихся к группам с особыми потребностями. В рамках континуума помощи потребуется уделять особое внимание их потребностям во всех лечебных учреждениях.

Дети и подростки не должны проходить лечение в тех же учреждениях, что и взрослые пациенты с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств. Детей и подростков с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, следует лечить в учреждениях, которые могут решать такие вопросы, как обеспечение безопасности и защита детей. Учреждения для детей и подростков должны охватывать более широкий круг вопросов здравоохранения, обучения и социального обеспечения в сотрудничестве с семьей, школами и социальными службами. Точно так же женщинам, поступающим на лечение, должны предоставляться особые услуги и может потребоваться защита. Женщины с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, зачастую более уязвимы к домашнему насилию и сексуальному насилию, а их дети также могут быть уязвимы к оставлению без внимания и жестокому обращению, соответственно, рекомендуется поддерживать связь с социальными службами, занимающимися вопросами защиты женщин и детей. Для получения максимальной пользы женщинам могут потребоваться услуги дифференцированного лечения в безопасных учреждениях для лиц одного пола. Программы лечения пациентов с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, должны признавать и иметь возможность удовлетворять первоочередные потребности детей таких женщин. Необходимо обеспечивать поддержку надлежащего исполнения родительских обязанностей и практики ухода за детьми, а также просвещение в таких вопросах, как сексуальное здоровье, в том числе контрацепция.

СТАНДАРТЫ

- 5.1 Предоставление услуг по лечению расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, и протоколы по оказанию услуг лечения должны отражать потребности определенных групп населения.
- 5.2 Для детей и подростков с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, должны быть созданы специальные лечебные службы для удовлетворения конкретных потребностей в лечении, связанных с этой возрастной группой. По возможности следует предоставлять дифференцированные лечебные услуги для детей и подростков, чтобы обеспечить наилучшие возможные результаты лечения.
- 5.3 Вмешательства и услуги по лечению должны быть адаптированы к потребностям женщин и беременных женщин. Это относится ко всем аспектам разработки и проведения мероприятий, включая местоположение, кадровое обеспечение, разработку программы, атмосферу, благоприятную для детей, и содержание программы.
- 5.4 Вмешательства и услуги по лечению должны быть адаптированы к потребностям представителей меньшинств, имеющих расстройства, связанные с употреблением наркотических средств, а также учитывать необходимость в предоставлении, при необходимости, культурных посредников и переводчиков с целью минимизации культурных и языковых барьеров.
- 5.5 В услуги по лечению людей с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, необходимо внедрить пакеты социальной помощи и поддержки, что особенно актуально для людей, лишенных социальной поддержки, таких как бездомные и безработные.
- 5.6 Должны существовать аутрич-службы для установления контакта с людьми, имеющими расстройства, связанные с употреблением наркотических средств, которые могут не обращаться за лечением из-за стигматизации и маргинализации.
- 5.7 Должны быть предприняты все усилия для уменьшения бремени стигмы и дискриминации, с которыми сталкиваются люди с психическими расстройствами и расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в том числе путем повышения осведомленности населения и кампаний по борьбе со стигмой, распространения правильной информации о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, снижения структурных барьеров для лечения и реализации мер по повышению веры в себя у людей с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков.

Принцип 6

Обеспечение надлежащего клинического управления услугами и программами лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств

ОПИСАНИЕ

Качественные и эффективные услуги по лечению расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, требуют подотчетных и эффективных методов клинического управления. Лечебная тактика, программы, процедуры и механизмы координации должны быть определены заблаговременно и разъяснены всему терапевтическому, административному и управленческому персоналу и пациентам. Организация услуг должна отражать результаты текущих научных исследований и отвечать потребностям пользователей услуг. Лечение людей с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, (зачастую имеющих множество потребностей психосоциального, психиатрического, медицинского и социального свойства) является сложной задачей, как для отдельных сотрудников, так и для организаций. Проблема текучести кадров в этой сфере широко известна, и организации должны иметь в наличии различные меры по поддержке персонала и стимулированию оказания услуг высокого качества.

СТАНДАРТЫ

- 6.1 Стратегии и планы лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, должны формироваться соответствующими государственными и иными органами, в зависимости от ситуации, и основываться на принципах всеобщего охвата услугами здравоохранения, соотноситься с наилучшими имеющимися фактическими данными и разрабатываться при активном участии основных заинтересованных сторон, в том числе целевых групп населения, пациентов, членов их семей и представителей сообществ, а также НПО.
- 6.2 Политика оказания услуг и протоколы лечения должны быть доступны в письменном виде, известны всем сотрудникам и составлять основу вмешательств и услуг по лечению.
- 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 профессиональное сопровождение. Профессиональное сопровождение и другие формы поддержки необходимы для предотвращения синдрома эмоционального выгорания.
- 6.4 Политика и процедуры найма персонала и контроля качества работы сотрудников должны четко разъясняться и доводиться до сведения всех сотрудников.
- 6.5 Должен быть обеспечен устойчивый источник адекватного финансирования и созданы надлежащие механизмы финансового управления и отчетности. По возможности соответствующий бюджет должен включать ресурсы для непрерывного обучения персонала и оценки качества услуг и эффективности работы.
- 6.6 Услуги по лечению расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, должны оказываться во взаимосвязи с соответствующими общими и специализированными медицинскими, социальными и другими службами для обеспечения комплексной помощи пациентам.
- 6.7 Должны существовать системы регистрации пациентов и сбора данных в соответствии с международными показателями, чтобы гарантировать подотчетность и непрерывность лечения и оказания помощи при соблюдении конфиденциальности пациентов.
- 6.8 Важно периодически пересматривать программы обслуживания, правила и процедуры и разрабатывать механизмы непрерывной обратной связи, аудита, мониторинга и оценки (включая отзывы пациентов).
- 6.9 Характер употребления наркотических средств и связанные с ним последствия для здоровья и общества, а также употребление психоактивных веществ, сопутствующие психические и соматические заболевания должны регулярно отслеживаться, а результаты должны быть доступны в целях планирования и управления услугами по лечению.

Принцип 7

Услуги, стратегии и процедуры лечения должны поддерживать комплексный подход к лечению, а взаимосвязь с дополнительными службами требует постоянного мониторинга и оценки

ОПИСАНИЕ

В ответ на сложную и многогранную проблему здравоохранения следует разработать комплексные системы лечения, способствующие эффективному ведению расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, и связанных с ними медицинских и социальных проблем. Не существует единичной методики лечения, которая могла бы подойти всем без исключения. Таким образом, ответные меры должны быть комплексными и ориентированными на удовлетворение потребностей отдельных людей. По мере возможности, к осуществлению лечения должны привлекаться надлежащим образом координируемые различные службы, в том числе оказывающие психиатрическую, психологическую и эмоциональную помощь, службы социальной и иной поддержки (в том числе оказывающие помощь с жильем, профессиональной подготовкой или трудоустройством и, при необходимости, обеспечивающие юридическую помощь), а также другие специализированные службы медицинской помощи (например по лечению ВИЧ, ВГС, ТБ и других сопутствующих заболеваний). Жизненно важно постоянно контролировать, оценивать и адаптировать систему лечения. Это требует междисциплинарного планирования и оказания услуг в логичной, пошаговой последовательности, что гарантирует устойчивость связей между стратегией, оценкой потребностей, планированием систем лечения, осуществлением и контролем услуг, оценкой результатов и улучшением качества.

СТАНДАРТЫ

- 7.1 Стратегии и планы по формированию систем лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, должны поддерживать индивидуализированный, целостный и комплексный подход к лечению, а также связи с дополнительными услугами в рамках и за пределами сектора здравоохранения.
- 7.2 Должна быть установлена и осуществляться взаимосвязь между мероприятиями по профилактике употребления наркотиков, лечению нарушений, связанных с употреблением наркотических средств, а также сокращению вреда для здоровья и общества, ассоциированного с употреблением наркотиков.
- 7.3 Должны быть установлены и осуществляться взаимосвязи между местными сообществами (в том числе членами семей, лицами, осуществляющими уход, группами взаимоподдержки и самоподдержки, соответствующими религиозными и общественными учреждениями), службами социальной поддержки (например действующими в образовательных, спортивных и культурно-досуговых учреждениях), системой уголовного правосудия и специализированными службами медицинской помощи, при полном соблюдении конфиденциальности данных пациента.
- 7.4 Планирование и разработка системы лечения должны основываться на оценках и описаниях характера и масштабов проблемы наркозависимости и характеристиках нуждающихся в помощи людей.
- 7.5 Следует определить роли национальных, региональных и местных ведомств в различных секторах, ответственных за предоставление лечения и реабилитацию при расстройствах, связанных с употреблением наркотических средств, с созданием механизмов для эффективной координации.
- 7.6 Должны быть разработаны и установлены стандарты качества услуг по лечению наркозависимости с соответствующими механизмами для обеспечения соответствия, гарантий качества или аккредитации.
- 7.7 Каждая служба должна иметь механизмы клинического управления, мониторинга и оценки, включая клиническую отчетность, постоянный мониторинг здоровья и благополучия пациента и периодическую внешнюю оценку.
- 7.8 В целях планирования и разработки должна отслеживаться информация о количестве, видах и распределении услуг.

ГЛАВА 3

Системы лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств

3.1 Системный уровень предоставления услуг

В данной главе рассматриваются ключевые характеристики эффективных систем лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, и даются рекомендации относительно планирования услуг по лечению. Также предлагаются основы организации служб здравоохранения и модели оказания помощи.

Эффективная национальная система лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, требует скоординированных и комплексных ответных действий со стороны множества участников. Цель состоит в том, чтобы предоставлять услуги и осуществлять вмешательства в различных условиях, ориентируясь на разные группы населения на разных этапах с учетом тяжести имеющегося у них расстройства, связанного с употреблением наркотических средств, а также их дополнительных потребностей. Система общественного здравоохранения, часто работающая в тесном взаимодействии с социальными службами и другими общественными организациями, лучше всего приспособлена для того, чтобы взять на себя ведущую роль в предоставлении эффективных лечебных услуг людям с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков. В некоторых странах частный сектор играет жизненно важную роль в предоставлении лечения людям с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков. Предлагаемые стандарты и характеристики могут быть в равной степени полезны для терапевтических служб в частном секторе.

Услуги по лечению должны быть:

- в наличии
- физически доступными
- экономически доступными
- научно обоснованными
- диверсифицированными.

Наличие услуг по лечению предполагает постоянное присутствие служб лечения пациентов с расстройствами, вызванными употреблением наркотических средств.

Под физической доступностью услуг по лечению понимается их досягаемость или доступ для всего населения. Лечебные учреждения должны быть удобно расположены в непосредственной близости от остановок общественного транспорта (как в сельской местности, так и в городах), а график их работы должен позволять оказывать все необходимые услуги. Определенные факторы планирования услуг повысят их доступность для подгрупп нуждающихся в лечении расстройств, связанных с употреблением наркотических средств

(например услуги присмотра за детьми для пациентов, имеющих детей). Кроме того, доступу к услугам не должно препятствовать отношение к тем или иным группам населения и другие факторы.

Экономическая доступность услуг по лечению предполагает, что такие услуги недороги как для пациентов, так и для местной системы лечения. Услуги по лечению расстройств, связанных с употреблением наркотиков, должны быть доступны пациентам из разных социально-экономических групп с разным уровнем дохода. В идеале, лечение расстройств, связанных с употреблением наркотиков, должно предоставляться бесплатно, чтобы стоимость не стала препятствием для лечения. Кроме того, чтобы обеспечить поддержку услуг по лечению, необходимо сделать системы лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков и иных психоактивных веществ, доступными в ценовом отношении для систем здравоохранения и социальной защиты.

Терапевтические вмешательства должны быть научно обоснованными и соответствующими доказательно обоснованным рекомендациям, как это происходит применительно к лечению любого другого нарушения здоровья. В этом ключ к обеспечению качества услуг по лечению.

Необходимо диверсифицировать услуги по лечению, с тем чтобы удовлетворять потребности целевой группы населения и предлагать различные подходы к лечению. Не существует единого подхода, который охватывал бы все виды, степени тяжести или стадии расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ. Службы должны предоставлять доступ к лечению и восстановлению пациентов с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, а также к вмешательствам на базе местных сообществ, направленным на сокращение неблагоприятных последствий употребления наркотиков для здоровья и социального функционирования. Таким образом, необходимо обеспечить широкий спектр методик лечения в различных условиях (аутрич, амбулатория, стационар, учреждение длительного пребывания), чтобы иметь возможность надлежащим образом удовлетворять весь спектр потребностей пациентов с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков или иных психоактивных веществ. Поскольку конечной целью всех услуг по лечению и оказанию помощи остается ремиссия, услуги по обеспечению устойчивой ремиссии должны быть неотъемлемой частью системы лечения.

3.2 Организация системы лечения

Расстройства, связанные с употреблением наркотических средств, можно различать по шкале тяжести и сложности.

С точки зрения государственного бюджета, лечение расстройств, связанных с употреблением наркотиков, является разумным вложением средств, поскольку затраты на лечение расстройств, связанных с употреблением наркотиков, намного ниже по сравнению с затратами, связанными с оставленной без лечения наркозависимостью (UNODC and WHO, 2008). Соотношение экономии и вложений может превышать соотношение 12:1 за счет снижения связанной с наркотиками преступности и сокращения затрат на уголовное правосудие, охрану правопорядка и медико-санитарную помощь (NIDA, 2012).

Лицам, ответственным за разработку или пересмотр местных систем комплексного лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, в соответствии со Стандартами, рекомендуется выделять имеющиеся ресурсы для оптимального реагирования на потребности соответствующих групп населения. Существует необходимость в разработке систем лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, в соответствии с основным принципом общественного здравоохранения, согласно которому в первую очередь следует осуществлять наименее инвазивные вмешательства с наивысшим уровнем эффективности и наименьшей стоимостью для пациентов.

Инвестирование государственных средств должно определяться объемом и видом услуг по лечению, необходимых населению. Обычно на некоей территории есть определенное число людей, употребляющих наркотики время от времени, и меньшее число людей с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков (из числа которых лишь у небольшой доли людей расстройства, связанные с употреблением наркотиков, будут иметь тяжелую или осложненную форму).

Как показано на пирамиде организации услуг (рисунок 1), большинство вмешательств по лечению следует оказывать с относительно низкой степенью интенсивности. Низкоинтенсивные, эффективные вмешательства,

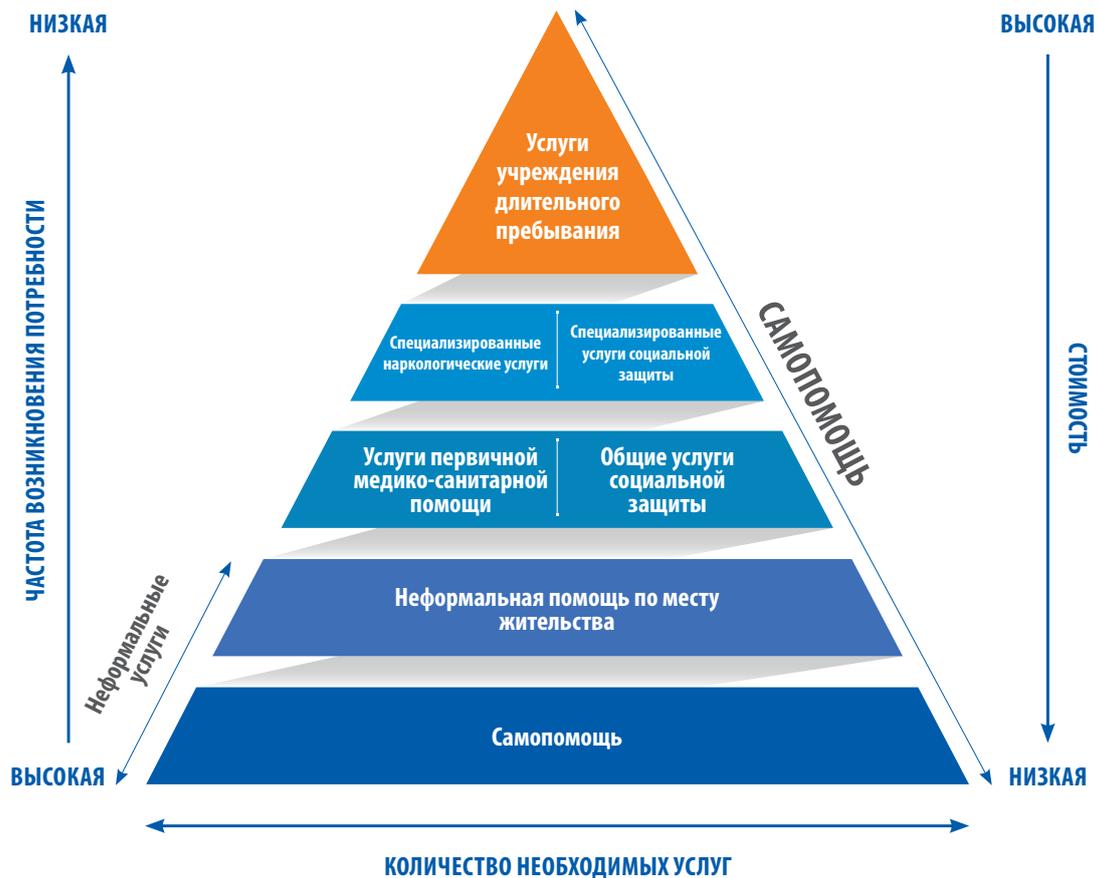


Рисунок 1. Пирамида организации услуг по лечению и уходу при расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ (UNODC, 2014), сформированная с опорой на Пирамиду ВОЗ организации служб охраны психического здоровья (ВОЗ, 2003)

оказываемые по месту жительства или в неспециализированных учреждениях, (такие как скрининг и краткосрочные вмешательства) могут предотвратить развитие у людей более тяжелых расстройств, связанных с употреблением наркотиков, и могут проводиться обученными неспециалистами с меньшими затратами. Аналогичным образом, большинство людей с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, можно эффективно лечить в амбулаторных условиях или по месту жительства, а не в более интенсивных и дорогостоящих условиях стационара или учреждения длительного пребывания.

Системы лечения, разработанные в соответствии с пирамидой предоставления услуг, более экономически эффективны. Однако в системах, где непропорционально большие инвестиции вкладываются только в высокоинтенсивные и дорогостоящие услуги по лечению (на вершине пирамиды), это может привести к тому, что люди с менее острой потребностью в услугах будут «перелечены» службами и (или) системами высокой интенсивности, потенциал которых в целом ограничен. Это результат нехватки средств для разработки других составляющих комплексной системы, описанной в *Стандартах*. Амбулаторное лечение расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, в целом меньше нарушает уклад жизни пациентов и более дешево для системы здравоохранения, чем лечение в стационаре или учреждении длительного пребывания. Амбулаторное лечение рекомендуется в качестве первого выбора с позиций общественного здравоохранения, если оно основано на фактических данных и может удовлетворить потребности пациента. Пациентам с более серьезными или сложными расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, или дополнительными социальными проблемами на основе индивидуальной оценки может потребоваться стационарное лечение или лечение в учреждении длительного пребывания.

Несоответствие между диапазоном степени тяжести расстройств, связанных с употреблением наркотиков, среди населения и диапазоном интенсивности методов в местной системе лечения приводит к неэффективному распределению ресурсов и минимизирует результаты, что не является хорошим вложением государственных средств.

Отсутствие низкопороговых вмешательств низкой интенсивности (таких как скрининг и краткосрочные вмешательства на уровне первичной медико-санитарной помощи или аутрич-услуги на уровне местных сообществ) также может вынудить людей, употребляющих наркотики, обращаться в службы лечения только в том случае, если у них развиваются тяжелые расстройства, связанные с употреблением наркотиков. Тем не менее, поддержка на более ранних стадиях расстройства была бы менее интенсивной (и менее затратной). Данные показывают, что врачи первичной медико-санитарной помощи редко проверяют своих пациентов на расстройства, связанные с употреблением наркотиков (Ernst, Miller and Rollnick, 2007). Однако проведение скрининга, краткосрочных вмешательств и лечения в учреждениях первичной медико-санитарной помощи осуществимо и помогает выявлять, поддерживать и, при необходимости, направлять людей с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, к специалистам, что позволяет снизить расходы на оказание медико-санитарной помощи.

3.2.1 Вмешательства, предлагаемые для различных уровней системы

Как показано в таблице 1, в целях обеспечения непрерывности лечения и оказания помощи пациентам должны быть доступны различные вмешательства.

Таблица 1. Вмешательства, предлагаемые на различных уровнях системы

Уровень системы	Возможные вмешательства
Неформальная помощь на уровне местного сообщества	<ul style="list-style-type: none"> • Аутрич-вмешательства • Группы самопомощи и мероприятия по поддержке ремиссии • Неформальная поддержка со стороны друзей и семьи
Услуги первичной медико-санитарной помощи	<ul style="list-style-type: none"> • Скрининг, краткосрочные вмешательства, направление на специализированное лечение расстройств, связанных с употреблением наркотических средств • Продолжающаяся поддержка лиц, проходящих лечение, или контакт со специализированными наркологическими службами • Базовые услуги медико-санитарной помощи, включая первую помощь, обработку ран
Общее социальное обеспечение	<ul style="list-style-type: none"> • Жилье или приют • Питание • Безусловная социальная поддержка • Направление в специализированные наркологические службы, а также в иные медицинские и социальные службы, по мере необходимости
Специализированные наркологические услуги (амбулаторные или стационарные)	<ul style="list-style-type: none"> • Оценка • Планирование лечения • Ведение пациентов • Детоксикация и ведение синдрома отмены • Психосоциальные вмешательства • Медикаментозное лечение • Профилактика рецидивов • Услуги по поддержанию ремиссии
Другие услуги специализированной медико-санитарной помощи	<ul style="list-style-type: none"> • Вмешательства, осуществляемые специалистами служб охраны психического здоровья (включая услуги психиатрической и психологической помощи) • Вмешательства специалистов в области терапии, хирургии, педиатрии, акушерства, гинекологии и других специализированных медицинских услуг • Стоматологическая помощь • Лечение инфекционных заболеваний (включая ВИЧ, гепатит С и туберкулез)
Специализированные услуги социального обеспечения для людей с расстройствами, связанными с употреблением наркологических средств	<ul style="list-style-type: none"> • Поддержка и воссоединение семьи • Программы профессионального обучения и просветительские программы • Создание источников дохода и микрокредитование • Планирование досуга • Услуги по поддержанию ремиссии
Услуги, оказываемые в учреждениях длительного пребывания, для людей с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств	<ul style="list-style-type: none"> • Программы длительного пребывания, направленные на лечение тяжелых и осложненных расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, и сопутствующих заболеваний • Обеспечение жильем • Профессиональное обучение • Защищенная среда • Обучение жизненным навыкам • Непрерывная терапевтическая поддержка • Направление в амбулаторные службы и за услугами по поддержанию ремиссии

3.3 Планирование и финансирование систем лечения

Решения относительно распределения ресурсов и услуг, предлагаемых на разных уровнях систем здравоохранения и социального обеспечения, имеют решающее значение для планирования функциональной и устойчивой системы лечения наркозависимости.

Оценка местных потребностей с использованием имеющихся данных о спросе на наркотики, лечении и оказании помощи на различных уровнях должна давать информацию о распределении ресурсов и разработке систем лечения (УНП ООН, 2003).

Отсутствие данных или систем систематического сбора данных не должно быть серьезным препятствием для внедрения и оказания услуг по лечению наркозависимости. Некоторые важные показатели, такие как показатель потребности в лечении (использование услуг для решения наркологических проблем), могут быть эффективно собраны только при наличии наркологических служб и данных о пациентах.

Разработка функциональной информационной системы по проблемам наркозависимости может потребовать поддержки партнеров на всех уровнях и из различных секторов. Причиной служит то, что для формирования государственной политики в отношении национальной информационной системы и национального наблюдательного органа по проблемам наркозависимости требуется не только техническая составляющая, но и процесс с участием множества сторон.

Системы лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, не следует рассматривать отдельно от общих систем здравоохранения, социальной помощи или местных служб. Их проектирование и реализация, вероятно, будут зависеть от услуг медико-санитарной помощи и социальной поддержки более широкого масштаба и будут неразрывно связаны с ними. Планирование, проектирование и внедрение систем лечения и поддержания ремиссии при расстройствах, связанных с употреблением наркотиков, требует участия широкого круга заинтересованных сторон, включая государственные медицинские и социальные службы, систему уголовного правосудия и полицию, пациентов и группы, занимающиеся информационно-разъяснительной работой, НПО и другие группы на уровне сообществ.

Стигматизация и дискриминация в отношении людей с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, являются существенными препятствиями для лечения. Необходимо приложить все усилия для повышения осведомленности, поощрения нестигматизирующего отношения и решения проблемы структурной дискриминации в отношении людей с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков. Для того чтобы этого достичь, необходимо осуществлять комплексные, учитывающие интересы людей и сбалансированные меры политики, устранять преграды на пути к лечению, искоренять и предупреждать бесчеловечное и унижающее достоинство обращение или наказание во имя лечения, предоставлять более качественную помощь, повышать осведомленность и понимание в отношении расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, среди населения, а также улучшать знания лиц, ответственных за принятие решений и формирование политики, медицинских работников и соответствующих заинтересованных лиц. Вмешательства, направленные на повышение уверенности в своих силах и расширение прав и возможностей людей, например с помощью групп взаимной поддержки, могут снизить бремя самостигматизации (Livingston et al., 2012; Corrigan et al., 2017).

3.4 Модели организации услуг

В этом разделе описаны различные модели организации обслуживания, которые могут быть реализованы на разных уровнях – в зависимости от потребностей населения, организации медицинских и социальных служб, нормативно-правового регулирования, стратегий и ресурсов. Модели не исключают друг друга и могут частично совпадать.

3.4.1 Подход с использованием принципа «одного окна»

Учитывая разнообразные и множественные потребности людей с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, в идеале широкий спектр медицинских и социальных услуг должен предоставляться в одном учреждении или службе, которую можно было бы описать как «единое окно» (рисунок 2). Такое интегрированное предоставление услуг без препятствий для доступа включает в себя полный спектр оказания помощи и предоставляет людям, употребляющим наркотические средства, всестороннее и основанное на этических принципах лечение наркозависимости, когда оно необходимо (Rapp et al., 2006).



Рисунок 2. Подход с использованием принципа «одного окна»

3.4.2 Подход с использованием микросоциальной сети на уровне сообщества

Если местная лечебная служба не может включить все основанные на фактических данных методы и вмешательства (например использовать принцип «одного окна»), возникает необходимость в формировании координируемой комплексной сети по оказанию услуг лечения и помощи. Такая сеть должна включать различные компоненты местной системы здравоохранения и социальной помощи. Данный подход позиционирует специализированные клинические услуги по лечению наркозависимости в качестве основного элемента, но предлагает также множество вспомогательных услуг на уровне муниципалитета или местного сообщества, которые осуществляются в русле установленных механизмов направления к специалистам и в тесной координации с ними. Для обеспечения доступа необходимо создать низкопороговые услуги начального уровня (такие как аутрич, центры поддержки) с определенными механизмами направления на клиническое наркологическое лечение и сопровождающую социальную помощь.

При реализации подхода с использованием микросоциальной сети лечения (рисунок 3) широкомасштабные партнерские связи существуют не только между различными службами общественного здравоохранения и социальной защиты (включая местные больницы, службы первичной медико-санитарной помощи и службы социальной защиты), но и с другими заинтересованными лицами и субъектами по месту жительства (включая НПО и группы взаимопомощи). Для согласования всех оказываемых услуг целесообразно выработать эффективный местный терапевтический подход на уровне местного сообщества с привлечением всех ресурсов, уже доступных по месту жительства. Услуги лечения наркозависимости на уровне местного сообщества предлагают многофакторный и межотраслевой подход к ведению проблем и нарушений здоровья, связанных с употреблением наркотиков. Такой подход поощряет использование различных протоколов лечения, поддержание ремиссии и оказание поддержки, а также способствует повышению качества жизни сообщества в целом. Партнеры на уровне микросоциальной



Рисунок 3. Модель подхода к лечению с использованием микросоциальной сети лечения

сети услуг должны тесно взаимодействовать и согласовывать свои действия для оказания пациенту наилучшей поддержки посредством эффективных стратегий направления к специалистам и ведения пациентов, таким образом гарантируя преемственность оказания помощи. Использование микросоциальной сети лечения позволяет обеспечить низкий порог и простоту доступа к различным видам лечения и оказания помощи.

Основные принципы лечения наркозависимости и оказания помощи на уровне местного сообщества включают (UNODC, 2014):

- последовательное оказание помощи на всех этапах и уровнях, начиная от аутрича, базовой поддержки и сокращения неблагоприятных последствий для здоровья и социального функционирования, связанных с лечением наркозависимости и социальной реинтеграцией, что исключает наличие «неправильного» входа в систему;
- тесное взаимодействие между гражданским обществом, правоохранительными органами / системой уголовного правосудия, секторами здравоохранения и социальной поддержки;
- минимальное нарушение социальных связей и занятости;
- интеграция лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков, в действующие услуги здравоохранения и социальной поддержки;
- оказание услуг в рамках населенного пункта (местного сообщества) – как можно ближе к месту проживания людей, употребляющих наркотики;
- подключение и использование ресурсов и активов местного сообщества, включая семьи;
- участие людей, употребляющих наркотики, а также людей, на которых отразилось употребление наркотиков и наркозависимость, семей и всего местного сообщества в планировании и оказании услуг;
- осуществление вмешательств, основанных на фактических данных и учитывающих гендерную специфику;
- осознанное и добровольное участие в лечении;
- комплексный подход к достижению выздоровления, учитывающий различные потребности (здоровье, семья, образование, занятость, жилье);

- признание того, что рецидив – это часть процесса лечения, которая не должна мешать человеку возобновить лечение;
- соблюдение прав человека и достоинства человека, включая соблюдение конфиденциальности;
- борьба со стигматизацией и дискриминацией, которые ассоциируются с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств.

Службы здравоохранения, такие как первичная медико-санитарная помощь, специализированные наркологические службы, больницы и клиники и социальные службы являются основными партнерами в рамках лечения и сетевого взаимодействия в целях оказания помощи на уровне местного сообщества. Кроме того, необходимо сформировать более широкие партнерские взаимоотношения с другими субъектами на уровне местного сообщества, такими как:

- гражданское общество / НПО (в том числе предоставляющими аутич-услуги, услуги профессиональной подготовки, отдельные мероприятия последующего наблюдения);
- полиция (участие в скрининге, направлении на лечение);
- система уголовного правосудия (в том числе предоставления лечения как альтернативы осуждению и наказанию, а также предоставление лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков, в местах лишения свободы, и организация услуг диспансерного наблюдения по месту жительства после освобождения);
- профессиональные организации (включая организации, предоставляющие правовую поддержку);
- отраслевые организации и предприятия сферы услуг (для создания профессиональных возможностей);
- организованные группы людей, употребляющих наркотики, и людей, поддерживающих ремиссию (предоставление взаимопомощи);
- организованные группы людей, объединяемых половой или этнической принадлежностью;
- образовательные и научно-исследовательские учреждения;
- молодежные организации и молодежные лидеры;
- духовные / религиозные организации (например предоставляющие место для ночлега);
- духовные и общественные лидеры;
- органы самоорганизации населения;
- члены семьи.

Чтобы обеспечить контакт и направление пациентов в службы, отвечающие их потребностям, необходимо, чтобы службы и секторы координировали планы лечения и ведения пациентов (UNODC, 2014). Координаторы ведения пациентов должны работать с пациентами, членами осуществляющих лечение бригад и служб или организаций в целях выбора наилучшего сочетания вмешательств и поддержки. Координаторы ведения пациентов должны также осуществлять непрерывную оценку текущих результатов лечения. Таким образом координация ведения пациентов гарантирует постоянный доступ к услугам сети направления к специалистам и оказания поддержки, а также эффективное использование ресурсов. Приводимая ниже диаграмма (рисунок 4) отражает функционирование системы ведения пациентов с точки зрения людей, употребляющих наркотики и попадающих в систему лечения. «Неправильного» входа в систему не существует, поскольку различные терапевтические службы взаимосвязаны и взаимодействуют, чтобы обеспечивалась возможность направить пациентов в учреждение, которое соответствует степени тяжести имеющегося у них расстройства и их индивидуальным потребностям.

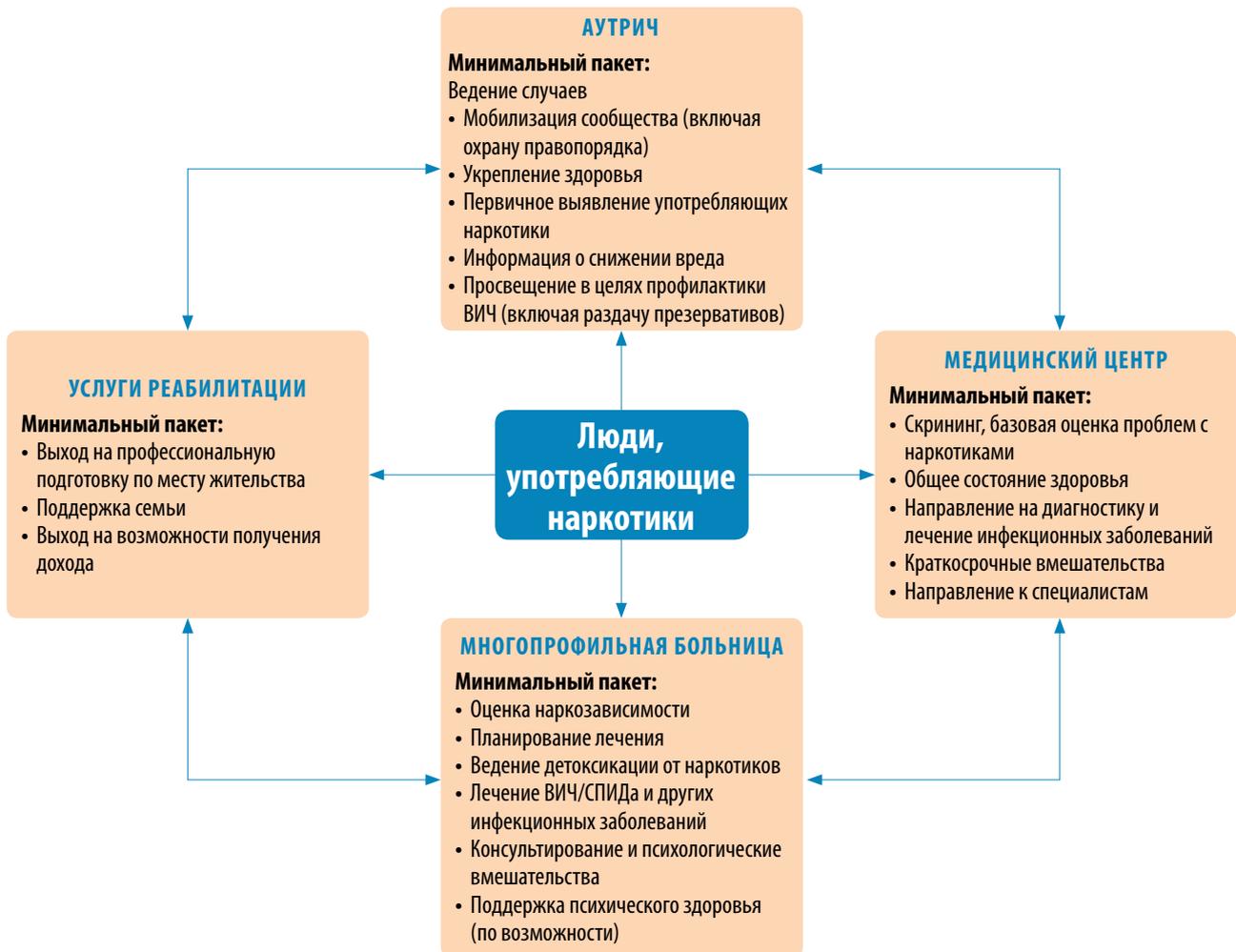


Рисунок 4. Модель ведения пациентов и лечения тех, кто употребляет наркотики и имеет расстройства, связанные с употреблением наркотиков (UNODC, 2014)

3.4.3 Устойчивое поддержание ремиссии

Поддержанием ремиссии считается «[...] непрерывный процесс и опыт, посредством которого индивиды, семьи и сообщества пользуются внутренними и внешними ресурсами для борьбы с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, активно работая над снижением собственной постоянной уязвимости к таким расстройствам и улучшая свою способность вести здоровую, продуктивную и содержательную жизнь» (по материалам (White, 2007)). В рамках этой модели поддержание ремиссии является конечной целью на любом этапе континуума лечения, при любой стадии расстройства и в различных условиях (см. таблицу 1): от низкопороговых аутрич-услуг до интенсивного лечения в стационаре или учреждении длительного пребывания. На пути к ремиссии пациентам могут потребоваться различные услуги и вмешательства, и важно гарантировать непрерывность оказания услуг лечения и помощи, а также поддержания ремиссии.

Услуги по лечению в рамках модели устойчивого поддержания ремиссии, как и любые другие услуги по лечению наркозависимости, за исключением опасных для жизни чрезвычайных ситуаций, должны оказываться на добровольной основе и быть направлены на минимизацию перебоев в лечении. Несмотря на то, что конечной целью является устойчивая ремиссия, важно осознавать, что расстройства, связанные с употреблением наркотиков, часто носят хронический и рецидивирующий характер и что пациентам может неоднократно потребоваться сеть оказания услуг по лечению для обеспечения адекватной поддержки и положительных результатов лечения.

Широкий спектр услуг и вмешательств, ориентированных на поддержание ремиссии, может быть реализован в разных контекстах, в различных учреждениях и на разных этапах лечения расстройств, связанных с

употреблением наркотиков. УНП ООН опубликовало документ по передовой практике в области устойчивого поддержания ремиссии (UNODC, 2008b), в котором представлены примеры со всего мира и подробные практические рекомендации. В документе определены восемь областей «капитала поддержания ремиссии» в качестве ориентировочных направлений работы и вмешательств, требующих учета на постоянной основе (рисунок 5).



Рисунок 5. Основные элементы реабилитации, нацеленной на поддержание ремиссии, и социальной реинтеграции (UNODC, 2008b)

3.5 Эффективные системы лечения: выводы

- Система лечения должна гарантировать услуги лечения людей с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, которые физически и экономически доступны, основаны на фактических данных, разнообразны и предоставляются с акцентом на улучшение функционирования и повышение благополучия в целях обеспечения наивысшего достижимого уровня здоровья.
- Ресурсы системы лечения следует вкладывать туда, где они больше всего нужны. В качестве первого шага необходимо сосредоточиться на низкопороговых и легкодоступных услугах амбулаторного лечения и оказания помощи.
- Системы должны разрабатываться в соответствии с основным принципом общественного здравоохранения, согласно которому приоритет следует отдавать наименее инвазивным вмешательствам с наибольшей эффективностью и минимальными затратами для пациентов. Системы лечения должны включать «пирамиду» методов лечения наркозависимости с более интенсивными вмешательствами, предназначенными для пациентов с более серьезными или сложными потребностями.
- Эффективные системы лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков, должны разрабатываться и планироваться с использованием имеющихся данных, собранных и сопоставленных в рамках оценки потребностей и наркологических информационных систем. Однако отсутствие данных не должно быть причиной задержки внедрения и предоставления услуг по лечению наркозависимости и оказанию помощи.

- Необходимо создание информационных систем, которые послужат источником информации для разработки систем лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков или других психоактивных веществ. При разработке таких систем необходимо учитывать распространенность расстройств, связанных с употреблением наркотиков, и расстройств, связанных с употреблением других психоактивных веществ, среди населения, а также результаты мониторинга функционирования системы.
- Для предоставления доступного и разнообразного континуума лечения и помощи при расстройствах, связанных с употреблением наркотиков, могут использоваться различные модели организации обслуживания. Эффективное предоставление услуг людям с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, требует тесной координации между различными секторами (такими как здравоохранение, социальная сфера, правосудие и т. д.).

ГЛАВА 4

Формы, методы и терапевтические вмешательства при оказании помощи

Данная глава призвана предоставить обзор форм, методов и научно обоснованных вмешательств, которые доступны для ведения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, и сопутствующих нарушений здоровья.

В разделе 4.1 описываются пять основных форм оказания помощи, занимающихся реализацией вмешательств по профилактике и лечению, а именно:

- аутрич-работа на уровне местного сообщества;
- учреждения, не специализирующиеся на лечении людей с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ;
- специализированное амбулаторное лечение;
- специализированное краткосрочное стационарное лечение;
- специализированное долгосрочное лечение в учреждениях длительного пребывания.

В разделе 4.2 приводится более подробный разбор методов и вмешательств по лечению, которые могут использоваться в условиях всех форм оказания помощи упомянутых выше.

Такие методы и вмешательства включают:

- скрининг, краткосрочные вмешательства и направление на лечение;
- научно обоснованные психосоциальные вмешательства;
- научно обоснованные фармакологические вмешательства;
- выявление и ведение случаев передозировки;
- лечение сопутствующих психических и соматических заболеваний.

Как показано на рисунке 2, эффективное лечение расстройств, связанных с употреблением наркотиков, требует поэтапного, комплексного подхода. Людям с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, для улучшения их здоровья и благополучия необходима непрерывность оказания помощи на всех уровнях и этапах (см. разделы 4.2 и 4.2.6, где более подробно описываются вмешательства и поддержание ремиссии, соответственно).

Определенным группам населения с особыми потребностями может потребоваться особое лечение и особые условия оказания помощи. Речь идет о потребностях, связанных с определенными психоактивными веществами или их комбинациями; со здоровьем людей с сопутствующими заболеваниями, такими как ВИЧ или психические расстройства, а также с ограниченными возможностями; с определенными возрастными группами (такими как дети, подростки и пожилые люди) и гендером (женщины и беременные); о людях с различной сексуальной ориентацией и гендерной идентичностью; о людях с необходимостью социальной помощи (например среди бездомных, социально маргинализированных, живущих в бедности, неграмотных и лиц с ограниченным образованием); о людях, живущих в отдаленных и сельских районах; об этнических меньшинствах, беженцах и мигрантах; секс-работниках и людях, находящихся в контакте с системой уголовного правосудия. В главе 5 подробно описаны особенности предоставления лечения и помощи определенным группам населения или группам с особыми потребностями.

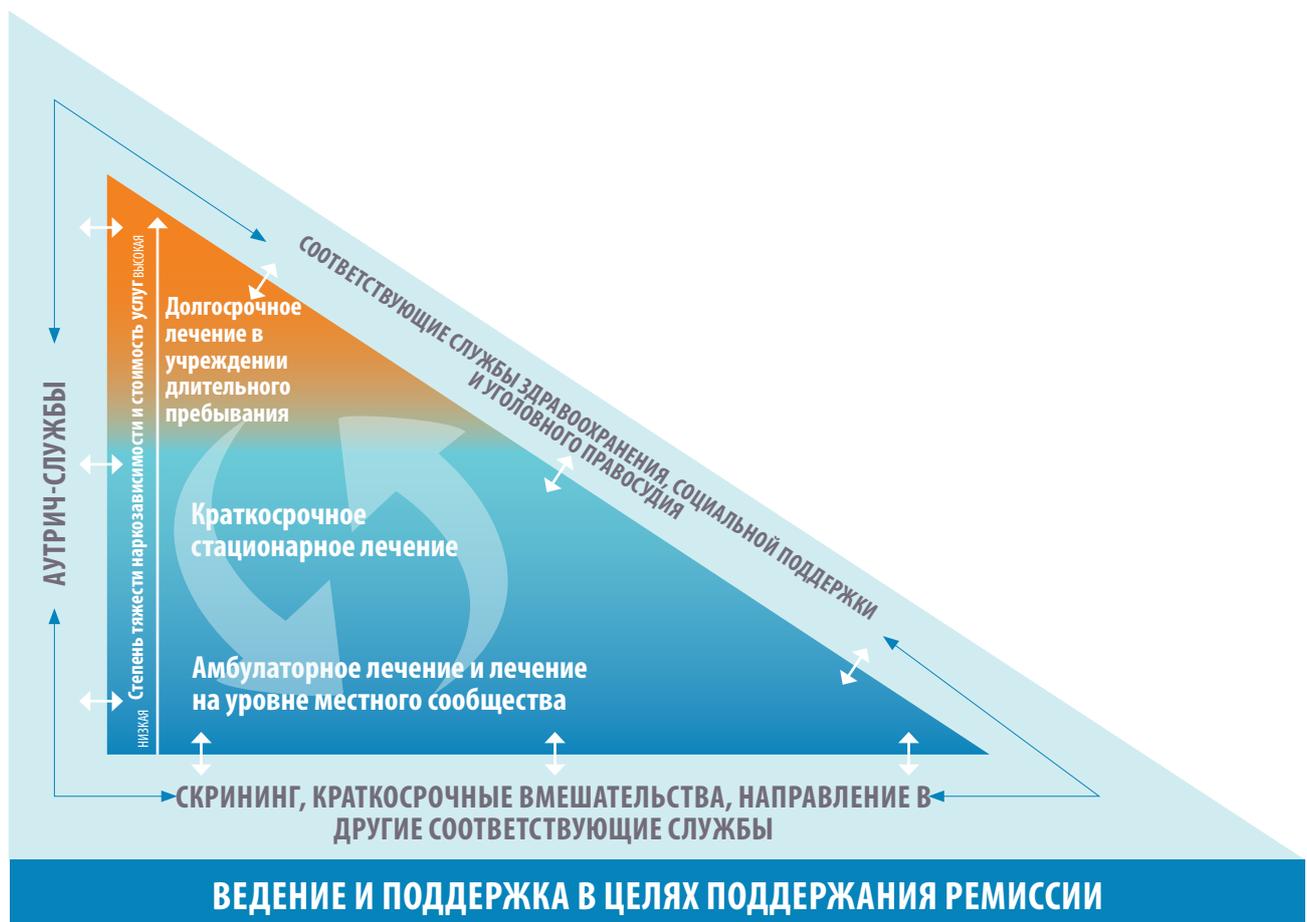


Рисунок 6. Модель эффективной и комплексной системы лечения применительно к соответствующим службам и методам

4.1 Формы оказания помощи

4.1.1 Аутрич на уровне местного сообщества

Описание

Аутрич-мероприятия являются важным компонентом комплексной системы лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств. В среднем от возникновения расстройства, связанного с употреблением наркотиков, до обращения за лечением проходит много лет. Именно в этот период аутрич-мероприятия направлены на установление контакта с лицами, употребляющими наркотики, и мотивацию их к обращению за медицинской помощью. Цель состоит в том, чтобы минимизировать время между возникновением расстройства и началом лечения, тем самым сокращая негативные последствия употребления наркотиков для здоровья и общества. Аутрич-услуги на уровне местного сообщества направлены также на оказание помощи людям, страдающим от употребления наркотиков другими людьми (включая сексуальных партнеров и лиц, использующих общие иглы). Аутрич-работники часто являются представителями местного сообщества. Поскольку они родились или живут в обслуживаемом ими сообществе, аутрич-работники знакомы с местными субкультурами употребления наркотиков и имеют представление о ресурсах, которые доступны на уровне данного сообщества. Вполне возможно, что и сами они раньше или время от времени употребляли наркотики. Работая вне рамок структурированного лечения или не будучи представителями медицинских учреждений, аутрич-работники устанавливают неформальные и гарантирующие безусловную поддержку отношения с людьми, которые употребляют наркотики. Такой подход помогает сформировать позитивную связь между аутрич-работником и людьми, употребляющими наркотики. Соответственно, этот подход позволяет облегчить доступ к базовым услугам здравоохранения и социальной поддержки, а также к имеющимся специализированным услугам по лечению расстройств, связанных с употреблением наркотиков. У людей, употребляющих наркотики, повышается мотивация к обращению за услугами медицинской помощи и социальной поддержки, в том числе для лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков. Это связано с новым, положительным опытом взаимодействия такого человека и аутрич-работника, разительно контрастирующим с предыдущим опытом, который отличала социальная изоляция, беспомощность и безнадежность. Степень стигматизации, которой окружено употребление наркотиков, может привести к тому, что люди, употребляющие наркотики, не будут знать о доступных вариантах лечения. Стигматизация также может препятствовать их доступу к услугам традиционных медицинских и социальных служб. Аутрич-работники играют важную роль в донесении до людей, употребляющих наркотики, информации об услугах по лечению. Такие работники помогают защитить здоровье, устранить преграды на пути доступа к услугам социальной поддержки и предложить людям, употребляющим наркотики, возможности лечения.

Аутрич-работники признают влияние социальных сетей на людей с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков. Кроме того, они признают важность таких сетей как фактора, влияющего на показатели здоровья и социального благополучия, и используют их для того, чтобы влиять на поведение людей и популяризировать здоровое поведение. Во многих аутрич-моделях используется сочетание индивидуальных вмешательств и мероприятий на базе социальных связей.

Целевые группы

Аутрич-работа, прежде всего, адресована тем людям, чье употребление наркотиков характеризуется высоким риском (например потребителям инъекционных наркотиков или потребителям, комбинирующим несколько наркотических веществ), что часто ассоциировано с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, особенно в обособленных сообществах, которые могут не иметь доступа к услугам медицинской помощи и социальной поддержки. К числу таких лиц относятся:

- люди, не имеющие доступа к услугам медицинской помощи из-за крайней бедности, социальной изоляции и дискриминации;
- люди, которые не считают свое употребление наркотиков и связанные с ним расстройства проблемой или не готовы начать лечение, воздерживаться от употребления наркотиков или сократить их употребление;

- люди, имеющие опыт безуспешного лечения и многократного возвращения к употреблению наркотиков, которые отчаялись и больше не доверяют услугам лечения;
- закрытые группы людей, употребляющих наркотики, в том числе женщины, секс-работники, нелегальные иммигранты и люди, проживающие в отдаленных районах;
- люди, чье поведение в связи с использованием наркотиков связано с повышенным риском, например практикующие совместное использование игл или незащищенный секс;
- молодые люди, употребляющие синтетические наркотики и не имеющие представления о возможных последствиях употребления наркотиков для их здоровья.

Цели

Аутрич-работа на уровне местного сообщества направлена на выявление целевых групп, установление с ними контакта и предоставление им на безусловной основе услуг и вмешательств по месту их пребывания, в том числе вмешательств, направленных на снижение вреда. Еще одной целью является предложение и стимулирование доступа к имеющимся методам лечения. Аутрич-работа возможна в любом сообществе, включая «виртуальные» сообщества онлайн.

В первую очередь, аутрич-работа имеет целью установление контакта с целевыми группами людей, употребляющих наркотики, и предоставление им необходимых услуг. Аутрич-работа ориентирована на создание доброжелательной и благоприятной атмосферы, которая позволила бы лицам, нуждающимся в помощи и поддержке, преодолеть имеющиеся у них опасения и недоверие.

На следующем этапе аутрич-персонал может приступать к удовлетворению медико-социальных потребностей людей, употребляющих наркотики, способствуя предотвращению неблагоприятных последствий, таких как передозировка, инфекции, межличностное и физическое насилие, сексуальная эксплуатация, несчастные случаи, истощение, бездомность и участие в преступной деятельности. Инициативы по защите и улучшению здоровья людей, употребляющих наркотики, с точки зрения общественного здравоохранения всегда направлены на улучшение здоровья и благополучия более широких слоев общества.

Со временем аутрич-работники могут способствовать формированию у людей, употребляющих наркотики, мотивации к положительным изменениям в части употребления ими наркотиков и поведения, связанного со здоровьем, и к добровольному участию в лечебных мероприятиях. Однако привлечение людей к лечению от расстройств, связанных с употреблением наркотиков, не является основным или единственным направлением аутрич-работы.

Аутрич-службы имеют все возможности для восстановления связи между целевыми группами населения и сообществом путем укрепления доверия внутри сообщества, уменьшения стигматизирующего и дискриминирующего отношения к целевым группам, чтобы, в конечном итоге, оказать положительное воздействие на сообщество в целом.

Модели и компоненты

Разработано несколько моделей и видов аутрич-вмешательств. В целом, разнообразие аутрич-стратегий является отражением возможности охватить целевые группы населения и предоставить им необходимые услуги. Разнообразие также позволяет определить, какая конкретно аутрич-деятельность может принести оптимальную отдачу, и выбрать комбинацию аутрич-стратегий, которые лучше всего дополняют друг друга.

Аутрич-программы весьма существенно различаются в зависимости от ситуации на местах, но, как правило, на основе предварительной оценки местных условий необходимо обеспечить наличие следующих основных услуг:

- информирование и обеспечение связи со службами, занимающимися удовлетворением базовых потребностей (безопасность, вода, еда, приют, средства гигиены и одежда);
- программы замены игл и шприцев;
- программы распространения презервативов;
- профилактика, выявление и ведение случаев передозировки, в том числе с выдачей налоксона на дом;
- добровольное тестирование на ВИЧ и гепатит с консультированием;
- информирование и обеспечение связи со службами, занимающимися профилактикой, диагностикой и лечением ВИЧ/СПИДа;
- информирование и обеспечение связи со службами, занимающимися вакцинированием (против гепатита В), профилактикой, диагностикой и лечением вирусного гепатита;
- информирование и обеспечение связи со службами, занимающимися профилактикой, диагностикой и лечением инфекций, передаваемых половым путем и туберкулеза;
- целенаправленное информирование, просвещение и разъяснительная работа с людьми, употребляющими наркотики, и их сексуальными партнерами по вопросам воздействия наркотиков, рисков, связанных с употреблением наркотиков, в также подходов к минимизации вреда для здоровья и социального функционирования в результате употребления наркотиков;
- информирование о существовании групп взаимоподдержки (таких как Анонимные Наркоманы, Нар-Анон, Soaіne Anonіmous и других групп взаимопомощи, опирающихся на поддержку равных равными) и помощь в доступе к таким группам;
- мероприятия, направленные против стигматизации, повышение осведомленности о таких мероприятиях и популяризация противодействия стигматизации в сообществе;
- скрининг и краткосрочные вмешательства в отношении употребления психоактивных веществ;
- базовое консультирование;
- информирование о наличии и помощь в доступе к основным услугам медицинской помощи (например при необходимости обработки ран) и социальной поддержки (включая обеспечение пищей, средствами гигиены, предоставление убежища);
- вмешательства в кризисных ситуациях;
- юридическая поддержка;
- направление на другие виды лечения и помощи, а также за услугами по поддержанию ремиссии;
- направление в другие медико-социальные службы, при необходимости.

Что касается людей, употребляющих инъекционные наркотики, в совместной публикации ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС *Техническое руководство для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков*, впервые изданной в 2009 г., содержится описание научно обоснованных вмешательств по профилактике ВИЧ и некоторых других инфекций, связанных с употреблением инъекционных наркотиков, а также по улучшению доступа к лечению и уходу по поводу ВИЧ.

Выделяются три основных вида аутрич-работы: уличная, по месту жительства и в местах временного пребывания людей, употребляющих наркотики.

Уличная аутрич-работа осуществляется за пределами какой-либо организации, например на улицах, в барах, клубах, сквотах и на железнодорожных вокзалах. Такая работа, в основном, мобильна и может выполняться пешком или на специально выделенном транспортном средстве.

Аутрич-работа по месту жительства осуществляется на дому у представителей целевых групп населения. Такая работа важна в случаях, когда нет открытой наркосцены или когда люди, употребляющие наркотики, изолированы от своих сообществ вследствие стигматизации и дискриминации. Аутрич-работа по месту жительства включает регулярное посещение людей, употребляющих наркотики, на дому.

Аутрич-работа в местах временного пребывания осуществляется в определенных местах: там, где люди либо уже имеют доступ к определенным услугам (таким как программы распределения игл и шприцев), либо там, где наиболее высока вероятность встретить представителей целевых групп населения (например в местах лишения свободы, борделях, приютах для бездомных или объектах социального жилья). Вместо работы с отдельными лицами аутрич-работа в местах временного пребывания предполагает работу с организациями и теми местами, где могут находиться представители целевых групп населения. Такой вид аутрич-работы предполагает расширение круга людей, которые получают информацию в рамках социального просвещения, а также подготовку большего числа внештатных и штатных работников, занимающихся просвещением и аутрич-работой со своими клиентами.

Аутрич-вмешательства обычно осуществляются мобильными аутрич-подразделениями, группами людей, работающих из микроавтобуса или иного мобильного транспортного средства, что позволяет оказывать услуги более широкой группе лиц, особенно в сельской местности и пригородных районах крупных городов.

Центры поддержки (drop-in centers) могут предоставлять аутрич-услуги и (или) низкопороговые услуги на уровне местного сообщества. Центры поддержки предоставляют услуги на доступной и постоянной основе, зачастую в течение ночи, людям, употребляющим наркотики, контакт с которыми был достигнут в рамках уличной аутрич-работы. Центры поддержки ориентированы на удовлетворение базовых потребностей, таких как потребности в еде, одежде, средствах личной гигиены и крове. Такие центры могут также предоставлять информацию медицинского характера и направлять к специалистам, проводить тестирование на ВИЧ и гепатит, оказывать юридическую помощь, базовую социальную поддержку и другие дополнительные услуги.

Аутрич-работники должны быть знакомы с обслуживаемыми ими местными сообществами и сами пользоваться услугами медико-социальной помощи. Им необходима надлежащая подготовка по следующим направлениям работы:

- установление доверия и предоставление точной информации людям, употребляющим наркотики;
- распознавание кризисных ситуаций и реагирование на них;
- тестирование на ВИЧ и гепатит и соответствующее консультирование;
- предоставление поддержки по поводу:
 - выявления и ведения случаев передозировки;
 - предупреждения и лечения ВИЧ, ТБ и вирусного гепатита;
 - профилактики и лечения инфекций, передаваемых половым путем;
 - выявления и ведения других нарушений здоровья, в том числе психических расстройств и суицидального поведения;
- предоставление доступа к услугам медико-социальной поддержки на уровне местного сообщества;
- повышение осведомленности в сообществе и предупреждение стигматизации и дискриминации в отношении людей с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков;

- взаимодействие с органами охраны правопорядка и системой уголовного правосудия;
- ведение документации.

Эффективная аутрич-программа является гибкой, адаптивной и чувствительной к потребностям отдельных лиц и групп населения (в зависимости от характера употребления наркотиков, возраста, гендера и социальной ситуации, среди прочего). Такая программа гарантирует конфиденциальность людей, вовлеченных в ее деятельность. Кроме того, имеются четкое изложение миссии, механизмы для мониторинга и оценки, а также четко сформулированная и актуальная документация.

Основные требования по ведению аутрич-работы на уровне местного сообщества

- Необходимы стратегии для выявления членов сообщества или людей, находящихся в общественных местах, которым необходимы аутрич-помощь или другие лечебные вмешательства.
- Необходимо наличие договоренностей между медицинским персоналом и сотрудниками правоохранительных органов, а также взаимопонимание между ними относительно преимуществ аутрич-работы.
- Необходимо наличие основных аутрич-вмешательств (см. выше).
- Необходимо содействовать осуществлению ранних вмешательств для лиц с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, и сопутствующими проблемами.
- Необходима популяризация ранних вмешательств среди групп населения с особыми потребностями (в том числе беременных женщин, секс-работников, подростков, бездомных и т.д.).
- Информация о доступных услугах по лечению должна распространяться среди отдельных лиц и служб, непосредственно контактирующих с потенциальными пациентами.
- Аутрич-работники должны пропагандировать добровольный доступ к лечению (с согласия пациентов) расстройств, связанных с употреблением наркотиков.
- Необходимо наличие процедур поддержки членов семьи и сообщества в привлечении лиц с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, к участию в программах лечения.
- В целях обеспечения непрерывности оказания помощи следует хранить записи о дальнейшем направлении пациентов.
- Аутрич-работники из числа равных должны быть официально приняты на работу и обеспечены всей необходимой поддержкой.
- Аутрич-услуги должны отвечать принятым стандартам безопасности и сопровождаться разработкой мер политики в отношении безопасных условий труда и реагирования в случае чрезвычайных ситуаций.
- Специализированные вмешательства по лечению (например медицинские манипуляции, выдача лекарств, психологическое консультирование или психотерапия) всегда должны осуществляться персоналом, имеющим соответствующую квалификацию и лицензии.
- Аутрич-работа на уровне местного сообщества должна способствовать установлению связей и взаимодействия с сообществами и заинтересованными сторонами вне сектора здравоохранения, в том числе с группами гражданского общества и НПО, занимающихся вопросами употребления наркотиков, с группами взаимопомощи, духовными и общественными лидерами, образовательными, спортивными и культурно-досуговыми учреждениями и организациями, а также с системой уголовного правосудия.

4.1.2 Учреждения, не специализирующиеся на лечении людей с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков

Описание

Это учреждения, которые играют роль в скрининге, выявлении, профилактике и лечении расстройств, связанных с употреблением наркотиков, а также в осуществлении краткосрочных вмешательств и направлении на лечение, но которые не созданы или не предназначены для предоставления специализированного лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков. К ним относятся такие учреждения здравоохранения, как учреждения первичной медико-санитарной помощи, службы неотложной медицинской помощи, больницы общего профиля, учреждения дородовой помощи, службы социального обеспечения, школьные медицинские службы, тюремные медицинские службы и некоторые психиатрические учреждения. Скрининг и краткосрочные вмешательства могут осуществляться быстро и с минимальными затратами, что приводит к минимальным сбоям в предоставлении других услуг.

Целевые группы

Целевая группа включает людей, употребляющих наркотики, в том числе тех, кто испытывает побочные эффекты или уже страдает от расстройства, связанного с употреблением наркотиков, но не контактирует со специализированными учреждениями здравоохранения. Такие учреждения подходят для работы с людьми, употребляющими наркотики или страдающими расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, в том числе для людей, злоупотребляющих наркотическими средствами. Людям с наркозависимостью может потребоваться направление на более комплексное лечение в специализированных учреждениях. Тем не менее, многие люди с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, могут получать надлежащее лечение в неспециализированных учреждениях при поддержке, по мере необходимости, со стороны специализированных служб по лечению расстройств, связанных с употреблением наркотиков.

Цели

Когда речь идет об употреблении наркотиков, основная цель учреждений заключается в своевременном выявлении людей, употребляющих наркотики, и лиц с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, предоставлении им вмешательств, способствующих изменению поведения, и направлению их, при необходимости, на специализированное лечение. Для людей с положительным результатом скрининга на употребление наркотиков целесообразным и эффективным может быть проведение краткосрочного вмешательства в неосуждающей и мотивирующей манере. Скрининг также может помочь выявить людей с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ. Раннее вмешательство может предотвратить осложнения и не допустить дальнейшего прогрессирования расстройств, связанных с употреблением наркотиков, что в конечном итоге может потребовать более комплексной оценки, а также специализированного лечения. Неспециализированные учреждения могут иметь необходимые возможности для лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков, включая фармакологическое лечение, такое как поддерживающая терапия агонистами опиоидных рецепторов при опиоидной зависимости. Для этого необходима надлежащая подготовка клинического персонала и поддержка со стороны специализированных лечебных служб. В отсутствие медицинских служб, созданных и предназначенных для лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков, неспециализированные лечебные учреждения могут использоваться в качестве основных учреждений для лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков.

Модели и компоненты

Как правило, скрининг, краткосрочное вмешательство и направление на лечение – это основной подход, используемый в учреждениях здравоохранения, не специализирующихся на лечении расстройств, связанных с употреблением наркотиков. В разделе 4.2.1 приводится более подробное описание данного подхода. В клинических учреждениях с высокой распространенностью употребления психоактивных веществ среди клиентов рекомендуется проведение систематического скрининга всех клиентов без исключения. В числе таких учреждений:

- учреждения первичной медико-санитарной помощи в экономически неблагополучных районах;
- психиатрические службы без специализированных программ лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков;
- больницы общего профиля, включая службы оказания экстренной медицинской помощи;
- клиники по охране сексуального здоровья;
- инфекционные больницы, службы по борьбе с ВИЧ / гепатитом / ТБ;
- социальные службы и учреждения социальной защиты, включая службы, работающие с людьми, которые:
 - проживают в небезопасных условиях;
 - живут и работают на улице;
 - переводятся из закрытых учреждений;
 - находятся в контакте с системой уголовного правосудия.

В других случаях может потребоваться оппортунистический скрининг при обнаружении конкретных медицинских или социальных факторов, связанных с употреблением наркотиков, или повышенной вероятности употребления наркотиков.

Показатели эффективности подхода с использованием скрининга, краткосрочного вмешательства и направления на лечение могут включать: количество скрининговых мероприятий, осуществленных каждым из обученных сотрудников учреждения; долю пациентов с положительным результатом скрининга (необычно высокое или необычно низкое количество положительных результатов скрининга может свидетельствовать о наличии проблемы); долю пациентов с положительным результатом скрининга, получивших не менее одной консультации в рамках краткосрочного вмешательства; долю пациентов с положительным результатом скрининга, прошедших необходимую диагностику и направленных на лечение; долю пациентов, направленных на лечение, которые приступили к лечению.

Неспециализированные лечебные учреждения могут играть важную роль в предоставлении фармакологического и психосоциального лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков. Это особенно актуально в тех случаях, когда усилия по разработке мероприятий системы здравоохранения в ответ на расстройства, связанные с употреблением наркотиков, зависят от потенциала первичной медико-санитарной помощи, имеющегося для борьбы с употреблением наркотиков и расстройствами, связанными с употреблением наркотиков. Поддержка со стороны специализированных служб в этом случае подключается на более позднем этапе. Многие пациенты с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, могут получить надлежащее лечение в неспециализированных учреждениях с меньшими общими затратами для систем здравоохранения и клиентов. Необходимо наращивать потенциал врачей, медицинских сестер, акушерок, клинических психологов и социальных работников по выявлению случаев употребления наркотиков и расстройств, связанных с употреблением наркотиков, и вовлекать пациентов в лечение и оказание помощи в условиях конфиденциальности и соблюдения прав человека. Это имеет решающее значение для расширения охвата и повышения качества лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков. Неспециализированные лечебные учреждения должны обладать потенциалом для диагностики, лечения и, при необходимости, направления в специализированные лечебные учреждения пациентов с острыми клиническими состояниями, вызванными приемом наркотиков, такими как передозировка, синдром отмены и психозы, вызванные приемом наркотических средств. Важно формализовать отношения между поставщиками услуг, а также согласовать процедуры направления и обратного направления между различными уровнями оказания услуг, чтобы гарантировать эффективную работу систем направления за специализированной помощью.

Неспециализированные учреждения играют важную роль в предоставлении и распространении научной информации об употреблении наркотиков и их влиянии на здоровье. Такие учреждения играют важную роль в борьбе со стигматизацией и дискриминацией в связи с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков. Кроме того, они повышают осведомленность общественности об употреблении психоактивных веществ, его влиянии на здоровье и доступных эффективных и этических вариантах лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ.

Важно обеспечить эффективную координацию и организационные связи между различными уровнями предоставления услуг. Специализированные лечебные учреждения могут оказывать поддержку персоналу неспециализированных лечебных учреждений, клиенты которых нуждаются в консультации специалиста или дополнительных услугах, включая комплексную диагностическую оценку или особые методы лечения. Такая работа может осуществляться удаленно с помощью веб- и телеконсультаций, особенно в сельских и отдаленных районах, где отсутствуют специализированные лечебные учреждения.

Основные требования для учреждений, не специализирующихся на лечении расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ

- Медицинские учреждения и организации, как относящиеся, так и не относящиеся к системе здравоохранения, которые обслуживают группы населения с высокой распространенностью употребления наркотиков и расстройств, связанных с употреблением наркотиков, должны обладать потенциалом для скрининга людей на употребление наркотиков и на расстройства, связанные с употреблением наркотиков.
- Пациенты всех без исключения медицинских учреждений должны подвергаться скринингу на употребление наркотиков и расстройства, связанные с употреблением наркотиков, при наличии клинических признаков употребления наркотиков и их воздействия на здоровье. Скрининг должен проводиться при информированном согласии пациента с соблюдением принципов защиты частной жизни и конфиденциальности, а также с учетом предпочтений пациента.
- Медицинские и социальные работники должны быть обучены проведению скрининга, краткосрочного вмешательства и направления на лечение по поводу расстройств, связанных с употреблением наркотиков, и иметь доступ к непрерывному обучению и профессиональному сопровождению.
- Риски, связанные с проведением скрининга, краткосрочного вмешательства и направления на лечение по поводу употребления наркотиков и расстройств, связанных с употреблением наркотиков, должны быть снижены, а также должно быть гарантировано уважение прав и достоинств человека, включая конфиденциальность пациентов.
- Скрининг и последующее лечение должны быть добровольными, основанными на информированном согласии пациента и его праве отказаться от участия на любом этапе.
- Неспециализированные учреждения должны обладать потенциалом для диагностической оценки, ведения и, при необходимости, направления пациентов с острыми клиническими состояниями, вызванными употреблением наркотиков, к специалистам.
- В дополнение к процедурам направления и обратного направления между различными уровнями оказания услуг необходимо наличие официальной координации и установленных взаимоотношений между поставщиками услуг.
- Специализированная помощь, включая медицинскую, психологическую, психотерапевтическую, социальную и образовательную помощь, всегда должна осуществляться персоналом, имеющим соответствующую квалификацию и лицензии.

4.1.3 Специализированное амбулаторное лечение

Описание

Специализированные амбулаторные лечебные учреждения обычно создаются на базе местного сообщества, доступны для членов местного сообщества и предназначены для лечения расстройств, связанных с

употреблением наркотиков. Амбулаторные услуги значительно различаются по составу и интенсивности. Как правило, амбулаторное лечение расстройств, связанных с употреблением наркотиков, проводится либо специалистами в области медико-социальной помощи, специализирующимися на лечении расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, либо, в более широком смысле, в контексте лечения психических заболеваний.

Основные вмешательства по лечению, обычно предлагаемые в амбулаторных учреждениях, включают:

- комплексное обследование;
- психосоциальные вмешательства;
- фармакологические вмешательства;
- ведение психических и соматических сопутствующих заболеваний;
- социальную помощь и поддержку.

Все пациенты должны быть обследованы и получить индивидуальные планы лечения, которые регулярно пересматриваются. Выписка должна планироваться так, чтобы обеспечить непрерывность лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков, или ведение ремиссии, а также последующее направление для лечения сопутствующих психических и других заболеваний (по показаниям).

Целевые группы

Специализированные амбулаторные лечебные учреждения могут обеспечивать осуществление широкого спектра профилактических и лечебных мероприятий и обслуживать широкий круг людей. Некоторые виды вмешательств, такие как психологическая терапия, фармакотерапия или психосоциальные вмешательства, могут изначально больше подходить для людей, заинтересованных в лечении. Однако при доступности дополнительной поддержки (например жилья) амбулаторное лечение может принести пользу большинству людей с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков (см. также пирамиду услуг в Главе 3).

Цели

Основные цели амбулаторного лечения – помочь пациентам прекратить или сократить употребление наркотиков, минимизировать негативные последствия употребления наркотиков для здоровья и социального функционирования, выявлять и лечить сопутствующие психические и соматические заболевания, оказывать психологическую поддержку, снизить риск рецидива и передозировки и улучшить самочувствие и социальное функционирование в процессе долгосрочной ремиссии.

Модели и компоненты

Услуги и программы амбулаторного лечения значительно различаются в зависимости от уровня интенсивности услуг и диапазона предлагаемых вмешательств.

Программы высокой интенсивности

Такие программы, как интенсивное лечение в течение дня, предусматривают взаимодействие с пациентами (в том числе ежедневно или несколько часов интенсивного лечения в течение одного или нескольких дней в неделю).

Программы средней или низкой интенсивности

Меры более низкой интенсивности могут включать еженедельные групповые сеансы поддержки, индивидуальное психологическое лечение, санитарное и наркологическое просвещение, поддержку со стороны равных и менее интенсивную социальную поддержку.

В ходе амбулаторного лечения медицинские работники могут регулярно оценивать уровень употребления наркотических и других психоактивных веществ, а также состояние соматического и психического здоровья пациентов. Регулярное сотрудничество со смежными службами помощи имеет важное значение и должно включать интеграцию или увязку амбулаторного лечения с медицинскими услугами по лечению психических расстройств, ВИЧ, вирусного гепатита, туберкулеза, инфекций, передаваемых половым путем, а также с другими соответствующими услугами здравоохранения.

Необходимо регулярное сотрудничество со службами социальной поддержки и другими ведомствами в целях облегчения доступа к образованию, трудоустройству, жилищному обеспечению, правовой помощи, социальному обеспечению и социальной поддержке для людей с инвалидностью. Амбулаторные службы должны поощрять более активную роль пациентов в организации и проведении лечения. Кроме того, они должны использовать поддержку тех людей, которые имеют опыт употребления наркотиков или наркологического лечения и находятся в состоянии ремиссии.

Задачи лечения решаются при использовании (тогда и так, как это целесообразно) сочетания фармакологических и психосоциальных вмешательств. В идеале, программы амбулаторного лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков, должны предлагать широкий спектр услуг для решения различных проблем, затрагивающих пациентов из разных слоев общества.

Компоненты и мероприятия, реализуемые в специализируемых амбулаторных учреждениях, могут включать:

- комплексное медицинское и психосоциальное обследование при поступлении;
- разработку индивидуальных планов лечения (на основе комплексного обследования);
- непрерывную оценку, клиническую оценку и анализ успешности лечения пациента в соответствии с планом, а также активное участие пациента в принятии решений относительно лечения;
- медикаментозную детоксикацию при наличии показаний;
- психосоциальные терапевтические вмешательства по поводу расстройств, связанных с употреблением наркотических средств;
- фармакологические лечебные вмешательства при расстройствах, связанных с употреблением наркотиков, например, начало поддерживающего лечения агонистами опиоидных рецепторов при наличии показаний;
- фармакологическое и психосоциальное лечение сопутствующих психических и соматических заболеваний;
- установление контакта с семьей и близкими людьми из круга общения пациента, чтобы привлечь их к участию в проводимом лечении;
- интенсивную социальную поддержку, включая размещение и трудоустройство;
- планирование выписки, что включает: профилактику рецидивов и передозировки, направление в другие службы, поддержание ремиссии и продолжение лечения сопутствующих психических и соматических заболеваний (при необходимости).

Психосоциальные вмешательства

В программах амбулаторного лечения следует использовать психосоциальные вмешательства для устранения мотивационных, поведенческих, психологических и социальных факторов. Такие вмешательства должны иметь доказательства их эффективности в сокращении употребления наркотиков, минимизации связанных с этим рисков, повышении приверженности лечению, а также вклада в воздержание и профилактику рецидивов. В разделе 4.2 представлена более подробная информация о психосоциальных и поведенческих вмешательствах.

Фармакологические вмешательства

Лекарственные средства могут быть очень полезны при ведении и (или) лечении различных расстройств, связанных с употреблением наркотиков, и нарушений здоровья, вызванных употреблением наркотиков, таких как интоксикация и передозировка, синдром отмены, а также различных сопутствующих заболеваний. Фармакологические вмешательства следует, по мере необходимости, проводить наряду с психосоциальными

вмешательствами. В разделе 4.2 представлена более подробная информация о фармакологических вмешательствах.

Организация лечения

Специализированные амбулаторные учреждения должны иметь определенную структуру и систему управления с четким описанием индивидуальных должностей и определенных компетенций персонала. Методы отбора, найма и обучения персонала должны соответствовать действующим правовым нормам и установленным внутренним правилам. При организации лечебных услуг следует учитывать потребности и количество пациентов.

Необходимо, чтобы планы лечения гарантировали последовательный характер оказания помощи и учитывали альтернативные пути лечения на случай частичного или полного неуспеха первоначального плана лечения и выбывания из программы лечения.

Для осуществления специализированного лечения и оказания соответствующей помощи (например медицинской, психологической, психотерапевтической, социальной и образовательной) необходим персонал, обладающий соответствующими квалификациями.

Пациентам с сопутствующими заболеваниями лечение должно предоставляться либо на месте в рамках интегрированной системы предоставления услуг, либо в других местах в рамках связанных услуг и соответствующих систем координации и направления к специалистам. Нет необходимости дожидаться воздержания от приема опиоидов или других наркотических веществ, прежде чем начать лечение туберкулеза, гепатита или ВИЧ-инфекции.

Принудительная выписка может быть оправдана в интересах безопасности персонала и других пациентов. Однако, прежде чем прибегать к принудительной выписке, важно принять разумные меры для исправления ситуации, в том числе путем повторной оценки применяемого подхода к лечению. Одно лишь несоблюдение правил программы лечения не должно быть основанием для принудительной выписки. Если принудительная выписка неизбежна, следует предпринять все усилия для направления пациента в другие учреждения или отделения медицинской помощи.

Важно обсуждать случаи, когда сотрудник нарушил права пациента, оценивать их и документировать принятые меры в личном деле.

Поддержание ремиссии и социальная поддержка

Поддержание ремиссии сочетает в себе различные мероприятия, которые способствуют формированию и укреплению внутренних и внешних ресурсов (или «капитала поддержания ремиссии»), которые помогают пациентам добровольно и активно справляться с проблемами, связанными с употреблением наркотиков, и с их повторным возникновением, а также способствуют улучшению здоровья, благополучия и социальной интеграции. Некоторые из таких мероприятий возможно уже осуществляются дома у пациента, в микрорайоне или сообществе, в то время как другие требуют разработки. В разделе 4.2 представлена более подробная информация о поддержании ремиссии.

Основные требования к специализированным амбулаторным лечебным учреждениям

- Все имеющиеся лечебные услуги, процедуры, стратегии и нормы, а также ожидания пациенты от программ должны быть четко изложены и доступны (с согласия пациента и в соответствии с его предпочтениями и потребностями).
- Необходимо обеспечить наличие разнообразных структурированных психосоциальных вмешательств, включая, помимо прочего, различные формы индивидуального и семейного консультирования, психотерапию и психосоциальные вмешательства, социальную поддержку по вопросам жилья, занятости, образования, социального обеспечения и правовых аспектов.

- Необходимо наличие вариантов фармакологического лечения. В их числе: симптоматическое лечение расстройств, связанных с употреблением психостимуляторов, каннабиса и других наркотических средств, (например расстройств, вызванных сочетанным употреблением веществ); опиоидная заместительная поддерживающая терапия и фармакологическое лечение отмены опиоидов; применение налтрексона для профилактики рецидивов при опиоидной зависимости; применение налоксона при ведении передозировки.
- Выбор лечения и разработка индивидуального плана лечения для человека с расстройством, связанным с употреблением наркотиков, должны основываться на детальной оценке потребностей в лечении, соответствии лечения потребностям, согласии пациента с лечением и его доступности. У всех пациентов должны быть индивидуальные планы лечения, включающие ряд краткосрочных целей, но с учетом долгосрочной перспективы.
- В рамках оценки состояния пациента должно предусматриваться добровольное тестирование на ВИЧ и распространенные инфекционные заболевания, с консультированием до и после тестирования. Кроме того, пациентам с наиболее высоким риском заражения гепатитом В следует предложить вакцинацию против гепатита В.
- Лечение пациентов с ВИЧ, гепатитом и ТБ должно быть включено в специализированные медицинские услуги по поводу таких заболеваний или связано с ними.
- При необходимости пациентам следует предлагать доступ к другим методам лечения, поддержания ремиссии и психосоциальной поддержки.
- Пациентам и их родственникам должны быть предоставлена информация о круглосуточных службах экстренной медицинской помощи.
- Пациентам с коморбидностью должно быть на месте предоставлено лечение и помощь по поводу сопутствующих психических и соматических заболеваний или, если необходимо, направление в соответствующие службы медико-санитарной помощи.
- При необходимости следует обеспечить наличие лабораторных услуг в целях мониторинга прогресса и соблюдения режима лечения.
- При первичном обследовании всех пациентов следует тестировать (с согласия пациентов) на недавнее употребление наркотиков.
- Процесс и результаты предоставляемого лечения должны подвергаться периодической или постоянной оценке.
- При планировании выписки необходимо обеспечить непрерывность оказания помощи, поддержание ремиссии и альтернативные тактики лечения, которые могут быть использованы в случае частичного или полного неуспеха первоначального плана лечения.
- В целом, одно лишь несоблюдение правил программы лечения не должно быть основанием для принудительной выписки.
- Должны быть четко определены меры политики на случай ситуаций особого риска (таких как риск интоксикации или суицида).
- Лечебное учреждение или программа должны иметь определенную структуру и управление с четко прописанными ролями и компетенциями для отдельных должностей, а также методами отбора, найма и обучения персонала, которые соответствуют действующим правовым нормам и установленным внутренним правилам.
- Случаи нарушения прав пациента сотрудником и принятые меры должны быть надлежащим образом задокументированы в личных делах.
- Специализированная помощь, в том числе медицинская, психологическая, психотерапевтическая, социальная и образовательная, должна оказываться персоналом, имеющим соответствующие квалификации и лицензии.

4.1.4 Специализированное краткосрочное лечение в стационаре

Описание

Стационар для краткосрочного лечения представляет собой условия для оказания помощи в круглосуточном режиме с возможностью купировать острые проявления расстройств, связанных с употреблением наркотиков. К числу таких проявлений относятся осложненные состояния интоксикации, синдром отмены наркотических средств или иные острые клинические состояния, вызванные употреблением наркотиков, в том числе могущие возникнуть в первые дни или недели после прекращения употребления наркотических средств (или сочетанного употребления веществ). Специализированное краткосрочное лечение в стационаре может предоставляться в специализированных больницах для лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков, а также в психиатрических больницах или специализированных отделениях, или в рамках специализированных программ в больницах общего профиля, если там имеется должным образом обученный персонал и необходимое медицинское оборудование.

Кратковременное стационарное лечение дает возможность отказаться от наркотиков с минимальным дискомфортом и риском для здоровья. Оно позволяет временно прекратить воздействие вредных факторов окружающей человека среды. Кроме того, появляется возможность начать лечение расстройства, связанного с употреблением наркотиков, и получить необходимую психосоциальную поддержку, что может стать началом долгосрочного процесса ремиссии. Продолжительность пребывания в таком лечебном учреждении обычно варьируется от одной до четырех недель в зависимости от местной практики и клинической ситуации. В зависимости от употребляемых наркотиков, синдром отмены и другие острые нарушения здоровья, вызванные употреблением наркотиков, а также их лечение могут быть сопряжены со значительным риском для здоровья. Соответственно, краткосрочное стационарное лечение требует более тщательного медицинского контроля, чем долгосрочное стационарное лечение, которое обычно следует за острой фазой абстиненции (см. 4.1.5).

Целевые группы

Типичная целевая группа включает людей с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств (или сочетанного употребления веществ), у которых проявляются тяжелые симптомы синдрома отмены после прекращения употребления наркотиков или другие острые клинические нарушения, вызванные употреблением наркотиков. Синдром отмены седативных и опиоидных препаратов может быть тяжелым, особенно у людей, употребляющих седативные препараты (такие как бензодиазепины или барбитураты) или опиоиды в больших дозах на протяжении длительного времени. Кратковременное стационарное лечение также может служить началом поддерживающего лечения агонистами опиоидных рецепторов при опиоидной зависимости.

Любому, кто предрасположен к тяжелому синдрому отмены после прекращения употребления наркотиков (или сочетанного употребления веществ) или чье текущее употребление наркотиков (или сочетанного употребления веществ) сопряжено со значительным риском вреда, может потребоваться краткосрочное стационарное лечение.

При принятии решения о выборе краткосрочного стационарного лечения или иной терапии следует учитывать следующие критерии:

- вид употребляемых наркотических средств (или иных веществ);
- вероятность возникновения синдрома отмены;
- тяжесть и сложность расстройства, связанного с употреблением наркотиков;
- низкий эффект от лечения в амбулаторных или неспециализированных условиях;
- наличие соответствующих медико-социальных проблем;
- наличие сопутствующих психических или соматических заболеваний.

Цели

Целями краткосрочного стационарного лечения являются: диагностика и ведение клинических состояний, вызванных употреблением наркотиков; содействие в прекращении или сокращении употребления наркотиков; инициация лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков; мотивация пациентов к продолжению лечения по окончании краткосрочного лечения в стационаре. Лечение расстройств, связанных с употреблением наркотиков может включать научно обоснованное психологическое и фармакологическое лечение, сопровождаемое, при необходимости, социальной поддержкой. В учреждениях, где осуществляется краткосрочное стационарное лечение, может проводиться детоксикация под медицинским наблюдением. Хотя детоксикация под медицинским наблюдением может проводиться амбулаторно, что требует привлечения меньших ресурсов, однако при этом отмечаются более низкие результаты проведенной детоксикации. Фактические данные свидетельствуют о высокой частоте возвратов к употреблению наркотиков после краткосрочной детоксикации, особенно в случаях опиоидной зависимости. Соответственно, детоксикация сама по себе не считается эффективным методом лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков, и может приводить к повышенному риску передозировки опиоидов.

Модели и компоненты

Достижение терапевтических целей краткосрочного стационарного лечения обычно требует сочетания вмешательств, таких как фармакотерапия, психотерапия, психологическое просвещение, мотивационное консультирование и социальная поддержка с помощью психосоциальных вмешательств. В числе других возможных вмешательств следует назвать налаживание контакта с группами самопомощи или взаимопомощи, имеющимися службами социальной поддержки, а также направление на дальнейшее лечение или помощь в поддержании ремиссии после выписки. Конкретные виды и продолжительность таких вмешательств различаются в зависимости от характера, сложности и тяжести расстройства, связанного с употреблением наркотиков, а также наличия сопутствующих психических и соматических нарушений здоровья.

Ведение синдрома отмены и других острых клинических состояний, обусловленных действием наркотиков

Если не распознать и не лечить синдром отмены, возникает риск того, что пациент откажется от лечения. Таким образом, для работы в программах краткосрочного стационарного лечения необходим персонал, хорошо разбирающийся в диагностике и ведении синдрома отмены и острых нарушений, вызванных действием наркотиков, а также готовый к оказанию психосоциальной поддержки и фармакологического лечения. Сотрудники служб краткосрочного стационарного лечения должны иметь возможность перевести пациентов с особенно тяжелыми и сложными состояниями в медицинское учреждение другого уровня. В разделе 4.2.3 ведение синдрома отмены рассматривается более подробно.

Лечение сопутствующих нарушений психического и соматического здоровья

Употребление различных наркотических средств и алкоголя может вызвать или усугубить психиатрические симптомы, которые могут исчезнуть после прекращения употребления наркотиков. В других случаях психиатрические симптомы могут сохраняться после прекращения употребления психоактивных веществ и требуют дополнительного внимания при краткосрочном стационарном лечении. В разделе 4.2 приводится более подробная информация о сопутствующих нарушениях психического и соматического здоровья.

Поддержание ремиссии и социальная поддержка

Начало и продолжение краткосрочного стационарного лечения может быть важным шагом при лечении расстройств, связанных с употреблением наркотиков. Тем не менее, для пациентов особенно важно последовательно придерживаться здорового поведения по окончании стационарного лечения, поскольку риск рецидива и передозировки значительно возрастает сразу же после выписки. Таким образом, после краткосрочного стационарного лечения по поводу расстройств, связанных с употреблением наркотиков, необходимо продолжать психосоциальные вмешательства и меры по поддержанию ремиссии. Стратегии, помогающие пациентам успешно перейти к следующему этапу лечения и оказания помощи, должны быть

неотъемлемой частью эффективного лечения в рамках плана оказания помощи или последующего наблюдения. Это позволяет повысить шансы на поддержание психического и соматического здоровья. Специалисты в области здравоохранения и социальной помощи должны вести совместную работу по предоставлению пациентам необходимых ресурсов и помощи при планировании выписки из стационара с последующим переводом на долгосрочное лечение в учреждении длительного пребывания, амбулаторное лечение или поддержание ремиссии. После краткосрочного стационарного лечения пациенты должны, в числе прочего, иметь доступ к длительному медикаментозному лечению, при наличии показаний; психосоциальной поддержке и навигации по системе социальной помощи с целью получения (при необходимости) профессиональной подготовки, стабильного жилья и другой поддержки; продолжению лечения сопутствующих соматических нарушений и психических расстройств; вмешательству по профилактике передозировки, среди прочего. В разделе 4.2.6 более подробно рассматривается поддержание ремиссии.

Компоненты лечения

Краткосрочные программы стационарного лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств (и сочетанного употребления веществ) должны включать следующие компоненты лечения:

- комплексное медицинское и психосоциальное обследование с оценкой употребления наркотического средства (и сочетанного употребления веществ), включая оценку психического и соматического здоровья;
- индивидуализированные планы лечения;
- медикаментозное ведение синдрома отмены, при наличии показаний;
- начало поддерживающего лечения агонистами опиоидных рецепторов при опиоидной зависимости, при наличии показаний;
- вмешательства, направленные на то, чтобы стимулировать пациентов к изменению поведения;
- установление контакта со значимыми людьми в кругу общения пациента и привлечение их к участию в плане лечения (с согласия пациента);
- обмен информацией и налаживание связи с группами взаимопомощи;
- начало психосоциального или поведенческого лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков;
- начало лечения (или направление на лечение) по поводу сопутствующих нарушений психического и соматического здоровья, если позволяют время и ресурсы;
- постоянная оценка прогресса пациента при планировании и пересмотре лечения, а также клиническая оценка, включенная в программу;
- планирование выписки с учетом профилактики рецидивов и передозировки; стратегии непрерывной помощи на период после лечения (включая медикаментозную поддерживающую терапию при наличии показаний); соответствующий уровень психосоциального лечения; поддержание ремиссии и последовательное лечение сопутствующих нарушений психического и соматического здоровья.

Предпочтительно до госпитализации или во время госпитализации в учреждение краткосрочного стационарного лечения пройти комплексное медицинское и психосоциальное обследование. Это поможет определить конкретные потребности каждого пациента и разработать план лечения. Обследование должно включать анализ психиатрического и соматического анамнеза пациента, истории его фармакологического лечения, оценку состояния соматического и психического здоровья, а также стандартную оценку истории инфекционных заболеваний. Также может быть полезным проведение лабораторных исследований, включая скрининг мочи на наркотики и тестирование на ВИЧ, гепатит или туберкулез. Во всех случаях пациенты должны быть проинформированы о том, как выявлять и купировать передозировку, а также получить информацию о других вариантах лечения, поддержки и помощи.

Обученный персонал может воспользоваться стандартизированными инструментами оценки состояния пациента, чтобы получить более детальную картину (в разделе 4.2.1 приводится перечень инструментов оценки).

После поступления пациентов на краткосрочное стационарное лечение необходимо проводить мониторинг состояния пациентов многократно в течение дня на наличие симптомов синдрома отмены или иных острых

нарушений психического или соматического здоровья. После стабилизации или разрешения острых проблем ежедневный мониторинг должен быть сосредоточен на психиатрическом и соматическом состоянии пациента, а также на его мотивации и выработке целей и планов лечения после выписки.

Критерии выполнения программы и показатели эффективности

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

- ослабление симптомов синдрома отмены;
- осознание пациентом того, что у него имеется расстройство, связанное с употреблением наркотиков, и сопутствующие проблемы;
- участие в дальнейшем лечении после выписки по окончании долгосрочного лечения в учреждении длительного пребывания или амбулаторного лечения;
- улучшение соматического и психического здоровья;
- ослабление влечения к наркотикам и начало развития навыков контроля над факторами (мысли, эмоции и поведение), приводящими к употреблению наркотиков.

Итоговые показатели могут помочь в оценке эффективности программ краткосрочного стационарного лечения. Такие показатели включают долю пациентов, которые проходят последующее лечение после выписки, или пациентов, которые воздерживаются от употребления психоактивных веществ или сокращают их потребление в течение длительного периода последующего наблюдения, например в течение шести месяцев (хотя данный вид итогового показателя требует отслеживания и долгосрочного диспансерного наблюдения за пациентами).

Основные требования к учреждениям краткосрочного стационарного лечения

- Все имеющиеся лечебные услуги, процедуры, стратегии и нормы, а также ожидания пациентов от программ должны быть четко изложены и доступны (с согласия пациента).
- Пациенты должны иметь индивидуальные планы лечения, которые регулярно пересматриваются и изменяются персоналом совместно с пациентом, чтобы обеспечить надлежащее лечение расстройств, связанных с употреблением наркотиков, и сопутствующих заболеваний.
- Выбор лечения и разработка индивидуального плана лечения для пациентов с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, должны основываться на подробной всесторонней оценке употребления пациентом наркотиков и других психоактивных веществ, состояния здоровья и психосоциальных проблем пациента, потребностей в лечении, соответствии лечения потребностям и согласии пациента с лечением, а также на наличии такого лечения.
- Должны существовать четко определенные протоколы для назначения лекарств, психосоциальных и других вмешательств, соответствующих особым потребностям пациента, которые должны опираться на результаты научных исследований или соответствовать признанным передовым клиническим практикам.
- Должны существовать протоколы на случай ситуаций особого риска (таких как интоксикации или суицид).
- Необходимо наличие лабораторных и других диагностических возможностей на территории и вне территории учреждения.
- На случай опасных для жизни осложнений синдрома отмены или иных нарушений здоровья необходимо обеспечить доступность услуг неотложной помощи или возможности транспортировки пациента.
- При рассмотрении назначения процедуры с известными рисками должна проводиться тщательная оценка рисков / преимуществ, по итогам которой должен выбираться вариант, представляющий наименьший риск.

- Следует обеспечить доступ к группам самопомощи и другим группам поддержки. Вне зависимости от того, является ли целью лечения отказ от употребления наркотиков, должны быть приняты меры по снижению вреда, обусловленного продолжительным употреблением наркотиков. (В числе прочего, такие меры касаются здоровья, рациона питания, стерильного инъекционного инструментария, профилактики передозировок и предоставления налоксона).
- Планы лечения должны обеспечивать непрерывность оказания помощи пациенту при амбулаторном лечении, долгосрочном лечении в учреждении длительного пребывания или при поддержании ремиссии.
- Программы лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков, должны быть увязаны с другими услугами по поддержке детей пациентов или иных членов семьи, которые могут в них нуждаться.
- Процесс и результаты предоставляемого лечения должны подвергаться периодической или постоянной оценке.
- Должны быть определены структура и руководство организации или программы с четким описанием конкретных ролей и компетенций для отдельных должностей, следует добиться того, чтобы методы найма и обучения персонала отражали действующие юридические нормы и соответствовали установленным внутренним правилам.
- Истории болезни пациентов в письменном или электронном виде должны храниться с соблюдением конфиденциальности пациентов.
- Служба должна иметь выработанную политику в отношении безопасных условий труда и путей ликвидации небезопасных ситуаций.
- Случаи нарушения прав пациента сотрудником должны быть задокументированы в личном деле, по мере необходимости, вместе с соответствующими принятыми мерами.
- Специализированное краткосрочное стационарное лечение расстройств, связанных с употреблением наркотиков, должно осуществляться персоналом, обладающим соответствующими квалификациями и лицензиями (например, в медицинской, психологической, психотерапевтической, социальной и образовательной областях).

4.1.5 Специализированное долгосрочное или реабилитационное лечение

Описание

Долгосрочное или реабилитационное лечение обычно предполагает услуги для людей с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков или иных психоактивных веществ, в условиях проживания совместно с другими людьми, имеющими схожие нарушения здоровья. Эти люди берут на себя четкое обязательство воздерживаться от употребления наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ. Они живут в реабилитационном учреждении и участвуют в интенсивной ежедневной программе. Такие программы предусматривают широкий спектр вмешательств, осуществляемых в различных местах. В числе таких вмешательств: общие собрания и групповая работа, индивидуальные психосоциальные вмешательства, взаимопомощь и самопомощь, активное участие в жизни сообщества, приобретение жизненных навыков и профессиональная подготовка. Допуск к программе лечения обычно требует принятия правил и положений лечебного учреждения.

Долгосрочное или реабилитационное лечение отличается от сопровождаемого проживания, которое в первую очередь является мерой по обеспечению жильем без проведения на месте каких-либо вмешательств по лечению, хотя участники такой программы могут параллельно проходить амбулаторное лечение. Кроме того, учреждения длительного или реабилитационного лечения отличаются от центров принудительного содержания для людей, употребляющих наркотики, где люди, употребляющие наркотики содержатся без

их согласия и часто без надлежащей диагностической оценки и научно обоснованного и соответствующего принципам этики лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков.

Долгосрочное пребывание в учреждении длительного пребывания или больнице (обычно в течение трех месяцев, а часто и намного дольше, в зависимости от потребностей пациента) помогает вывести пациентов из порой хаотичной и стрессовой обстановки, которая могла способствовать употреблению ими наркотиков. Терапевтическая среда, «свободная от психоактивных веществ», призвана сократить воздействие факторов, которые провоцируют к поиску наркотиков, и помогает пациентам или резидентам таких учреждений воздерживаться от употребления наркотиков и стремиться к ремиссии. Хотя традиционные модели долгосрочного реабилитационного лечения предполагают использование исключительно психосоциальных методов лечения, современные подходы могут включать использование лекарственных средств в целях уменьшения тяги к наркотикам и купирования сопутствующей психиатрической симптоматики.

Долгосрочные реабилитационные программы, особенно терапевтические сообщества, используют все сообщество программы, включая резидентов, персонал и социальную среду, в качестве активных участников лечения и поддержания ремиссии. Программы долгосрочного реабилитационного лечения предполагают наличие правил и мероприятий, призванных помочь резидентам обрести навыки самоконтроля. Программы помогают пациентам или резидентам обрести навыки контроля над тягой к употреблению психоактивных веществ и предотвращать рецидивы, улучшить самоконтроль, научиться откладывать получение удовольствия и развивать навыки межличностного общения. Кроме того, такие программы помогают развивать навыки самоотчета, чувство ответственности, способность справляться со стрессом и чувство собственного достоинства. Лечение в учреждениях долгосрочного пребывания предполагает комплекс услуг, в том числе профессиональную подготовку, формирование навыков успешного трудоустройства, психосоциальную поддержку и иногда лечение психических расстройств.

Интенсивно воздействующая и благоприятная среда, в которой пациенты находятся в учреждениях реабилитационного лечения, может быть адекватной мерой противодействия пережитому пациентами прошлму, зачастую характеризующемуся отсутствием родительской заботы, эмоциональным безразличием, физическим и сексуальным насилием, травмами, межличностным насилием и социальной изоляцией.

Целевые группы

Программы долгосрочного или реабилитационного лечения лучше всего подходят людям, которые не употребляют наркотики на момент госпитализации, но которым требуется интенсивное и продолжительное лечение и помощь по поводу расстройств, связанных с употреблением наркотиков, для решения сложных медицинских и психосоциальных проблем, обусловленных расстройствами, связанными с употреблением наркотиков. В числе таких людей те, кто прекратил употреблять наркотики после купирования синдрома отмены в стационаре или амбулаторно. Таким людям может быть трудно придерживаться воздержания от наркотиков, находясь по месту жительства или проходя лечение амбулаторно, и они хотели бы добровольно участвовать в структурированной программе в учреждении длительного пребывания. Для них это возможность начать изменения в различных сферах своей жизни и получить новые навыки, которые позволят облегчить процесс ремиссии, тем самым повысив качество жизни и облегчив процесс социальной интеграции.

Услуги лечения в учреждении длительного пребывания обычно показаны лицам:

- имеющим расстройство, связанное с употреблением наркотиков (или сочетанным употреблением веществ), значительной степени тяжести, что влияет на процессы их образования, трудоустройства и социальной интеграции;
- имеющим тяжелые сопутствующие нарушения соматического и психического здоровья, что влияет на их безопасность и благополучие за пределами структурированной среды (и которым требуется госпитализация);

- имеющим опыт безуспешного лечения, которым не помогли вмешательства или которые неоднократно возвращались к употреблению наркотиков после краткосрочного стационарного или амбулаторного лечения;
- с ограниченными личными и (или) экономическими ресурсами (включая доход и жилье);
- с социальными и семейными проблемами и ограниченной социальной поддержкой;
- находящимся в социальной изоляции или стесненных обстоятельствах;
- которым, чтобы добиться целей лечения, необходимо изменить среду и дистанцироваться от социального окружения и групп, ассоциированных с деятельностью, связанной с приемом наркотиков;
- которые добровольно хотят отказаться от употребления психоактивных веществ, осознают свои потребности и готовы к значительным изменениям в образе жизни и приобретению новых навыков в учреждении длительного пребывания.

Цели

Основная цель долгосрочного или реабилитационного лечения состоит в том, чтобы снизить риск возвращения к активному употреблению наркотиков, поддержать воздержание от употребления наркотиков, улучшить здоровье, личное и социальное функционирование, а также облегчить реабилитацию и социальную реинтеграцию. Конкретные цели длительного реабилитационного лечения заключаются в следующем:

- сократить риск возвращения к употреблению психоактивных веществ;
- выработать навыки, позволяющие справиться с влечением и факторами стресса, не прибегая к наркотикам;
- предоставить лечение и помощь по поводу сопутствующих психиатрических нарушений и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, путем использования психосоциальной терапии и, в некоторых учреждениях, фармакологического лечения;
- улучшить здоровье, личное и социальное функционирование, в том числе в рабочей обстановке;
- сформировать эффективные межличностные отношения с другими людьми, а также навыки межличностного общения и коммуникации, необходимые для формирования круга общения, участники которого не употребляют наркотики;
- создать здоровую семейную обстановку и здоровые семейные взаимоотношения, включая укрепление связи родителей с детьми;
- облегчить реинтеграцию в сообщество и формирование социальных связей;
- приобрести новые социальные навыки и обрести уверенность в себе, а также понимание ценности положительных сдвигов в поведении;
- приобщиться к более здоровому образу жизни, включая полноценное питание, стабильный режим сна и бодрствования, регулярный мониторинг состояния здоровья и соблюдение лечения;
- повысить уровень образования и выработать профессиональные навыки, чтобы постепенно восстановить контроль над собственной жизнью по завершении лечения.

Модели и компоненты

Программы долгосрочного лечения могут различаться по подходам к лечению. Пациенты обязуются воздерживаться от употребления психоактивных веществ и, при необходимости, должны получать лечение по поводу синдрома отмены. Такое лечение может быть предоставлено непосредственно в данном лечебном учреждении или в специализированном стационарном или амбулаторном учреждении согласно соответствующим разделам настоящего документа (см. раздел 4.2.3).

В зависимости от учреждения существует целый ряд моделей долгосрочного реабилитационного лечения.

- В числе таких учреждений отдельные лечебные центры длительного пребывания или реабилитационные отделения, созданные специально для лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков. В отделениях обычно формируется собственная философия или подходы к лечению, которые не исключают друг друга. Такая философия или подходы подразумевают создание формального терапевтического сообщества, 12-шаговые программы взаимопомощи, программы религиозной направленности и программы профессионального обучения.
- Программы на базе больниц (обычно в специализированном отделении или здании психиатрической больницы) могут быть ориентированы исключительно на пациентов, употребляющих наркотики, или пациентов с сопутствующим употреблением наркотиков (или сочетанным употреблением веществ) и психическими расстройствами. Такие программы могут быть терапевтическими сообществами или программами больничной реабилитации и могут включать как фармакологические, так и психосоциальные вмешательства.

Заклученным с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, могут быть полезны программы долгосрочного реабилитационного лечения в местах лишения свободы. Они могут быть организованы в виде терапевтических сообществ или специальных программ реабилитации для правонарушителей с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, обычно в специальном отделении пенитенциарного учреждения. В разделе 5.3 подробно рассматривается лечение людей, находящихся в контакте с системой уголовного правосудия.

Прием на лечение

Различные типы программ долгосрочного или реабилитационного лечения могут иметь разные критерии приема. Речь в любом случае должна идти о добровольном запросе или согласии пациента на участие в долгосрочной программе в учреждении длительного пребывания. Для получения некоторых услуг пациенту может потребоваться посещать отделение, причем с согласия сообщества. Применительно к другим услугам, решение может зависеть от персонала и пациента.

В каждой программе должна быть письменно оформленная политика приема, с тем чтобы набор в программу осуществлялся на добровольной основе, что должно быть подтверждено письменным согласием пациента. Такая политика должна четким образом устанавливать критерии отбора и исключения. Кроме того, в программах должен быть предусмотрен в письменном виде порядок приема и вводного ознакомления для всех вновь поступающих резидентов. Во время приема вновь поступающие пациенты должны быть надлежащим образом проинформированы и снабжены необходимой документацией о программе, в том числе ее задачах, методах лечения и правилах. Важно проинформировать пациентов об их обязанностях и правах, праве на уважение частной жизни, отсутствии дискриминации и обеспечении конфиденциальности. Пациенты должны быть проинформированы о роли персонала, философии, лежащей в основе программы, а также о правилах коммуникации с посетителями и людьми за пределами программы. Необходимо обсудить административные вопросы, такие как стоимость программы и методы оплаты. Политика и процедуры приема должны быть хорошо известны персоналу. Наконец, необходимо обсудить и подписать договор о лечении, в котором четко оговорены все услуги, процедуры, меры политики и нормы в связи с лечением, а также ожидания пациента от программы.

Если потенциальный пациент или резидент не принимается в программу, следует предоставить пациенту и направившему его ведомству четкое объяснение отказа в устной и письменной форме, не нарушая конфиденциальности. Важно надлежащим образом направить не принятого в программу пациента далее. Проводящий оценку персонал, работающий в рамках заранее сформированной сети служб, должен быть осведомлен о подходящих альтернативных службах, куда может быть направлен такой пациент.

Некоторым людям с особыми потребностями в лечении и помощи, могут потребоваться отдельные стационары для долгосрочного пребывания. К числу таких людей относятся женщины, дети и подростки, лица с двойным диагнозом, а также лица с ограниченными возможностями в развитии. По мере возможности, им должен быть обеспечен доступ к специализированным программам долгосрочного реабилитационного лечения. В главе 5 более подробно рассказывается о том, как адаптировать программы с учетом особых потребностей пациентов.

Оценка состояния пациента

Некоторыми службами до очной оценки может проводиться предварительная оценка по телефону. В рамках программ долгосрочного реабилитационного лечения должна проводиться комплексная психосоциальная и медицинская оценка состояния каждого поступающего пациента, чтобы определить индивидуальные потребности пациента и уместность его участия в программе. Может возникнуть необходимость поместить пациентов с серьезными психическими и соматическими расстройствами в учреждение, обеспечивающее надлежащий уровень медицинской и психиатрической помощи. Для этого требуется информированное согласие пациента.

Первая встреча позволяет персоналу познакомиться с потенциальным резидентом, а пациенту – с реабилитационной программой. Это служит первым шагом к формированию «терапевтического альянса». Такая встреча обычно дает потенциальным резидентам возможность решить, готовы ли они участвовать в программе, а представителям программы – решить, готовы ли они принять потенциального резидента.

После получения согласия от пациента необходимо обсудить индивидуальные потребности и лекарственные средства с направляющими учреждениями или лечащими врачами пациентов. Если это необходимо, такое обсуждение должно включать план того, как будет купироваться синдром отмены.

Планы лечения должны разрабатываться на основе всесторонней оценки состояния, предпочтительно с использованием стандартизированных инструментов и процедур, таких как «Индекс тяжести зависимости» или «Сводное международное диагностическое собеседование – Модуль по расстройствам, связанным с употреблением психоактивных веществ» (в разделе 4.2 приводится перечень инструментов оценки).

Ниже приводятся важные сферы оценки:

- пройденное в прошлом краткосрочное и долгосрочное лечение и восприятие такого лечения;
- общее состояние здоровья, включая текущие проблемы со здоровьем и физические, сенсорные или когнитивные нарушения;
- психическое здоровье, включая историю травм и жестокого обращения (физического, эмоционального и сексуального), насилия и риска суицида, текущее психологическое и межличностное функционирование;
- текущие бытовые условия, включая безопасное жилье или размещение и систему поддержки по месту жительства;
- семейная жизнь, включая взаимоотношения с родной семьей, интимные отношения и наличие на иждивении детей;
- дружеские отношения, включая круг общения с равными, положительное и отрицательное влияние и людей, готовых поддержать во время долгосрочной абстиненции;
- образование и занятость, включая опыт образования и работы, уровень профессиональной подготовки и потребности в таковой, доход (легальный и нелегальный);
- проблемы правового характера, включая вовлеченность в преступную деятельность, связанную с употреблением наркотиков;
- досуг и хобби.

Длительность проживания и само реабилитационное учреждение создают возможности для более тщательной непрерывной оценки. Возможно также проведение оценки по итогам начального периода воздержания от употребления психоактивных веществ, что позволяет исключить влияние наркотической интоксикации или синдрома отмены при диагностике расстройств. Кроме того, появляется уверенность в том, что пациенты вполне осознают характер лечения и могут полностью на него согласиться. Проживание среди других пациентов и персонала также позволяет проводить постоянную оценку черт характера и особенностей функционирования, что может быть весьма полезным при индивидуальном подборе лечения.

Привлечение пациентов к участию в лечении

Более высокая степень приверженности пациентов к участию в лечении может способствовать достижению более благоприятных исходов. Факторы, способствующие приверженности к лечению, включают:

- уровень мотивации к лечению;
- уровень употребления наркотиков или алкоголя до начала лечения;
- историю взаимодействия с системой уголовного правосудия;
- прочность «терапевтического альянса»;
- ощущаемую пользу от оказываемой помощи и полезность лечения в целом;
- сопереживание со стороны персонала.

В первые три недели и особенно в первые дни долгосрочного реабилитационного лечения риск выбывания из программы и возвращения к употреблению наркотиков наиболее высок. Таким образом, важно сделать так, чтобы пациентам уделялось надлежащее внимание и оказывалась индивидуализированная помощь с акцентом на повышение мотивации к продолжению лечения. Особенно в это время многие резиденты по-прежнему испытывают психологический стресс, связанный с затяжной симптоматикой синдрома отмены (бессонница, тревожность, раздражительность и сильная тяга к наркотикам). Могут возникать сомнения в необходимости отказа от наркотиков и трудности с адаптацией к правилам программы.

Для решения проблемы неустойчивой мотивации и двойственного отношения к лечению персоналу следует:

- создать дружественную и комфортную обстановку;
- с самого начала добиться формирования «терапевтического альянса», основывающегося на доверии;
- немедленно реагировать на просьбы о лечении, чтобы обеспечить максимальную вовлеченность пациента в лечение;
- предоставить информацию о философии программы, ожиданиях, подходе к лечению и поддержанию ремиссии, необходимости удержаться в программе и результатах для здоровья, а также о проблемах, с которыми пациенты часто сталкиваются в начале лечения;
- действовать прежде всего в интересах клиента, а не в интересах программы;
- оказывать максимально интенсивную поддержку в первые 72 часа лечения, используя такие методы, как более внимательное наблюдение, повышение общего взаимодействия и использование «системы наставнической помощи» (то есть работы вновь поступившего пациента с более опытным участником программы);
- выработать реалистичные и индивидуализированные планы и цели лечения, которые отражают потребности клиента и являются достаточно гибкими для того, чтобы их можно было адаптировать в соответствии с достигнутым прогрессом;
- способствовать пониманию неоднородности состава участников программы, особенно в процессе групповой терапии;
- проявлять заботливое и уважительное отношение во всех аспектах программы лечения, поскольку конфронтация часто вызывает гнев и служит причиной раннего выбывания из программы;
- высказывать объективные отзывы о проблемах и процессах изменений в целях формирования доверительных отношений;
- выработать мотивационные стратегии, ориентированные на конкретного пациента.

Терапевтические вмешательства

Как минимум, долгосрочное реабилитационное лечение должно обеспечивать среду, свободную от наркотиков и алкоголя, индивидуальную психосоциальную поддержку, вмешательства, помогающие обрести жизненные навыки, и участие в различного рода групповых встречах. К числу таких встреч относятся утренние собрания, неконфронтационные группы, гендерно ориентированные группы, группы взаимопомощи и взаимоподдержки. Реабилитационные программы, реализуемые на базе больниц, должны также предоставлять медицинскую и психиатрическую помощь, осуществлять индивидуальную и групповую терапию, а также вмешательства с участием членов семьи. Хотя некоторые долгосрочные программы реабилитационного лечения предлагают только психосоциальное лечение, в рамках других программ может предлагаться фармакологическая поддержка, включая поддерживающую терапию агонистами опиоидных рецепторов, при наличии показаний.

Долгосрочные реабилитационные программы могут включать широкий спектр терапевтических методов, таких как индивидуальные и групповые психосоциальные вмешательства, формирование жизненных навыков, профессиональная подготовка и обучение, а также культурно-досуговые мероприятия. Научно обоснованные вмешательства, обычно используемые в рамках амбулаторного лечения, могут быть адаптированы и применены также и в рамках долгосрочного реабилитационного лечения. Применимые специфические психосоциальные методы лечения включают: когнитивно-поведенческую терапию, ситуационное воздействие и мотивационно-стимулирующую терапию, поведенческую терапию для семей и супружеских пар, формирование социальных навыков и другие методы, описываемые в разделе, посвященном терапевтическим вмешательствам (см. раздел 4.2). Структурированные программы профилактики рецидивов имеют важное значение для подготовки пациентов к реинтеграции в сообщество. Такие терапевтические вмешательства, как арт-терапия и творческая терапия, двигательная терапия, медитация, релаксация, физическая активность (гимнастика и командные виды спорта), могут помочь пациентам освоить и развить новые формы досуговой деятельности, которыми можно продолжать заниматься после возвращения в социум, поддерживая тем самым ремиссию.

Поскольку занятость является важным фактором для реинтеграции и ремиссии, резидентов обычно готовят к работе посредством обучения, профессионального ориентирования и производственного обучения. Профессиональное ориентирование предполагает консультирование при поиске работы, подготовку к собеседованию, обучение составлению резюме, а также помощь в подаче заявления и услуги трудоустройства. Производственное обучение позволяет резидентам получить новые навыки и развить уверенность в себе. Трудовые и образовательные мероприятия относятся к числу терапевтических вмешательств, которые в сочетании с другими методами готовят резидентов долгосрочных программ к возвращению в социум.

Как и в любом другом лечебном учреждении, следует избегать жесткой словесной конфронтации и порицания. Точно так же важно избегать карательных или ограничительных методик (включая меры физического сдерживания) и любых других вмешательств, угрожающих личной безопасности или унижающих человеческое достоинство.

Личные дела пациентов

Письменные или электронные истории болезни пациента должны храниться в конфиденциальном порядке в безопасном месте, доступном только персоналу, непосредственно участвующему в лечении. Надлежащая документация должна включать как минимум:

- подписанное согласие на лечение и соглашение о правилах программы;
- подписанную политику конфиденциальности и этики;
- результаты оценки состояния пациента;
- планы лечения и ведения каждого из пациентов;
- регулярный анализ и пересмотр планов лечения с указанием подробностей лечения, достигнутых результатов и любых изменений исходных целей;
- записи о выписке пациента с кратким описанием итогов лечения пациента.

Продолжительность лечения

Долгосрочное реабилитационное лечение должно продолжаться не менее трех месяцев и, скорее всего, намного дольше, в зависимости от потребностей пациента. Лечение достаточной продолжительности и интенсивности увеличивает шансы пациента закрепить и усвоить любое изменение поведения и его готовность жить без наркотиков после возвращения в социум. Продолжительность лечения, необходимого для достижения такого рубежа, различна для каждого пациента.

Выписка и последующее наблюдение

После окончания долгосрочного реабилитационного лечения многие пациенты нуждаются в постоянной фармакологической и психосоциальной поддержке. Для последующего наблюдения за людьми после выписки необходимо обеспечить эффективное руководство направлением к специалистам по реабилитации (или непрерывной помощи). В разделе 4.2.6 подробно рассказывается о поддержании ремиссии.

Кадровое обеспечение

Кадровое обеспечение учреждений долгосрочного или реабилитационного лечения зависит от вида услуг и категории пациентов. В зависимости от размера программы лечения для оказания оптимальной помощи обычно требуется многопрофильная команда надлежащим образом подготовленных специалистов и волонтеров.

Терапевтическим сообществам и другим службам долгосрочного реабилитационного лечения требуется определенная степень медицинского контроля. Врачи, в том числе, если возможно, психиатры, должны быть доступны для вызова или находиться в учреждении в течение определенного количества часов каждую неделю. Учреждения реабилитационного лечения для людей с тяжелыми сопутствующими заболеваниями должны иметь медицинский персонал для оказания помощи в дневное время и возможность вызова медиков ночью.

Консультанты, медицинские сестры и социальные работники должны находиться на территории программы постоянно. Бывшие резиденты и лица, находящиеся на этапе ремиссии после расстройств, связанных с употреблением наркотиков, и работающие в штате программы, могут служить ценным образцом для подражания для текущих резидентов программы. Желательно, чтобы у таких лиц был опыт работы за пределами программы лечения и профессиональная подготовка в качестве консультантов или кураторов групповой терапии. Специалистам, начинающим работу в долгосрочной реабилитационной программе, рекомендуется провести на территории программы какое-то время до или непосредственно после официального приема на работу.

Требования безопасности

Все программы лечения с проживанием должны обеспечивать безопасные условия для персонала и резидентов, чтобы создать психологически и физически безопасную среду для проживания и обучения.

Материальные условия и внешний вид учреждения, реализующего программу, имеют весьма важное значение, поскольку резиденты могут оставаться в программе несколько месяцев. В учреждении следует создать атмосферу дома, а не тюрьмы или больницы. Важно ввести запрет на алкоголь и наркотики и жестко его придерживаться. Тем не менее, резиденты не должны прерывать прием рецептурных психоактивных препаратов, таких как антидепрессанты, метадон или бупренорфин, которые под медицинским наблюдением используются для лечения психических расстройств и расстройств, связанных с употреблением наркотиков, если для этого отсутствуют медицинские противопоказания. Должны быть предусмотрены процедуры хранения, выдачи и приема лекарств в целях обеспечения контроля за рецептурными лекарственными препаратами.

Неприемлемое поведение, такое как употребление наркотиков или алкоголя, насилие, воровство и сексуальные отношения между резидентами, может привести к исключению из программы. Токсикологический скрининг мочи, который пациенты проходят регулярно после возвращения в лечебное учреждение из временного отпуска и при подозрении на употребление наркотиков, может помочь сохранить среду, свободную от наркотиков. Следует предусмотреть процедуры на случай небезопасных событий, таких как физическое или сексуальное насилие, и реагирования на них. Должны существовать четкие процедуры для борьбы с нарушениями правил и ценностей программы соразмерно конкретным обстоятельствам. Следует ограничить, отслеживать и контролировать контакт с посетителями, особенно на ранних этапах лечения.

Если человек выписан или не принят на лечение, его необходимо проинформировать о том, как выявить и контролировать передозировку, а также о других возможных вариантах лечения, помощи и поддержки.

Критерии завершения программы и показатели результативности

При оценке успешности лечения и готовности пациента к выписке должны учитываться несколько факторов, в том числе:

- соматическое и психическое здоровье;
- мотивация к продолжению лечения и поддержанию ремиссии после выписки;
- способность и мотивация к работе или образованию и участию в жизни сообщества;
- улучшение навыков самоконтроля и способности управлять своими эмоциями;
- понимание факторов и триггеров, способствующих употреблению наркотиков и рецидивам, а также демонстрация способности их распознавать и контролировать тягу к наркотикам;
- налаживание социальных связей, улучшение функционирования и готовность отдалиться от того круга общения, где употребляются наркотики, в пользу круга общения, где ценятся воздержание и ремиссия;
- формирование новых навыков, хобби и интересов, которые могут и дальше развиваться после выписки.

В рамках некоторых программ долгосрочного реабилитационного лечения предлагается переходный этап или этап подготовки к возвращению, чтобы подготовить резидентов к выписке. На протяжении этого этапа резидентам разрешается проводить все больше времени за пределами сообщества (занимаясь работой или учебой), хотя они все еще участвуют в программе в качестве резидентов. Это период усиления контактов с сообществом в более широком смысле, хотя резиденты по-прежнему пользуются безопасными условиями, стабильностью и поддержкой, предоставляемыми в рамках программы. Такая ситуация позволяет им опробовать вновь обретенные навыки, соблюдать воздержание, формировать новые отношения и дружеские взаимосвязи, а также, по мере необходимости, восстанавливать связь со своими ближайшими родственниками.

Общее функционирование и эффективность программы долгосрочного реабилитационного лечения можно оценить с помощью комбинации показателей процесса (в том числе того, какие услуги предоставляются или какие цели достигаются пациентами во время пребывания на лечении) и объективной оценки состояния пациентов в долгосрочной перспективе после выписки.

Данные показатели могут включать долю пациентов, которые:

- завершили лечение;
- участвуют в дальнейшем лечении или поддержании ремиссии после выписки, например таким показателем является доля пациентов, участвующих в дальнейшем лечении после выписки;
- завершили лечение и воздерживаются от употребления наркотиков при последующем наблюдении (например каждые шесть месяцев), о чем свидетельствуют самоотчеты и другие маркеры ремиссии.

Основные требования к учреждениям долгосрочного или реабилитационного лечения

- В учреждении долгосрочного реабилитационного лечения имеется спланированная терапевтическая программа. Все пациенты проходят комплексное обследование.
- У всех пациентов имеется письменный индивидуальный, регулярно пересматриваемый план лечения, основанный на результатах обследования.

- Существует структурированный и последовательный ежедневный график групповых занятий.
- Программа лечения предусматривает четкий порядок клинической подотчетности.
- Предусмотрены четко определенные привилегии с обоснованием и порядком их предоставления.
- Служба берет на себя ответственность за улучшение и поддержание соматического здоровья пациента.
- Существуют письменные правила, процедуры и надлежащий клинический надзор за фармакологической терапией и приемом прописанных лекарств.
- Служба снабжена всем необходимым для того, чтобы подготовить резидентов к независимой жизни в социуме.
- Зарегистрированные интернатные учреждения и иные учреждения долгосрочного лечения должны удовлетворять национальным минимальным стандартам к учреждениям длительного пребывания.
- Прописаны критерии для исключения пациентов, в том числе за нарушение правил оказания лечебных услуг, насилие и продолжающееся употребление препаратов без назначения врача.
- Для персонала существует строгий этический кодекс. Рекомендуется создать внешний совет для надзора, тем самым гарантируя, что руководители и персонал лечебных учреждений длительного пребывания соблюдают надлежащую практику и этические нормы и воздерживаются от злоупотребления своими полномочиями.
- Прописаны критерии для реагирования на ситуации особого риска (такого как случаи интоксикации и риск суицида).
- Основанием для выписки служит учет состояния ремиссии пациента.
- Внимание уделяется дальнейшему лечению и (семейной, социальной или иной) поддержке, которая может потребоваться в зависимости от диагноза, целей и ресурсов пациента.
- Изучаются такие планы оказания помощи, которые намечают альтернативные пути для использования в случае частичной или полной неудачи исходного плана, либо в случае исключения из спектра услуг лечения наркозависимости.
- Служба располагает политикой безопасных условий труда и реагирования в случае небезопасных ситуаций.
- Определены структура и руководство программой долгосрочного лечения, прописаны роли и компетенции по отдельным должностям, обеспечивается соответствие методов отбора, найма и обучения персонала законодательным нормам и утвержденным внутренним правилам.
- Истории болезни пациентов в письменном или электронном виде хранятся с соблюдением конфиденциальности пациентов.
- Случаи нарушения прав пациента сотрудником при необходимости фиксируются в кадровой документации с указанием принятых надлежащих мер.
- Специализированное лечение расстройств, связанных с употреблением наркотиков, проводится только персоналом с соответствующей квалификацией и лицензиями (например, в медицинской, психологической, психотерапевтической, социальной и образовательной областях) и всегда с согласия пациента.

4.2 Терапевтические методы и вмешательства

4.2.1 Скрининг, краткосрочные вмешательства и направление на лечение

Описание

Скрининг, краткосрочное вмешательство и направление на лечение или скрининг и краткосрочные вмешательства – это научно обоснованное вмешательство, используемое для выявления, сокращения и предупреждения расстройств, связанных с употреблением наркотиков, особенно в учреждениях здравоохранения, не специализирующихся на лечении расстройств, связанных с употреблением наркотиков (ВОЗ, 2016). Обучение скринингу, краткосрочному вмешательству и направлению на лечение может быть полезно всем без исключения работникам здравоохранения, особенно тем, кто работает с группами населения с высокой распространенностью употребления психоактивных веществ или с людьми, имеющими расстройства, связанные с употреблением наркотиков.

Скрининг

Скрининг – это краткий процесс определения признаков наличия определенного состояния. Эти признаки отражают потребность человека в лечении и определяют необходимость проведения тщательной оценки (SAMHSA, 2015). Инструменты скрининга, используемые для этих целей, можно разделить на две категории:

- инструменты самоотчета (собеседования, вопросники для самостоятельного заполнения);
- биологические маркеры (уровень содержания алкоголя в крови, анализ слюны или мочи, серологический тест на наркотики).

Преимуществом инструментов *самоотчета* является то, что они неинвазивны и недороги. Хороший инструмент самоотчета должен быть кратким, простым в применении и интерпретации, касаться алкоголя и других веществ, а также быть клинически чувствительным и достаточно специфичным, чтобы выявлять людей, которым требуется краткосрочное вмешательство или направление на лечение.

Чтобы повысить точность инструмента самоотчета, важно заверить пациента в конфиденциальности, опрашивать его в обстановке, способствующей честным ответам, и задавать четко сформулированные и объективные вопросы.

Имеется ряд проверенных инструментов скрининга для выявления расстройств, связанных с употреблением наркотиков. В числе таких инструментов ASSIST (скрининг-тест на употребление алкоголя, наркотических веществ и курение (или ТАНК: тест на алкоголь, наркотики и курение)), научно обоснованный инструмент скрининга, разработанный и рекомендуемый ВОЗ (WHO, 2010a). ASSIST состоит из восьми вопросов об употреблении алкоголя, табака и наркотиков (в том числе инъекционных). Такие вопросы позволяют выявить опасное, вредное или зависимое употребление. Будучи разработан специально для учреждений первичной медико-санитарной помощи, тест предлагается к использованию в рамках собеседований или для самостоятельного заполнения.

После скрининга можно использовать дополнительные инструменты для получения более подробной оценки состояния пациентов, в том числе ASI (или ИТЗ: индекс тяжести зависимости) (McLellan, Luborsky & Woody, 1980), который позволяет оценить тяжесть расстройств, связанных с употреблением наркотиков и иных психоактивных веществ, и сопутствующих проблем (включая вопросы психического здоровья, соматического здоровья и семейного благополучия). Если у пациента нет острого синдрома отмены, можно рассмотреть возможность проведения структурированного интервью для выявления психических расстройств. Соответствующие инструменты включают Краткое международное руководство для проведения нейропсихиатрического опроса (MINI) (Sheehan et al, 1998; Sheehan, 2016), Структурированное клиническое интервью для DSM-5 (SCID) (First et al, 2015) или Структурированный международный диагностический вопросник – Модуль злоупотребления психоактивными веществами (CIDI-SAM) (Cottler, 2000). Указанные инструменты особенно полезны для диагностики расстройств, связанных с употреблением наркотиков, а также для выявления сопутствующих психических расстройств.

Хотя биологические маркеры могут быть полезны в целях скрининга, краткосрочного вмешательства и направления на лечение, если пациент не может отвечать во время очного собеседования (например находясь без сознания в отделении интенсивной терапии), для получения результата скрининга требуется информация. Таким образом, для пациентов в сознании предпочтительнее использовать инструмент самоотчета.

Краткосрочное вмешательство

Краткосрочное вмешательство – это краткое структурированное терапевтическое мероприятие (обычно длительностью 5–30 минут), цель которого состоит в том, чтобы помочь индивиду прекратить или сократить употребление психоактивных веществ или (реже) решить другие жизненные проблемы. Этот тип вмешательства предназначен в первую очередь для использования врачами общей практики и другими работниками первичной медико-санитарной помощи (WHO, 2001; WHO, 2010b). В рамках подхода, учитывающего интересы и сильные стороны клиента, пациенты получают возможность и мотивацию для того, чтобы взять на себя ответственность и изменить свое поведение в части употребления психоактивных веществ. Если это возможно и необходимо, краткосрочные вмешательства могут быть продлены еще на один или два сеанса, чтобы помочь пациенту в формировании навыков и поиске ресурсов, необходимых для изменения или в целях дальнейшего наблюдения, чтобы оценить, требуется ли дальнейшее лечение.

Эффективное краткосрочное вмешательство предполагает несколько основных шагов. Во-первых, специалист затрагивает тему употребления наркотиков в связи со здоровьем и благополучием пациента и говорит о том, как употребление наркотиков связано с ситуацией, в которой оказался пациент. Беседа сосредоточена на состоянии пациента, и в порядке обратной связи используются такие стратегии, как обобщение и рефлексия. Пациенту предлагается высказаться относительно изменений и поставить перед собой реалистичные цели. Завершая сеанс, специалист подводит итоги и предоставляет положительный отзыв, побуждая пациента взять на себя ответственность за изменение своего поведения.

Компоненты эффективных краткосрочных вмешательств описываются в системе FRAMES:

- пациенту предоставляется обратная связь (Feedback) в отношении персонального риска или заболеваний;
- ответственность (Responsibility) за изменения ложится непосредственно на индивида;
- специалистом предоставляются рекомендации (Advice) относительно изменений;
- предлагается перечень (Menu) альтернативных вариантов самопомощи или лечения;
- консультирование осуществляется в эмпатическом ключе (Empathic style);
- стимулируются вера в собственную способность к изменениям (Self-efficacy) и оптимизм.

ВОЗ рекомендует следующий девятиэтапный подход к осуществлению краткосрочных вмешательств по итогам скрининг-теста ASSIST (WHO, 2010b):

- спросить клиентов, хотели ли бы они увидеть результаты пройденного ими теста ASSIST;
- используя карточку итогового отчета по ASSIST, предоставить клиентам персонализированную обратную связь по количеству набранных ими баллов;
- дать рекомендации в отношении того, как снизить риск, связанный с употреблением психоактивных веществ;
- дать клиентам возможность принять на себя полную ответственность за свой выбор;
- спросить клиентов о том, насколько их заботит полученный ими результат теста;
- сопоставить положительные моменты употребления психоактивных веществ с «менее положительными моментами» такого употребления;
- обобщить и проанализировать сказанное клиентами относительно употребления ими психоактивных веществ, акцентируя внимание на «менее положительных моментах»;
- спросить клиентов, насколько их заботят такие «менее положительные моменты»;
- снабдить клиентов материалами, которые они смогут унести домой, чтобы закрепить воздействие краткосрочного вмешательства.

Направление на лечение

Если скрининг и последующая оценка состояния индивида показывают, что у него имеется клинически значимое расстройство, связанное с употреблением наркотиков, либо серьезные проблемы, связанные с сочетанным употреблением веществ, либо сопутствующие нарушения психического или соматического здоровья, его следует немедленно направить в наиболее подходящее учреждение для лечения. Процесс направления к специалистам можно ускорить, организовав запись на прием в лечебный центр непосредственно в присутствии пациента и воспользовавшись услугами «навигаторов пациента», которые сопровождают пациента в лечебный центр, а также продолжая наблюдать за состоянием пациента после его поступления на лечение. Наиболее эффективный метод направления предполагает начало лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков, и проведение такого лечения непосредственно в том же учреждении, где проводится скрининг, краткосрочное вмешательство и направление на лечение.

РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ

(Руководство mhGAP по оказанию помощи в связи с психическими и неврологическими расстройствами, а также расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в неспециализированных учреждениях здравоохранения, 2012)

- 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.

4.2.2 Научно обоснованные психосоциальные вмешательства

Описание

Психосоциальные вмешательства следует использовать в программах амбулаторного лечения для устранения мотивационных, поведенческих, психологических и других психосоциальных факторов в связи с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков. Такие вмешательства доказали свою эффективность в части сокращения употребления наркотиков, стимулировании воздержания от употребления наркотиков и предотвращения рецидивов. Психосоциальные вмешательства также могут способствовать повышению приверженности лечению и соблюдению лекарственного режима. Различные расстройства, связанные с употреблением наркотиков, требуют различных вмешательств, ряд которых (в числе прочих) относится к числу доказанно эффективных: психообразование, когнитивно-поведенческая терапия, мотивационное интервью, принцип усиления поддержки сообщества, мотивационно-стимулирующая терапия, семейная психотерапия, ситуационное воздействие, диалектическая поведенческая терапия, когнитивная терапия, основанная на осознанности, терапия принятия и ответственности, когнитивно-поведенческая терапия травмы, группы взаимопомощи (включая группы, работающие по программе «12 шагов»), а также оказание помощи жильем и работой (ВОЗ, 2016).

Когнитивно-поведенческая терапия

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) основана на понимании того, что поведенческие модели и когнитивные процессы, связанные с употреблением наркотиков, являются результатом научения и могут быть изменены. В процессе лечения пациентов знакомят с новыми умениями справляться с трудностями и когнитивными стратегиями по замене деструктивного поведения и моделей мышления. Сеансы КПТ-терапии структурированы в соответствии с конкретными целями, которых требуется достичь на каждом сеансе и посвящены решению насущных проблем, с которыми сталкивается пациент. КПТ может использоваться в качестве краткосрочного подхода, адаптируемого для широкого круга пациентов и учреждений и применимого как в рамках индивидуальной терапии, так и в ходе групповых сеансов лечения. КПТ может хорошо сочетаться с рядом других психосоциальных и фармакологических методик лечения.

Ситуационное воздействие

Ситуационное воздействие (СВ) предполагает получение пациентами конкретного вознаграждения, которым поощряется позитивное поведение, такое как воздержание, приверженность лечению, соблюдение лекарственного режима или достижение поставленных пациентом конкретных целей лечения. Для обеспечения эффективности СВ необходима согласованность в том, что считается положительным результатом с объективным критерием его достижения (обычно речь идет о химико-токсикологическом исследовании мочи и отрицательном результате скрининга на употребление наркотиков) и немедленной обратной связью. Результаты тестирования на наркотики служат показателем успешности лечения и могут обсуждаться на терапевтических сеансах в целях более четкого понимания состояния пациента. СВ-подход, который можно комбинировать с КПТ, часто используется как часть лечения, цель которого состоит в поддержке новых форм поведения, конкурирующих с употреблением наркотиков.

Пациенты, в лечении которых используется СВ, в отличие от пациентов, получающих иное лечение, часто демонстрируют более существенное сокращение употребления наркотиков на начальном этапе лечения. Однако сомнительно, что такой эффект может быть продолжительным без использования СВ в сочетании с другими подходами к лечению. СВ продемонстрировало особенную пользу при лечении пациентов с расстройствами, связанными с употреблением амфетамина и кокаина, поскольку помогает снизить показатели выбывания из программ лечения и употребления наркотиков. В ряде исследований было показано, что при использовании в рамках СВ-терапии ваучеров как награды за достигнутый пациентами значительный прогресс в лечении повышался уровень трудоустройства среди пациентов. Хотя во многих исследованиях используется денежное поощрение, важно с участием пациентов адаптировать СВ с учетом культуры и специфики целевой группы.

Принцип усиления поддержки сообщества

Принцип усиления поддержки сообщества – это поведенческий подход к сокращению употребления наркотиков, в рамках которого люди с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, стремятся изменить свои взаимоотношения с местным сообществом, с тем чтобы получить более позитивную поддержку в результате такого взаимодействия. Специалисты в области реализации принципа усиления поддержки сообщества побуждают своих клиентов к формированию определенного спектра приносящих удовольствие видов деятельности, не связанных с психоактивными веществами, таких как взаимодействие с семьей, здоровая социальная активность или трудоустройство. Стратегии в рамках принципа усиления поддержки сообщества включают: развитие навыков (таких как коммуникативные, социальные, рабочие, решения проблем, отказ от наркотиков и навыки предотвращения рецидивов) у людей с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, побуждение клиентов к тому, чтобы они обдумали каждый аспект своей жизни, способствующий счастью, а также работу с членами семьи и другими представителями круга общения пациентов с целью добиться более позитивного взаимодействия.

Мотивационное интервью и мотивационно-стимулирующая терапия

Мотивационное интервью – это психосоциальное вмешательство, направленное на повышение мотивации к изменению поведения. 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. Такой подход способствует формированию эмпатии и «терапевтического альянса», который может стимулировать изменение поведения. Пациент может понять, что употребление наркотиков несовместимо с тем, что для человека действительно важно. Мотивационное интервью также является перспективным подходом в сокращении таких форм рискованного поведения, как незащищенный секс и пользование общими иглами. При умеренных формах употребления наркотиков достаточно одного или двух сеансов мотивационного интервьюирования. При лечении более тяжелых расстройств, связанных с употреблением наркотиков, количество сеансов может быть увеличено до шести и более (такой подход называется мотивационно-стимулирующей терапией).

Терапевтические подходы, ориентированные на семью

Официально ориентированные на семью подходы к лечению – это совокупность методов, в рамках которых признается влияние семейных отношений и культурных традиций на поведение. Такие подходы опираются на семейные системы или взаимоотношения для того, чтобы положительно повлиять на поведение членов семьи, страдающих расстройствами, связанными с употреблением наркотиков. Понятие семьи может включать в себя множество семейных отношений: супружеские пары без детей, традиционные нуклеарные или

расширенные семьи, совместно проживающие партнеры с детьми или без детей, семьи с одним родителем, а также «смешанные» семьи, членами которых являются партнеры с детьми от предыдущих отношений.

Подходы к лечению, ориентированные на семью, доказали свою эффективность в части повышения приверженности лечению, сокращения употребления наркотиков и расширения участия в последующем лечении по сравнению с помощью, ориентированной исключительно на пациента. Подходы, ориентированные на семью, особенно полезны при разъяснении пациентам и членам их семей природы расстройств, связанных с употреблением наркотиков, и процесса ремиссии. Ориентированные на семью подходы, признанные эффективными при различных расстройствах, связанных с употреблением наркотиков, включают поведенческую парную терапию, краткую стратегическую семейную терапию, функциональную семейную терапию, мультисистемную терапию и многомерную семейную терапию.

Многомерная семейная терапия представляется особенно эффективной при лечении зависимости от каннабиоидов в подростковом возрасте. Поведенческая парная терапия изучается скорее в рамках лечения алкогольной зависимости, а также применительно к пациентам с расстройствами, связанными с употреблением опиоидов и кокаина, но может применяться и при ведении иных расстройств, связанных с употреблением наркотиков.

Работа с семьей может помочь в тех случаях, когда пациент отказывается участвовать в лечении с использованием таких подходов, как односторонняя семейная терапия или принцип усиления поддержки сообщества и семейная психотерапия. УНП ООН разработан комплект общедоступных учебных материалов по семейной терапии² для лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, среди подростков.

По мере возможности и целесообразности, семьи и опекуны людей с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, должны участвовать в процессах лечения и поддерживать их, соблюдая конфиденциальность пациентов. Такое участие включает обмен достоверной информацией о расстройстве, связанном с употреблением наркотиков, и его лечении (с учетом вопросов конфиденциальности), оценку потребностей личного, социального и психического здоровья, а также облегчение доступа к группам поддержки для семей и опекунов (если таковые имеются) и другим социальным ресурсам.

Группы взаимопомощи

Группы взаимопомощи, такие как Анонимные наркоманы или программы взаимоподдержки по принципу «12 шагов», помогают поддержать людей с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков. Такие группы предоставляют информацию, структурированные мероприятия и поддержку равных в непредвзятой атмосфере. Пациентам необходимо предоставлять информацию о местных группах взаимопомощи, а также контактные данные таких групп. Поставщики услуг также могут способствовать вовлечению пациентов, напрямую направляя их или помогая им поддерживать прочные контакты с представителями местных инициатив по оказанию взаимоподдержки.

РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ

(Руководство mhGAP по оказанию помощи в связи с психическими и неврологическими расстройствами, а также расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в неспециализированных учреждениях здравоохранения, 2012)

- Психосоциальные вмешательства, включая ситуационное воздействие, когнитивно-поведенческую терапию (КПТ) и семейную терапию, могут быть предложены для лечения зависимости от психостимуляторов.
- Психосоциальные вмешательства на основе когнитивно-поведенческой терапии, мотивационно-стимулирующей терапии или семейной терапии могут проводиться при лечении каннабиоидной зависимости.
- Психосоциальные вмешательства, включая когнитивно-поведенческую терапию (КПТ), терапию супружеских пар, психодинамическую терапию, поведенческую терапию, терапию с участием ближайшего социального окружения, ситуационное воздействие и мотивационные интервью, а также 12-шаговую групповую терапию, могут применяться для лечения алкогольной зависимости.

² Доступно по адресу: https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/Updated_Final_UNFT_to_share.pdf

4.2.3 Научно обоснованные фармакологические вмешательства

Описание

Лекарственные препараты могут быть очень полезны при ведении и (или) лечении целого ряда нарушений, вызванных употреблением наркотиков, таких как интоксикация, передозировка, синдром отмены, зависимость, а также психические расстройства, вызванные или связанные с употреблением наркотиков. Фармакологические вмешательства должны применяться в сочетании с психосоциальными вмешательствами.

Фармакологические вмешательства для ведения синдрома отмены наркотических средств

Нераспознанный и непролеченный синдром отмены приводит к риску отказа пациента от лечения. Ведение синдрома отмены, также известное как «детоксикация», обычно является первоочередной задачей, если у пациента в недавнем анамнезе была тяжелая и часто длительная зависимость от опиоидов, алкоголя, бензодиазепина, барбитуратов или сочетанного употребления веществ. Для этого необходимы научно обоснованные протоколы ведения синдрома отмены, обычно использующие фармакотерапию в сочетании с отдыхом, питанием и мотивационным консультированием.

Синдром отмены опиоидов

Фармакологическое лечение синдрома отмены опиоидов включает краткосрочное лечение метадоном и бупренорфином или агонистами альфа-2-адренергических рецепторов (клонидином и лофексидином). Если ни один из них не доступен, другим вариантом будет использование уменьшающихся доз слабых опиоидов, а также лекарств для лечения конкретных симптомов. Однако люди с опиоидной зависимостью обычно лучше реагируют на длительное лечение агонистами опиоидных рецепторов, потому что отдельно используемая детоксикация повышает риск передозировки.

Основной целью лечения синдрома отмены является стабилизация соматического и психологического здоровья пациента в процессе купирования симптоматики прекращения или сокращения употребления наркотиков. Перед началом последующего лечения антагонистами опиоидных рецепторов необходимо купировать синдром отмены. Однако в этот момент пациенты особенно уязвимы. Причина в том, что недавние периоды воздержания являются основными факторами риска смертельной передозировки опиоидов из-за снижения толерантности и большой опасности неправильного расчета дозировки опиоидов. Если это возможно, следует безопасно и эффективно проводить опиоидную детоксикацию с использованием уменьшающихся ежедневных контролируемых доз метадона и бупренорфина в течение одной–двух недель. В других случаях могут использоваться клонидин или лофексидин 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. Лечащие врачи должны прописывать седативные лекарственные препараты лишь на короткие периоды времени и внимательно наблюдать за реакцией организма на лечение, поскольку более длительный период использования некоторых лекарственных препаратов может вызывать привыкание и нецелевое использование. Эффективность лечения повышается, если в процессе ведения синдрома отмены оказывается психосоциальная помощь.

Если это возможно, людям с опиоидной зависимостью и членам их семей должен выдаваться налоксон, который они могли бы использовать дома при передозировке опиоидов, и их следует обучить ведению передозировки опиоидов

РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ

(WHO Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence, 2009)

- Услуги по лечению синдрома отмены опиоидов должны быть структурированы таким образом, чтобы лечение синдрома отмены не было самостоятельной услугой, а было встроено в уже проводимые методы лечения.
- Лечение синдрома отмены опиоидов необходимо планировать в связке с уже проводимым лечением.
- При ведении синдрома отмены опиоидов предпочтительно использовать сниженные дозы агонистов опиоидных рецепторов (метадон или бупренорфин), хотя также могут использоваться агонисты альфа-2-адренорецепторов.
- Лечащим врачам не следует применять комбинацию опиоидных антагонистов с сильным седативным действием при ведении синдрома отмены опиоидов.
- Лечащим врачам не следует в порядке обычной практики применять комбинацию опиоидных антагонистов и минимальной седации при ведении синдрома отмены опиоидов.
- Психосоциальная поддержка должна предлагаться в порядке обычной практики в комплексе с фармакологическим лечением синдрома отмены опиоидов.

Синдром отмены анксиолитиков, седативных и снотворных средств

Пациентов, допущенных к программе лечения, следует спрашивать о сочетанном употреблении веществ, включая употребление алкоголя и седативных средств, и наблюдать за появлением симптомов синдрома отмены или проводить профилактическое лечение, если высок риск потенциального синдрома отмены седативных, снотворных или анксиолитических средств (интенсивное или длительное употребление, или история предыдущих случаев синдрома отмены).

Синдром отмены анксиолитиков, седативных и снотворных средств можно эффективно лечить с помощью бензодиазепинов длительного действия, начиная с дозы, достаточной для облегчения симптомов отмены, и постепенно снижая ее в течение нескольких дней или недель. Необходимо наблюдать за пациентами на предмет появления тяжелых симптомов синдрома отмены алкоголя или снотворного, включая судороги, нестабильные состояния сердечно-сосудистой системы и делирий. Важно убедиться, что лечение не просто продлевает прием седативно-снотворных средств.

Синдром отмены психостимуляторов

Состояние отмены психостимуляторов описано не так четко, как синдромы отмены депрессантов центральной нервной системы. Тем не менее, при отмене психостимуляторов наблюдается депрессия, сопровождаемая недомоганием, инертностью и эмоциональной неустойчивостью. Фармакологическое лечение отмены психостимуляторов, при наличии показаний, должно быть симптоматическим или направленным на устранение симптомов.

Синдром отмены каннабиса

Синдром отмены каннабиса, характеризующийся нарушением сна, головными болями, подавленным настроением и раздражительностью, может возникать у активных потребителей. Фармакологическое лечение синдрома отмены каннабиса, при наличии показаний, должно быть симптоматическим или направленным на устранение симптомов.

Другие психоактивные вещества

Ведение синдрома отмены других психоактивных препаратов, включая новые психоактивные вещества, должно основываться на (новых) научных данных о примерах передовой практики.

РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ

(Руководство mhGAP по оказанию помощи в связи с психическими и неврологическими расстройствами, а также расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в неспециализированных учреждениях здравоохранения, 2012)

- Отмену каннабиса, кокаина или амфетаминов лучше всего проводить в благоприятной обстановке. Для лечения синдрома отмены этих препаратов не рекомендуется принимать какие-либо специальные лекарства.
- Облегчение симптомов (таких как возбуждение, нарушение сна) может быть достигнуто с помощью симптоматических лекарственных средств на период состояния отмены. Реже депрессия или психоз могут возникнуть во время синдрома отмены, в этих случаях необходимо пристальное наблюдение за человеком и обращение за советом к соответствующим специалистам, если это возможно.
- Отмену бензодиазепинов лучше всего проводить плановым образом с постепенным уменьшением дозы в течение 8–12 недель и с переходом на бензодиазепины длительного, а не короткого действия. Людям, находящимся в режиме постепенного снижения дозы, полезна психосоциальная поддержка. Синдром отмены бензодиазепинов, если его не контролировать, может быть тяжелым; если развивается тяжелый синдром отмены (или происходит незапланированно при внезапном прекращении приема этих препаратов), следует получить консультацию специалиста относительно начала режима седации с высокими дозами бензодиазепинов и госпитализации.
- Дополнительным показанием для госпитализации людей, находящихся в состоянии отмены бензодиазепинов, является наличие сопутствующей физической патологии (такой как судороги или хроническая боль) или сопутствующей психиатрической патологии.

Фармакологические вмешательства при ведении зависимости от опиоидов

С учетом того, что опиоидная зависимость обычно имеет хроническое и рецидивирующее течение, существует необходимость в применении долгосрочного лечения для предотвращения рецидивов для лиц, которые прекращают немедицинское употребление опиоидов. Лечение для предотвращения рецидива должно включать сочетание фармакологического лечения и психосоциальных вмешательств. Лечение, основанное исключительно на психосоциальных подходах, дает худшие результаты по сравнению с лечением, которое также включает прием соответствующих лекарственных препаратов.

Для лечения опиоидной зависимости используются две основные фармакологические терапевтические стратегии (WHO, 2009):

- Поддерживающая терапия агонистами опиоидных рецепторов (ПТАО) с использованием длительно действующих опиоидных агонистов (метадона или бупренорфина) в сочетании с психосоциальной поддержкой является наиболее эффективным фармакологическим вмешательством при опиоидной зависимости.
- Детоксикация с последующим лечением, направленным на предотвращение рецидивов, с использованием антагонистов опиоидных рецепторов (налтрексон) особенно полезна для пациентов, которые мотивированы воздерживаться от употребления опиоидов.

Поддерживающая терапия агонистами опиоидных рецепторов

Основная цель поддерживающей терапии агонистами опиоидных рецепторов состоит в том, чтобы сократить или прекратить немедицинское употребление опиоидов и связанные с ним риски, а также способствовать воздержанию путем предупреждения симптомов синдрома отмены, минимизировать тягу к наркотикам и воздействие других опиоидов, если они потребляются.

Всем пациентам, получающим поддерживающую терапию агонистами опиоидных рецепторов, должен обеспечиваться доступ к психосоциальным вмешательствам и поддержка в случае ремиссии. Для того чтобы такая поддержка стала возможной, необходимо сформировать связи между различными методами лечения. Само по себе несоблюдение правил программы лечения, как правило, не должно служить основанием

для принудительной выписки. Принудительная выписка может быть оправдана в интересах обеспечения безопасности персонала и других пациентов. Тем не менее, прежде чем пациент будет принудительно выписан, необходимо принять разумные меры по улучшению ситуации, что включает повторную оценку используемой лечебной тактики. Если выписка неизбежна, важно предпринять все возможные меры по направлению пациента в другое лечебное учреждение или в филиал данного лечебного учреждения, а также меры по предупреждению передозировки.

Поддерживающая терапия метадон

По сравнению с немедикаментозным лечением у пациентов, принимающих метадон, наблюдается заметное сокращение употребления героина и других наркотиков, снижение уровня смертности, меньшее количество медицинских осложнений, более низкий уровень передачи ВИЧ и гепатита, снижение уровня преступной деятельности и повышение социальной и профессиональной активности.

Начиная использовать метадон, важно следовать принципу «начинать с малого, действовать не спеша». После безопасного введения начальной дозы целью должен быть подбор оптимальной дозы для долгосрочного поддерживающего лечения, чтобы предотвратить тягу и употребление запрещенных опиоидов. Необходимо постепенно повышать начальную дозу до идеальной, которая устраняет влечение к опиоидам, не вызывая седативного эффекта или эйфории, и позволяет пациентам оптимально участвовать во всех сферах их жизни. Врач должен повысить дозу, если пациент принимает героин, и понизить, если пациент находится под воздействием седативных средств или готов прекратить лечение.

Эффективность поддерживающих доз метадона зависит от индивидуальных факторов, таких как способность к метаболизированию препарата и нарушения метаболизма, вызванные приемом других лекарственных средств (например для лечения ВИЧ-инфекции или туберкулеза, психических или сердечно-сосудистых нарушений), которые могут изменять уровень метадона в крови. Чтобы поддерживать адекватный уровень содержания препарата в плазме и избегать синдрома отмены опиоидов, важно обеспечить прием метадона один раз в сутки и регулярно контролировать соблюдение пациентами лекарственного режима. В начале лечения метадон следует вводить под наблюдением. Как только состояние пациента стабилизируется, можно назначать дозы на дом с учетом требований местного законодательства и по итогам индивидуальной оценки риска и пользы.

Одним из способов избежать утечки метадона является разведение доз для контролируемого приема или приема дома до состояния, не позволяющего использовать препарат для инъекционного введения.

Бупренорфин и комбинация бупренорфина с налоксоном

Поддерживающая терапия бупренорфином и поддерживающая терапия метадон имеют схожие цели и принципы. Однако, в то время как принципом введения метадона является «начинать с малого, действовать не спеша», то при введении бупренорфина удается достаточно быстро подобрать эффективную дозу, как только окажется, что первая доза хорошо переносится. Это обусловлено тем, что риск токсичности низок ввиду частичного агонизма препарата.

В сравнении с метадон бупренорфин меньше взаимодействует с другими распространенными лекарственными средствами. Так же как и в случае с метадон, дозы бупренорфина должны приниматься под наблюдением до стабилизации состояния пациента. После этого можно назначать дозы для приема на дому с учетом местного законодательства и индивидуальной оценки соотношения риска и пользы.

В целях предотвращения немедицинского использования бупренорфина, в том числе инъекционного введения или утечки таблеток бупренорфина, бупренорфин поставляется в лекарственной форме, комбинированной с налоксоном. Такая комбинация делает препарат менее привлекательным для немедицинского использования, и при инъекционном введении может провоцировать симптомы синдрома отмены. Поскольку для полного растворения во рту сублингвальной формы требуется до 15 минут, была разработана также пленочная форма, которая затвердевает при контакте с водой, что значительно затрудняет инъекционное введение.

Лечение антагонистом опиоидных рецепторов – налтрексоном

Лечение длительно действующим антагонистом опиоидных рецепторов, налтрексоном, может быть начато только после детоксикации у лиц, которые воздерживались от употребления опиоидов в течение недели или более (как правило, тех, кто заканчивает реабилитационное лечение). Налтрексон используется для профилактики рецидивов; он блокирует воздействие опиоидов на один–два дня. При отсутствии достаточной мотивации показатели отказа от лечения могут быть высокими.

Налтрексон может быть полезен пациентам, которые:

- не имеют доступа к лечению с использованием агонистов;
- обладают сильной мотивацией к воздержанию от всех опиатов;
- не могут получать лечение с использованием агонистов из-за побочных эффектов;
- успешно проходят лечение с использованием агонистов, но хотели бы прервать его и защититься от рецидивов.

Налтрексон доступен в виде таблеток для перорального применения, которые можно принимать ежедневно или три раза в неделю для поддержания в крови уровня вещества, необходимого для достижения терапевтического эффекта. Налтрексон также выпускается в лекарственной форме с пролонгированным высвобождением (в виде инъекций или имплантата), разовая доза которого может поддерживать терапевтический уровень лекарственного вещества в течение трех–шести недель. В обращении находится ряд препаратов налтрексона в виде имплантата, которые, как сообщается, обеспечивают еще более длительную блокировку воздействия опиоидов.

РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ

(WHO Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence, 2009)

- Фармакологическое лечение с психосоциальным сопровождением не должно быть обязательным.
- Лечение должно быть доступным для обездоленных групп населения.
- Фармакологическое лечение опиоидной зависимости должно быть широко доступным; в том числе речь может идти о предоставлении лечения в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Пациентов с сопутствующими заболеваниями можно лечить в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, если при необходимости можно получить консультацию специалиста.
- На момент начала оказания услуг по лечению необходима уверенность в том, что такие услуги приемлемы с финансовой точки зрения.
- Основные варианты фармакологического лечения должны включать поддерживающую терапию агонистами опиоидных рецепторов и услуги по лечению опиоидного абстинентного синдрома. Это, как минимум, должно включать назначение метадона или бупренорфина для поддерживающей терапии агонистами опиоидных рецепторов и амбулаторное лечение синдрома отмены.
- Для достижения оптимального охвата и оптимальных результатов лечения, лечение опиоидной зависимости должно предоставляться бесплатно или покрываться за счет средств государственного медицинского страхования.
- Фармакологическое лечение опиоидной зависимости должно быть доступным для всех, кто в нем нуждается, включая людей, находящихся в местах лишения свободы и других закрытых учреждениях.
- Варианты фармакологического лечения должны включать метадон и бупренорфин для поддерживающей терапии агонистами опиоидных рецепторов и ведения синдрома отмены опиоидов, альфа-2-адренергические агонисты при отмене опиоидов, налтрексон для предотвращения рецидивов и налоксон для лечения передозировки.
- Дозы метадона и бупренорфина на ранней стадии лечения должны приниматься под непосредственным надзором.
- У пациентов с опиоидной зависимостью, не начинающих лечение с использованием агонистов опиоидных рецепторов, возможность фармакотерапии с использованием налтрексона необходимо рассматривать после окончания синдрома отмены опиоидов.
- Дозы на дом можно назначать в том случае, если дозировка и социальная ситуация стабильные, и при низкой вероятности использования не по назначению.
- Дозы для приема на дому могут выдаваться пациентам, когда выгода от снижения частоты прихода на прием в учреждение считается большей, чем риск утечки лекарственного средства в незаконный оборот, при условии регулярных проверок.

РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ

(WHO Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence, 2009)

(продолжение)

- В целях обеспечения максимальной безопасности и эффективности программ поддерживающего лечения агонистами необходимы политика и правила, поощряющие гибкую структуру дозирования, с низкими начальными дозами и высокими поддерживающими дозами и без каких-либо ограничений на уровни доз и продолжительность лечения.
- Наряду с фармакологическим лечением опиоидной зависимости всем пациентам с опиоидной зависимостью должна быть доступна психосоциальная поддержка.
- Необходимо ведение актуальной медицинской документации применительно ко всем пациентам. Такие записи должны включать, как минимум, анамнез, результаты клинического обследования, результаты лабораторных исследований, диагноз, отметки о состоянии здоровья и социальном статусе, планы лечения и их пересмотры, направления к специалистам, свидетельства согласия, информацию о прописанных лекарственных средствах и других полученных вмешательствах. Необходимо обеспечить конфиденциальность историй болезни.
- 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.
- Органы здравоохранения должны гарантировать, что лечащие врачи обладают достаточными навыками и квалификацией для надлежащего использования контролируемых веществ. Такие требования могут предполагать последипломное обучение и сертификацию, непрерывное образование и лицензирование, а также выделение средств для мониторинга и оценки.
- Необходимо наличие документированных процедур для обеспечения безопасной и законной закупки, хранения, выдачи и дозирования лекарственных средств, особенно метадона и бупренорфина.
- Должна существовать система мониторинга безопасности услуг по лечению, включая отслеживание объемов утечки лекарственных средств.

Фармакологические вмешательства для лечения расстройств, связанных с употреблением психостимуляторов

Психостимуляторы, такие как амфетамины и кокаин, входят в число наиболее часто употребляемых и проблемных психоактивных веществ во многих районах мира. На сегодняшний день ни одно лекарственное средство не является доказанно стабильно эффективным при лечении расстройств, связанных с употреблением психостимуляторов. Используемые лекарственные средства в первую очередь служат для лечения сопутствующих психических расстройств и синдрома отмены.

Если это необходимо, симптомы синдрома отмены психостимуляторов можно купировать с помощью симптоматических лекарственных средств. Однако лечащие врачи должны назначать психоактивные препараты с большой осторожностью, лишь на короткий срок и внимательно следить за реакцией на лечение, поскольку при продолжительном лечении может возникнуть риск развития толерантности и использования препарата не по назначению.

Антипсихотические и седативные препараты могут использоваться для лечения психотических симптомов, вызванных острой интоксикацией психостимуляторами. Учитывая, что многие пациенты с расстройством, вызванным употреблением психостимуляторов, имеют сопутствующее серьезное психическое расстройство (например большое депрессивное расстройство, биполярное расстройство или шизофрению), соответствующие психотропные препараты играют важную роль в лечении таких пациентов. Пациенты с расстройством, связанным с употреблением психостимуляторов, часто являются потребителями других веществ и могут иметь расстройства (включая алкогольную или опиоидную зависимость), связанные с сочетанным употреблением веществ, которые следует лечить с использованием как фармакологических, так и психосоциальных подходов.

РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ

(Руководство mhGAP по оказанию помощи в связи с психическими и неврологическими расстройствами, а также расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в неспециализированных учреждениях здравоохранения. Версия 2.0, 2016)

- При лечении зависимости от психостимуляторов могут использоваться психосоциальные вмешательства, включая ситуационное воздействие, когнитивно-поведенческую терапию (КПТ) и семейную терапию.
- При лечении расстройств, связанных с употреблением стимуляторов, в неспециализированных условиях не следует назначать дексамфетамин.

Фармакологические вмешательства при ведении расстройств, связанных с употреблением каннабиса

На сегодняшний день не существует одобренного фармакологического лечения расстройств, связанных с употреблением каннабиса, и психосоциальное лечение остается основным подходом. В случае синдрома отмены каннабиса при необходимости можно использовать симптоматические препараты для лечения симптомов отмены. Однако лечащие врачи должны назначать психоактивные препараты только на короткие периоды времени и внимательно следить за реакцией на лечение, поскольку длительное использование может повысить риск толерантности и использования препарата не по назначению.

РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ

(Руководство mhGAP по оказанию помощи в связи с психическими и неврологическими расстройствами, а также расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в неспециализированных учреждениях здравоохранения. Версия 2.0, 2016)

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

4.2.4 Выявление и ведение передозировки

Передозировка опиоидов

Опиоиды являются сильнодействующими препаратами, вызывающими нарушение дыхания, и передозировка опиоидов, приводящая к угнетению дыхания и смерти, является основной причиной смертельных исходов, связанных с употреблением опиоидов. Люди с опиоидной зависимостью представляют собой группу, наиболее подверженную передозировке, особенно если опиоиды вводятся путем инъекции или используются в сочетании с другими седативными веществами, которые могут вызвать угнетение дыхания (например, алкоголь, бензодиазепины или барбитураты). Снижение толерантности после периода воздержания значительно увеличивает риск передозировки опиоидов. Периоды высокого риска включают первые недели, следующие за выпиской после детоксикации в стационаре или учреждении длительного пребывания или после прекращения лечения наркозависимости с помощью налтрексона, а также освобождением из мест лишения свободы.

На передозировку опиоидов указывает наличие комбинации трех симптомов: сужения зрачков, потери сознания, угнетения дыхания. Летальный исход в случае передозировки опиоидов можно предотвратить посредством базовых реанимационных мероприятий и своевременного введения налоксона. Антагонист опиоидных рецепторов, налоксон, является жизненно важным лекарственным средством, которое может в течение нескольких минут обратить передозировку опиоидов и которое включено в Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств. С учетом долговременного успешного использования в клинической практике и чрезвычайно редких побочных эффектов налоксон должен иметься в наличии во всех учреждениях, описанных в данном документе, и во всех медицинских учреждениях, которые могут

столкнуться с необходимостью реагировать на передозировку опиоидов. Хотя доступ к налоксону зачастую имеется только у медицинских работников, люди, которые могут стать свидетелями передозировки опиоидов, такие как аутрич-работники, сотрудники полиции, товарищи, близкие друзья и члены семьи должны иметь доступ к налоксону и быть обучены его введению в рамках оказания экстренной помощи при подозрении на передозировку опиоидов (WHO, 2014a).

Налоксон может быть введен внутримышечно, подкожно, внутривенно или интраназально. Составы для интраназального введения налоксона имеют более высокую концентрацию, чем составы для инъекций, поскольку слизистая оболочка носа имеет ограничение на количество жидкости, которое она может абсорбировать за один раз, и дозы, используемые при интраназальном введении, могут быть выше, чем дозы, вводимые внутримышечно.

В дополнение к введению налоксона ведение передозировки опиоидов включает в себя обеспечение проходимости дыхательных путей, реанимационное пособие (например вспомогательную вентиляцию легких и искусственное дыхание), вызов скорой помощи и пребывание с пациентом до тех пор, пока пациент полностью не придет в себя.

Передозировка психостимуляторов

Передозировка психостимуляторов проявляется симптомами и признаками тяжелой острой интоксикации психостимуляторами, с поведенческими и физиологическими особенностями гиперактивации симпатической нервной системы, вызванной повышенной активностью катехоламинового нейромедиатора, которая может быть опасной для жизни. Клинические признаки включают возбуждение, сильную тревожность, паранойю, нарушение суждений и несоответствующее поведение, бред величия, судороги и часто полномасштабные психотические состояния, ассоциированные с гипертермией, тяжелой тахикардией, артериальной гипертензией, сердечной аритмией или инфарктом миокарда и рабдомиолизом. Указанные признаки обычно развиваются после приема высоких доз кокаина, амфетаминов или иных психостимуляторов.

Лечение передозировки психостимуляторов направлено на купирование синдромов и симптомов передозировки с помощью бензодиазепинов (иногда антипсихотических препаратов) для достижения седативного эффекта и наблюдения за пациентом. В то же время поддерживаются и восстанавливаются жизненно важные функции пациента, причем особое внимание следует уделить нормализации сердечно-сосудистой деятельности и гидратации.

РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ

(WHO guidelines on community management of opioid overdose, 2014)

- Люди, которые могут оказаться свидетелями передозировки опиоидов, должны иметь доступ к налоксону и владеть достаточной информацией о его применении, в том числе в экстренных ситуациях при подозрении на передозировку опиоидов.
- Налоксон эффективен при введении внутривенно, внутримышечно, подкожно и интраназально. При выборе пути введения человек, который будет вводить налоксон, должен учитывать имеющиеся в наличии лекарственные формы, свои навыки введения препарата, ситуацию и местные особенности.
- При подозрении на передозировку опиоидов при оказании первой помощи основные действия должны быть направлены на обеспечение проходимости дыхательных путей, проведение искусственной вентиляции легких и введение налоксона.
- После введения налоксона и последующих успешных реанимационных мероприятий следует тщательно наблюдать за человеком на предмет оценки состояния сознания и дыхания. Наблюдение необходимо продолжать до полного восстановления.

4.2.5 Лечение сопутствующих нарушений психического и соматического здоровья

Коморбидные психические расстройства

Сопутствующие психические расстройства, в том числе расстройства настроения, расстройства, связанные с тревогой или страхом, а также расстройства, связанные со стрессом (например посттравматическое стрессовое расстройство), шизофрения или другие первичные психотические расстройства, могут осложнять естественную причину расстройств, связанных с употреблением наркотиков, и затруднять участие в лечении. Употребление различных психоактивных препаратов и алкоголя может усугублять или обострять симптомы и синдромы психических расстройств. К ним относятся депрессия или маниакальные симптомы, беспокойство и психотические симптомы, такие как бред или галлюцинации. Эффект может исчезнуть или значительно ослабнуть после прекращения употребления наркотиков. Важно проверять всех пациентов с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, на наличие коморбидных психических расстройств. Первоначальный скрининг может проводиться в любом лечебном учреждении, но более тщательно проводится в амбулаторных и стационарных медицинских учреждениях. Воздержание от употребления психоактивных веществ не может быть условием для начала лечения коморбидных психических расстройств: все пациенты с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, должны иметь доступ к оценке и лечению нарушений психического здоровья, что требует их информированного согласия и уважения их конфиденциальности.

Для того чтобы точно оценить симптоматику других психических расстройств среди пациентов с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, критически важно прежде всего отличать независимо возникающие психические расстройства от расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, которые исчезают при воздержании. Краткосрочное лечение в стационаре может дать возможность для проведения комплексной диагностической оценки, позволяющей установить, исчезнет ли или уменьшится ли симптоматика после прекращения употребления наркотиков. Такое пребывание в стационаре также дает возможность начать медицинское или психосоциальное лечение сопутствующих расстройств, которые сохранятся после воздержания от употребления психоактивных веществ.

Может быть полезным проведение структурированных психиатрических интервью с использованием таких диагностических инструментов, как Краткое международное нейропсихиатрическое интервью для DSM 5, Составное международное диагностическое интервью или Структурированное клиническое интервью для DSM 5, а также использование других инструментов диагностики психических расстройств. Интервью помогут диагностировать сопутствующие заболевания, такие как большое депрессивное расстройство, биполярные расстройства и тревожные расстройства. Более подробные рекомендации относительно ведения психических расстройств содержатся в Международном руководстве mhGAP (ВОЗ, 2016).

Оценка и ведение риска самоповреждения и (или) самоубийства

Самоубийство – это акт умышленного лишения себя жизни, в то время как самоповреждение – гораздо более широкий термин, относящийся к умышленному причинению самому себе отравления или травмы с целью добиться смерти или летального исхода или без таковой. Важно распознавать риск самоповреждения и (или) самоубийства у людей с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков. Во время первичной оценки и периодически, по мере необходимости, каждого человека с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, необходимо расспросить о мыслях или планах самоповреждения, которые возникали у него в течение последнего месяца, либо об актах самоповреждения, совершенных им за прошедший год.

Проводя оценку риска самоповреждения и (или) самоубийства, следует обратить особое внимание на следующие факторы:

- оценка неизбежного риска, другими словами, текущих или недавних (в течение прошедшего месяца) действий, мыслей или планов относительно самоповреждения и (или) самоубийства, а также ситуаций крайнего возбуждения, насилия, стресса или нехватки общения;

- история предшествующих актов самоповреждения (а также история травм или отравлений);
- наличие любых сопутствующих физических или психических заболеваний;
- наличие хронической боли;
- тяжесть эмоциональной симптоматики;
- наличие социальной поддержки.

Если у человека ранее были мысли, планы или действия по причинению себе вреда, необходимо использовать ряд превентивных стратегий (ВОЗ, 2016).

- Важно рекомендовать самому человеку, его родным и близким ограничить доступ к средствам самоповреждения (таким как пестициды и другие токсичные вещества, лекарственные средства или огнестрельное оружие).
- Необходимо установить регулярный контакт (посредством телефонных звонков, посещений на дому, писем, контактных карточек и контактов в рамках краткосрочных вмешательств) с неспециализированным медицинским учреждением. Вначале контакт должен быть частым, а затем менее частым по мере улучшения состояния пациента. Интенсивность и продолжительность контакта определяются состоянием пациента.
- Если позволяют кадровые ресурсы, для лиц, совершивших акты самоповреждения в течение предшествующего года, рекомендуемым лечением является структурированный подход к решению проблем.
- Лицам, добровольно сообщающим информацию о том, что у них были мысли о самоповреждении, или лицам, у которых выявлены планы самоповреждения в течение предшествующего месяца или которые совершали акты самоповреждения в течение предшествующего года, должна быть обеспечена социальная поддержка (из имеющихся неформальных и (или) формальных ресурсов сообщества).
- Людей, подверженных риску самоповреждения, как правило, не следует госпитализировать в непсихиатрические отделения больниц общего профиля с целью предотвратить акт самоповреждения. Однако может возникнуть необходимость в их госпитализации в больницу общего профиля с целью купировать медицинские последствия самоповреждения; в таких случаях важно внимательно следить за поведением человека, чтобы предотвратить последующее самоповреждение во время пребывания в больнице.
- В случае, если медицинский работник обеспокоен по поводу неизбежного риска тяжелого самоповреждения (например когда человек агрессивен, чрезвычайно возбужден или отказывается общаться), крайне важно рассмотреть возможность экстренного направления в психиатрическое учреждение. При отсутствии такового, необходимо мобилизовать членов семьи, друзей, заинтересованных лиц и другие доступные ресурсы для того, чтобы тщательно наблюдать за человеком на протяжении всего времени. Пока сохраняется неизбежный риск.

Во всех вышеперечисленных случаях жизненно важно оценивать и адекватно лечить сопутствующие психические и соматические заболевания.

РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ

(Руководство mhGAP по оказанию помощи в связи с психическими и неврологическими расстройствами, а также расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в неспециализированных учреждениях здравоохранения. Версия 2.0, 2016)

- Работники неспециализированных учреждений здравоохранения должны опрашивать людей в возрасте старше 10 лет, страдающих депрессией, биполярным расстройством, шизофренией, эпилепсией, расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, расстройствами, связанными с употреблением запрещенных наркотических средств, деменцией, детей с диагностированными психическими расстройствами, и лиц, поступающих с хронической болью или острым состоянием эмоционального стресса в связи с текущим межличностным конфликтом, недавней тяжелой утратой или другим тяжелым жизненным событием, о мыслях и планах относительно самоповреждения, возникавших в течение предшествующего месяца, или актах самоповреждения, совершенных в течение прошедшего года, в рамках первичной оценки и периодически, если это будет необходимо.

Депрессия

Большое депрессивное расстройство является наиболее частым сопутствующим нарушением психического здоровья среди людей с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков (Torrens et al, 2015). Люди с депрессией характеризуются рядом симптомов, таких как подавленное настроение, потеря интереса или способности получать удовольствие от тех видов деятельности, которые прежде приносили радость, снижение энергетического потенциала или повышенная утомляемость в течение как минимум двух недель.

Взаимосвязь между употреблением психоактивных веществ и депрессией сложна: расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, способствуют развитию депрессии, а употребление психоактивных веществ может поставить под угрозу результаты лечения; депрессия, в свою очередь, может увеличить употребление психоактивных веществ и ускорить прогрессирование расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (WHO, 2004). Симптомы депрессии могут возникнуть на фоне синдрома отмены психоактивных веществ и исчезнуть при воздержании, но могут и сохраняться в течение длительного времени после прекращения употребления психоактивных веществ. Таким образом, состояние пациентов требует частой оценки. В случае, если симптомы депрессии сохраняются и диагностируется депрессивный эпизод, крайне важно лечить оба расстройства одновременно с использованием интегрированной модели лечения. Следует отметить, что употребление психоактивных веществ или расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, не должны служить препятствием для лечения депрессии.

После того, как состояние пациента надлежащим образом оценено, может применяться ряд фармакологических и психосоциальных вариантов лечения. Пациенту может потребоваться фармакологическое лечение антидепрессантами, если симптомы депрессии сохраняются и мешают пациенту вести нормальную повседневную жизнь. Психосоциальное вмешательство при депрессии включает психообразование, управление стрессом, когнитивно-поведенческую терапию, поведенческую активацию, обучение релаксации, групповую межличностную терапию и активизацию социальной поддержки. Более подробно рекомендации по ведению большого депрессивного расстройства в неспециализированных учреждениях изложены в Руководстве mhGAP по оказанию помощи в связи с психическими и неврологическими расстройствами (ВОЗ, 2016).

Тревога

Вскоре после прекращения употребления наркотиков многие пациенты сталкиваются с тревогой или расстройствами сна, которые можно лечить с помощью симптоматических лекарственных средств. Однако седативно-снотворные препараты, такие как бензодиазепины, следует с осторожностью использовать в качестве первой линии лечения в силу их способности вызывать зависимость. Кроме того, бензодиазепины могут повысить риск передозировки со смертельным исходом, если пациент употребляет препараты, которые могут вызвать угнетение дыхания (например опиоиды). Наряду с психосоциальным и поведенческим лечением следует рассмотреть альтернативные лекарственные средства, такие как антидепрессанты.

Психотические расстройства

Люди с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, также могут страдать шизофренией или иными первичными психотическими расстройствами. Психотические расстройства характеризуются искажением мышления и восприятия, а также эмоциональными и поведенческими нарушениями. Может присутствовать бессвязная или спутанная речь. Возможны такие симптомы, как галлюцинации, бред, серьезные отклонения в поведении (дезорганизованность поведения, беспокойство, возбуждение, бездеятельность или гиперактивность), а также изменение настроения и эмоциональные перепады.

Психоз может развиваться во время интоксикации или отмены некоторых психоактивных веществ. Однако это может произойти и при воздержании из-за независимых от употребления наркотиков коморбидных психических расстройств. Важно различать психотические симптомы, связанные с употреблением психоактивных веществ (которые проходят при воздержании), и независимо возникающие психотические расстройства. Острая или стойкая психотическая симптоматика может потребовать консультации со специалистами в области психического здоровья и (или) направления к таким специалистам для начала фармакологического и психосоциального лечения. Такое лечение может включать назначение антипсихотических и (или) нормотимических средств, психообразование, вмешательства с участием членов семьи, когнитивно-поведенческую терапию, обучение жизненным навыкам и навыкам социального взаимодействия, а также

поддержку при трудоустройстве. Более подробные рекомендации по фармакологическому и психосоциальному ведению психозов (включая биполярное расстройство) изложены в Руководстве mhGAP по оказанию помощи в связи с психическими и неврологическими расстройствами (ВОЗ, 2016).

Сочетанное употребление веществ

Некоторые люди с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, могут употреблять несколько психоактивных веществ, смешивая опиоиды, психостимуляторы, алкоголь, каннабис и другие вещества. Это может затруднять диагностику и лечение и увеличивать риск осложнений, вызванных фармакологическим взаимодействием. Например, употребление веществ с седативным действием увеличивает риск передозировки опиоидов. Первоначальная оценка должна включать получение подробной информации обо всех используемых психоактивных веществах, частоте и интенсивности их употребления, а также скрининг на наличие других сопутствующих соматических и психических заболеваний.

Расстройства, связанные с употреблением алкоголя

Расстройства, связанные с употреблением алкоголя, часто сопровождаются расстройствами, связанными с употреблением наркотиков. Диагностика и оценка тяжести расстройства, связанного с употреблением алкоголя, важны, поскольку указывают на необходимые терапевтические вмешательства. Острая алкогольная абстиненция у людей с алкогольной зависимостью может потребовать медикаментозного лечения, так как может привести к судорогам, острому психозу (белой горячке) и, в некоторых случаях, к смерти.

Во время первоначальной оценки важно собрать историю употребления алкоголя, выявить наличие коморбидных расстройств, связанных с употреблением алкоголя, и необходимость ведения алкогольной абстиненции. Такие вопросники, как скрининг-тест на употребление алкоголя, наркотических веществ и курение (ASSIST или ТАНК: тест на алкоголь, наркотики и курение) (WHO, 2010a) и тест для выявления расстройств обусловленных употреблением алкоголя (AUDIT) (WHO, 2001), полезны при скрининге пациентов в рамках последующей диагностической оценки. Вопросник для выявления степени тяжести алкогольной зависимости (Stockwell et al., 1979) и Вопросник по проблемам, обусловленным употреблением алкоголя (Drummond, 1990), могут помочь в оценке тяжести алкогольной зависимости и других связанных с этим проблем.

При необходимости ведения алкогольной абстиненции и лечения коморбидных расстройств, связанных с употреблением алкоголя, соответствующие мероприятия необходимо проводить под контролем обученного персонала в соответствии с надлежащими рекомендациями.

Сопутствующие нарушения соматического здоровья

Каждое острое медицинское состояние, наблюдаемое при поступлении на лечение, может потребовать ведения до или во время любого дальнейшего лечения или оказания помощи. В числе прочего речь может идти о лихорадке, острой боли, желудочно-кишечном или ином кровотечении, судорогах, пневмонии и острых сердечно-сосудистых нарушениях.

В зависимости от местных условий, лечение расстройств, связанных с употреблением наркотиков, включая опиоидную зависимость, при необходимости следует сочетать с лечением туберкулеза, ВИЧ, гепатита и других инфекционных или неинфекционных заболеваний (ВОЗ, 2012b). В рамках программы краткосрочного стационарного или реабилитационного лечения может не оказаться достаточных медицинских ресурсов, опыта или времени для начала такого лечения, но должна быть обеспечена возможность обращения за консультацией или направления в соответствующие службы.

Гепатит В распространен во многих группах потребителей наркотиков, особенно (но не исключительно) среди тех, кто употребляет наркотики инъекционно. Краткосрочное стационарное лечение может быть

возможностью для вакцинации против гепатита В. В зависимости от продолжительности лечения люди, которые ранее не проходили полный курс вакцинации против гепатита В, могут воспользоваться ускоренным графиком вакцинации, включающим две или три дозы вакцины, без обязательного предварительного серологического тестирования (WHO, 2012a).

Хроническая боль – это еще одна распространенная проблема, которая может способствовать употреблению запрещенных наркотиков, в особенности опиоидов, и обусловить риск рецидивов и передозировки. Необходимо направить пациента на обследование с целью выявления источника боли и выработать конкретные стратегии ведения болевого синдрома.

РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ

(Guidelines on management of physical health conditions in adults with severe mental disorders. WHO, 2018)

- Вмешательства, ориентированные на людей с тяжелыми психическими расстройствами и коморбидными расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ (наркотиков и (или) алкоголя), следует рассматривать в соответствии с опубликованным ВОЗ Руководством mhGAP.
- Немедикаментозные вмешательства (например мотивационные интервью) можно рассматривать и адаптировать к потребностям людей с тяжелыми психическими расстройствами и расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ.
- Лица, назначающие лекарственные средства, должны учитывать возможность лекарственного взаимодействия между препаратами, используемыми для лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, и тяжелых психических расстройств.

4.2.6 Поддержание ремиссии

Описание

Поддержание ремиссии, известное также как ориентированная на восстановление последующая помощь, продолжающаяся помощь или социальная поддержка, относится к долгосрочному процессу улучшения здоровья и повышения благополучия пациентов и оказываемой им поддержки в целях восстановления при расстройствах, связанных с употреблением наркотиков. Поддержание ремиссии – это постепенно развивающийся подход к долгосрочному лечению расстройств, связанных с употреблением наркотиков, который выходит за рамки одного эпизода лечения или краткосрочной программы последующей помощи. Такой подход призван обеспечить поддержку пациентов на протяжении всего процесса лечения, независимо от места и формы лечения. Как только состояние пациентов стабилизируется в период воздержания, достигнутого в результате амбулаторного или реабилитационного лечения в учреждении длительного пребывания, должны начаться мероприятия по поддержанию ремиссии. Основное внимание уделяется снижению риска возвращения к употреблению психоактивных веществ путем комплексной поддержки социального функционирования, благополучия и социальной реинтеграции в сообщество или общество. С учетом всех этапов жизни поддержание ремиссии помогает улучшить здоровье и повысить благополучие, в то же время обеспечивая стабилизацию состояния пациента и оптимизируя ремиссию. Кроме того, мероприятия по поддержанию ремиссии помогают добиться улучшений в части социального функционирования пациентов, позволяя им опираться на сильные стороны своего характера и стойкость и акцентируя личную ответственность пациентов за ведение имеющихся у них расстройств, связанных с употреблением наркотиков.

Устойчивая ремиссия, тем не менее, возможна, и порядка 50% пациентов с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, ее добиваются (White, 2012).

В идеале, после долгосрочного реабилитационного лечения и интенсивного амбулаторного лечения пациенты должны перейти на менее интенсивный уровень лечения или долгосрочное поддержание ремиссии. Такой

подход контрастирует с распространенным сценарием повторяющихся кратких эпизодов лечения, лишенных последовательности, и повторяющихся рецидивов, что связано с меньшей эффективностью лечения и, в числе прочего, с повышенным риском передозировки. Ориентированное на ремиссию последовательное лечение и оказание помощи являются подходом к долгосрочному ведению пациентов в рамках сети функционирующих на уровне сообщества ресурсов и служб поддержки. Профессионально направляемое поддержание ремиссии, подобно ведению других хронических заболеваний, позволяет сместить акцент лечения с позиции «госпитализировать, пролечить, выписать» на позицию последовательного ведения болезни в рамках партнерского взаимодействия между соответствующими службами и пациентом. В рамках этой модели традиционный процесс выписки, при необходимости, сопровождается пост-стабилизационным мониторингом, обучением поддержанию ремиссии, тренировкой поддержания ремиссии, налаживанием связей с сообществами, поддерживающими ремиссию (например в рамках программы «12 шагов»), привлечением ресурсов и быстрым доступом к возобновлению лечения, если это необходимо.

Лонгитудинальные исследования неоднократно показывали, что лечение расстройств, связанных с употреблением наркотиков, позволяет значительно сократить уровень употребления психоактивных веществ, а также проблемы и издержки для общества, связанные с употреблением наркотиков. Тем не менее, рецидивы после выписки и повторная госпитализация также весьма распространены. Действительно, большинство поступающих на лечение пациентов уже получали лечение раньше. Риск рецидивов, очевидно, снижается, но не ранее чем через четыре или пять лет успешного воздержания (Dennis, Foss and Scott, 2007). Таким образом, все пациенты, независимо от этапа ремиссии, должны быть проинформированы о том, как выявить передозировку и вести себя в этом случае, а также о том, каковы связанные с передозировкой риски.

Акцент на долгосрочном ведении, в отличие от лечения разового эпизода, поддерживается фактическими данными о том, что наркозависимость лучше всего рассматривать и вести как хроническое и часто рецидивирующее нарушение здоровья, скорее схожее с таким многофакторными заболеваниями, как артериальная гипертензия, астма и сахарный диабет, нежели с острым заболеванием или эпизодом (DuPont, Compton and McLellan, 2015). Таким образом, индивиды с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, должны иметь пожизненный доступ к медицинским и психосоциальным вмешательствам, интенсивность которых соответствовала бы тяжести имеющейся у них симптоматики. Подходы к поддержанию ремиссии должны включать долгосрочные фармакологические, психосоциальные и экологические вмешательства, направленные на снижение уровня употребления психоактивных веществ и преступного поведения, в то же время помогая улучшить общее состояние соматического и психического здоровья, повысить благополучие и оптимизировать социальное функционирование. Имеются фактические данные, которые свидетельствуют о том, что вмешательства в целях поддержания ремиссии эффективны (McCollister et al., 2013) и что участие в программах поддержки по принципу «12 шагов» помогает пациентам воздерживаться от употребления запрещенных наркотиков и алкоголя, что приводит к сокращению количества проблем (Donovan et al., 2013; Hai et al., 2019). Работники здравоохранения могут способствовать более активному участию в программах взаимной поддержки, поощряя посещаемость.

Чтобы обеспечить эффективное поддержание ремиссии, необходимо задействовать всю систему, объединяя все методы лечения и участие заинтересованных сторон за пределами сектора здравоохранения. На уровне сообществ определенную роль играет множество заинтересованных сторон, и их необходимо привлекать к участию в поддержании ремиссии. К числу таких заинтересованных сторон относятся члены семьи и опекуны, друзья, соседи, группы само- и взаимоподдержки, духовные и общественные лидеры, представители образовательного сектора, системы уголовного правосудия, а также спортивных и культурно-досуговых учреждений.

Стигматизация и дискриминация в отношении людей с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, могут затруднять доступ к лечению и реабилитации и снижать их успешность. Должны быть предприняты все возможные усилия для повышения осведомленности, популяризации нестигматизирующего отношения и борьбы со структурной дискриминацией в отношении людей с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ.

Целевые группы

По окончании первоначального лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков, большинству пациентов требуется определенная степень долгосрочного поддержания ремиссии, интенсивность которого должна отвечать потребностям конкретного пациента. Пациенты, в анамнезе которых имеются неоднократные рецидивы, нарушения соматического и психического здоровья, неоптимальная поддержка семьи и сообщества, а также имеющие проблемы финансового, правового и (или) жилищного характера, особенно нуждаются в поддержании ремиссии. Пациенты с расстройствами высокой степени тяжести, особенно пациенты, у которых расстройства, связанные с употреблением наркотиков, начались рано и привели к серьезным нарушениям функционирования, обладающие плохими жизненными навыками и ограниченные в способах и средствах для борьбы со стрессом, нуждаются в более интенсивных программах поддержания ремиссии. Важно отметить, что пациентам, особо склонным к рецидивам, будут полезны разработанные надлежащим образом и персонализированные компоненты программ поддержания ремиссии, начинающиеся до выписки из учреждений долгосрочного реабилитационного или интенсивного амбулаторного лечения.

Цели

Основной целью мероприятий по поддержанию ремиссии является сохранение преимуществ, полученных в ходе использования других форм лечения, что достигается за счет постоянной поддержки, индивидуализированной в соответствии с потребностями конкретного пациента. Помощь, ориентированная на ремиссию, позволяет свести к минимуму риски, связанные с употреблением наркотиков, поддержать полное воздержание от употребления наркотиков или снизить уровень их употребления, а также контролировать тягу к наркотикам во время этапов интенсивного лечения. В дальнейшем такая поддержка призвана помочь в обретении и консолидации личных и социальных активов, которые необходимы пациенту для того, чтобы справиться с внешними обстоятельствами и придерживаться здорового образа жизни. В том числе речь идет о том, что человек постоянно стремится к личному и социальному восстановлению как части жизни без наркотиков, улучшению самопомощи в целях обретения соматического и психологического благополучия и обретению утраченного чувства собственного достоинства, самооценки, духовного роста и социальной реинтеграции.

Ремиссии может способствовать продолжение лечения (включая фармакологические и психосоциальные терапевтические вмешательства) и (или) неизменного участия в мероприятиях более широкого сообщества стремящихся к ремиссии людей, таких как работа групп взаимопомощи и взаимоподдержки (таких как Анонимные наркоманы или «12 шагов»). Помощь, ориентированная на ремиссию, способствует формированию навыков, которые позволяют справляться с повседневным стрессом, связанным с сохранением жилья, безработицей или проблемами на рабочем месте, социальной изоляцией или неудовлетворительными межличностными отношениями. В особенности, пациенты нуждаются в поддержке до или во время кризисных и конфликтных ситуаций в связи с необходимостью контролировать накал и интенсивность эмоциональной реакции. Таким образом, лечение, ориентированное на ремиссию, и вмешательства по поддержанию ремиссии смещают фокус в сторону сокращения стимулов к возобновлению компульсивного поиска наркотических средств. В целом, помощь, ориентированная на ремиссию, помогает пациентам улучшить и стабилизировать качество их жизни и возможности социальной реинтеграции в сообщество.

Модели и компоненты

Непрерывная помощь и поддержание ремиссии дают пациентам возможность устойчивого контакта с системой здравоохранения, социальными службами и лечебными учреждениями. Обычно консультант или другой специалист (социальный работник или медицинская сестра) координирует ведение случая, часто встречается с пациентом, оказывает положительную поддержку, поощряет участие в жизни сообщества и помогает справиться с возникающими стрессовыми ситуациями. Консультант помогает пациенту наладить связь с другими специалистами, которые окажут пациенту помощь в процессе социальной реинтеграции. С учетом конкретных потребностей консультант направляет пациентов, в частности, к социальным работникам и психологам, врачам, специалистам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, а также к специалистам, способным оказать юридическую поддержку.

Многие пациенты с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, нуждаются в постоянном фармакологическом и психосоциальном лечении и поддержке. Речь идет о надлежащем направлении к специалистам, последующем лечении в любой из форм и последующей поддержке. В целях обеспечения надлежащего лечения и поддержки необходимо сформировать связи между различными ветвями оказания помощи. Например, пациенты со сложными расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, которые не имеют социальной поддержки, нуждаются в краткосрочном стационарном лечении с последующим направлением на долгосрочное реабилитационное лечение. Пациентам с менее тяжелыми расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, и с лучшей социальной поддержкой показано амбулаторное лечение. Пациенты должны иметь поддержку, позволяющую ориентироваться в системе социальной помощи, чтобы получить доступ к профессиональному обучению, стабильному жилью и другим услугам, если это необходимо.

Принципы поддержания ремиссии

Подход, ориентированный на поддержание ремиссии, характеризуется рядом факторов.

Фокус на развитии сильных сторон, а не на сокращении недостатков: подходы, ориентированные на ремиссию, направлены на выявление, поддержание и развитие навыков, талантов, ресурсов и интересов, а не на акцентуализацию потребностей, недостатков и патологий.

Гибкие, а не фиксированные программы: программы поддержания ремиссии должны учитывать изменения, которые происходят с пациентом с течением времени, предлагая выбор и обеспечивая широкий спектр мер поддержки и услуг, отвечающих изменяющимся потребностям отдельно взятого пациента.

Учет автономии пациента: поддержание ремиссии – это подход, предполагающий самостоятельную работу и призванный поощрять и поддерживать пациента в процессе принятия обоснованных решений относительно собственной жизни и лечения. Важность учета выбора пациента подчеркивается и в других областях медицины, особенно в лечении хронических заболеваний, и доказала свою эффективность в повышении ответственности человека за свое выздоровление.

Участие сообщества: в отличие от индивидуальной борьбы с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, поддержание ремиссии предполагает участие членов семьи, друзей и сообщества, что позволяет усилить социальные аспекты ремиссии. Приветствуется участие других людей в поддержании ремиссии пациента с использованием таких ресурсов сообщества, как профессиональные организации, НПО, группы взаимопомощи и взаимоподдержки, религиозные организации, школы и другие образовательные учреждения.

Мероприятия по поддержанию ремиссии

Поддержание ремиссии сочетает в себе различные вмешательства и виды деятельности, которые способствуют развитию и укреплению внутренних и внешних ресурсов для того, чтобы помочь пациентам добровольно и активно бороться с проблемами, связанными с наркотиками и употреблением ими наркотиков, если происходит возврат к их употреблению. Некоторые из потенциально рассматриваемых видов деятельности, возможно, уже имеются дома у пациента, в лечебном учреждении, в микрорайоне или местном сообществе, в то время как другие необходимо продумать.

Перечисленные ниже факторы и виды деятельности способствуют социальной реинтеграции и повышают вероятность устойчивой ремиссии и восстановления:

- укрепление личной жизнестойкости, самооценки и уверенности в себе, что позволяет справляться с повседневными трудностями и стрессами, сохраняя при этом приверженность ремиссии и избегая возврата к употреблению психоактивных веществ;
- круг людей, оказывающих поддержку (таких как партнер, опекуны, члены семьи и друзья), которые могут отслеживать стабильность ремиссии, воздержание от употребления наркотиков и соблюдение режима лечения;
- информирование пациентов о различных факторах, способствующих употреблению ими наркотиков, и ознакомление их со стратегиями создания и сохранения поддерживающей социальной среды, которая будет способствовать здоровью и восстановлению;

- информирование пациентов о возможностях систем здравоохранения и социальной поддержки и помощь при ориентации в системах медико-санитарных и социальных услуг;
- при наличии показаний, обеспечение пациентам доступа к долгосрочному фармакологическому лечению;
- информирование пациентов о наличии и предоставлении им доступа к стратегиям и инструментам профилактики и ведения передозировки наркотических средств;
- информирование пациентов о способах выявления и ведения передозировки наркотиков, в том числе об использовании налоксона при передозировке опиоидов;
- взаимодействие с индивидами и группами друзей и коллег, которые могут оказать поддержку при отказе от наркотиков и достижении целей по ремиссии;
- содержательная и значимая работа;
- снижение бремени стигматизации и дискриминации по признаку здоровья, возраста, гендера, сексуальности, класса, расы, культурной идентичности и т.д.;
- свобода от насилия и жестокого обращения;
- участие в жизни общества и интеграция в образовательную и профессиональную деятельность, включая волонтерскую деятельность или участие в мероприятиях на уровне местного сообщества;
- активное участие в группах самопомощи, взаимопомощи, духовной или иной поддержки;
- социальная, культурная, политическая, гуманитарная или духовная вовлеченность, обеспечивающая способ достижения более значимой цели в жизни, ориентация в вопросах сексуальной жизни;
- стабильное жилье;
- решение юридических и финансовых проблем.

Критерии выполнения программы и показатели эффективности

С учетом ориентации на все этапы жизни, поддержание ремиссии носит бессрочный характер и может продолжаться на протяжении всей жизни. При его осуществлении используется подход к ведению хронических заболеваний, цель которого – помочь людям эффективно справляться с собственными проблемами со здоровьем, тем самым улучшая свое здоровье и благополучие.

При оценке успешности мероприятий и программ поддержания ремиссии важно учитывать их способность снижать риск рецидивов и передозировки, сокращать уровень употребления психоактивных веществ и связанного с этим вреда, а также способствовать улучшению соматического и психического здоровья, социального благополучия, социального функционирования и реинтеграции. Индекс тяжести зависимости и аналогичные структурированные инструменты, которые оценивают общее функционирование в контексте расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, могут использоваться для оценки прогресса применительно ко многим аспектам здоровья и функционирования. При оценке эффективности поддержания ремиссии необходимо сосредоточиться на оценке прогресса в отношении «капитала поддержания ремиссии», т.е. на запасе внутренних и внешних ресурсов, помогающих запустить и поддерживать ремиссию.

Основные требования к ведению ремиссии

Индивидуальные планы лечения являются ключом к тому, чтобы каждый пациент получил пользу от лечения, ориентированного на ремиссию. Разработка планов должна основываться на оценке, проводимой с помощью команды специалистов и при участии самого пациента. Планы лечения должны быть ориентированы на конкретного пациента и соотноситься с ведением других хронических заболеваний и нарушений здоровья. В отличие от программ интенсивной помощи, планы лечения в части помощи, ориентированной на ремиссию, имеют расширенный фокус, подключая к первичной медико-санитарной помощи социальную поддержку, объединяя специалистов из других областей. В идеале, такие специалисты должны работать как многопрофильная команда (включающая социальных работников, психологов, консультантов из числа

равных и, возможно, старейшин, духовных лидеров и других влиятельных лидеров местных сообществ), а также привлекать друзей и готовых оказывать поддержку членов семьи.

По окончании программы амбулаторного, стационарного или реабилитационного лечения по месту жительства необходимо спланировать дальнейшую помощь в виде индивидуальных планов поддержания ремиссии. Такие планы должны включать личные стратегии, направленные на профилактику возврата к употреблению наркотических средств или сочетанному употреблению веществ (с высоким риском передозировки), сохранение жилья, обеспечение или сохранение трудоустройства, формирование или поддержание положительного социального взаимодействия, а также реинтеграцию в сообщество. Такие планы должны также включать быстрый доступ к лечению на случай рецидива у пациента.

В идеале, поддержание ремиссии предполагает регулярный мониторинг или последующие (контрольные) встречи или телефонные звонки, проводимые консультантом по лечению наркозависимости, психологом, другим специалистом, терапевтом или медсестрой. Встречи в рамках последующего наблюдения позволяют обеспечивать устойчивость ремиссии и предупреждать рецидивы. Во время таких контрольных встреч пациента могут попросить рассказать о своей работе, жилищных условиях и механизмах преодоления стресса или поддержания здоровых отношений. Контрольные встречи на этапе ремиссии могут включать добровольное токсикологическое тестирование на наркотики, причем пациенту будет предложено пройти скрининг по месту жительства. Цель тестирования заключается в том, чтобы поощрить пациента за отказ от наркотиков, выявить рецидив и, если это необходимо, дать пациентам возможность своевременно возобновить лечение. Появляется все больше фактических данных, свидетельствующих о том, что контрольные встречи на этапе ремиссии являются эффективным методом поддержания ремиссии на протяжении длительного времени, они относятся к числу экономически эффективных и, возможно, экономичных стратегий популяризации воздержания и снижения уровня употребления психоактивных веществ среди людей с хроническими расстройствами, связанными с употреблением наркотиков (White, 2007; McCollister et al., 2013; Miller, 2013; Dennis, Scott and Laudet, 2014; Garner et al., 2014)

ГЛАВА 5

Группы населения с особыми потребностями в помощи и лечении

В *Стандартах* признается, что некоторые группы населения имеют особые потребности в помощи и лечении и могут нуждаться в особом подходе и проведении адаптированных вмешательств для лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств.

Данная глава не содержит исчерпывающего списка групп населения с особыми потребностями в помощи и лечении. Ряду групп населения могут потребоваться особые условия лечения и оказания помощи. В эти группы входят те, на кого воздействуют следующие факторы: особые формы употребления наркотиков (включая сочетанное употребление веществ), медицинские потребности (люди с сопутствующими заболеваниями, например, живущие с ВИЧ, страдающие психическими расстройствами и имеющие инвалидность), возраст (например дети, подростки и пожилые люди), потребности в социальной помощи и поддержке (например бездомные, социально маргинализированные, люди, живущие в бедности, неграмотные и люди с низким уровнем образования), а также место проживания (люди, живущие в отдаленных и сельских районах, мигранты). Кроме того, женщины и беременные женщины, сексуальные меньшинства, работники секс-индустрии, религиозные и этнические меньшинства, коренное население и люди, находящиеся в контакте с системой уголовного правосудия, нуждаются в адаптированных вмешательствах и особых условиях для лечения. Стандартные принципы помощи и лечения, изложенные в Главе 2, применимы ко всем людям с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ. Применительно к большинству упомянутых выше групп населения сочетание стигмы и дискриминации часто служит препятствием для лечения. Надлежащий уровень руководства оказанием клинической помощи должен гарантировать всем людям равный доступ к помощи и лечению. Необходимо предпринять согласованные усилия для устранения структурных барьеров на пути к лечению, для предотвращения социальной маргинализации и содействия развитию непредвзятого отношения.

В главе 5 представлены соображения по поводу системы лечения и оценки потребностей, которые способствуют предоставлению лечения группам населения с особыми потребностями в помощи и лечении. Местные системы лечения должны разрабатываться, планироваться и финансироваться таким образом, чтобы обеспечить надлежащее, доступное и приемлемое по стоимости лечение и оказание помощи в соответствии с принципами, изложенными в настоящем документе.

5.1 Беременные женщины с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств

5.1.1 Описание

Беременные женщины, страдающие расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, представляют собой уникальную группу, нуждающуюся в особом лечении, главным образом по двум причинам. Во-первых,

употребление наркотиков может неблагоприятно повлиять как на мать, так и на плод, в то же время лечение также может отрицательно сказаться на них обоих. Предоставление беременным женщинам лечения от расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, может быть сопряжено с медицинскими и этическими проблемами. Во-вторых, как и всем родителям, многим беременным женщинам с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, и их партнерам может быть полезно обучение родительским навыкам и поддержка в вопросах ухода за детьми и их развития. Кроме того, учитывая вероятность внутриутробного воздействия наркотиков, после рождения ребенку могут потребоваться медицинские и другие услуги. Предоставление беременным женщинам лечения от расстройств, связанных с употреблением наркотических средств (и других психоактивных веществ), имеет огромный потенциал для положительных изменений в жизни матери и плода, если оба получают такую помощь. Таким образом, часто в лечении беременных женщин с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, участвуют две «пары»: пара «мать-плод» и пара «мать-ребенок». Семейные взаимоотношения и поддержка играют важную роль применительно к результатам беременности и лечения. Таким образом, лечение беременных женщин с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, должно включать значительную долю вмешательств с участием семьи.

Беременные женщины с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, сталкиваются с теми же проблемами, что и многие другие взрослые с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств. Некоторые из проблем, такие как отсутствие формального образования или вероятные проблемы с законом, характерны как для мужчин, так и для женщин, в том числе беременных женщин. Однако стигма, чувство стыда и отсутствие положительных и поддерживающих отношений могут более негативно влиять на женщин и являются основными причинами, по которым женщины часто воздерживаются от обращения за лечением или от участия в нем. Кроме того, существует лишь весьма ограниченное количество служб по лечению расстройств, связанных с употреблением наркотиков, с учетом гендерной специфики, что еще больше ограничивает доступ к лечению даже для женщин, которые готовы обращаться в службы лечения и поддержки. Женщины с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, чаще, чем мужчины, подвергались в детстве жестокому обращению и (или) были лишены заботы родителей; неоднократно подвергались межличностному насилию; они чаще экономически зависимы от других в вопросе выживания; а также чаще мужчин не имели доступа к возможностям получения формального образования или профессии. Во время беременности эти проблемы могут еще больше усилиться, затрудняя доступ к лечению и участие в нем, а также ставя под угрозу результаты лечения. Многие беременные женщины с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, могут испытывать чувство эмоционального конфликта, стыда и вины по поводу того, что они часто считают своей неспособностью контролировать собственное поведение, связанное с употреблением психоактивных веществ.

Беременные женщины с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, имеют такое же право на лечение, как и небеременные женщины, или беременные, но не страдающие расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, и им нельзя отказывать в лечении или препятствовать им в его получении по причине беременности. Лечение женщин с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, не сложнее, чем лечение других пациентов. Женщин с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, нельзя принуждать к абортам и стерилизации. Более того, в программах лечения должны быть предусмотрены процедуры и защитные меры во избежание задержания и принудительного лечения беременных женщин. Наконец, женщины имеют лучшие долгосрочные результаты при лечении, нацеленном на решение проблем, которые чаще встречаются у женщин с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, по сравнению с методами лечения, не ориентированными на женщин.

5.1.2 Модели и компоненты

Скрининг и прием на лечение

В целом, все женщины детородного возраста, поступающие в лечебные учреждения, должны пройти скрининг на беременность. Как правило, речь идет о сборе анамнеза и анализе мочи. Службы, предоставляющие лечение беременным женщинам с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, и их детям, обычно прописывают порядок скрининга и приема на лечение, что позволяет определить, возможно ли

лечение женщины в рамках конкретной программы. Как минимум, в ходе скрининга должны быть оценены три фактора: неотложные состояния, требующие немедленной медицинской помощи; риск развития и необходимость ведения синдрома отмены и (или) детоксикации; риск причинения вреда себе и (или) другим людям. Наличие хотя бы одного из этих трех факторов может говорить о необходимости отправить или перевести беременную женщину в более специализированное медицинское или психиатрическое учреждение для проведения мероприятий по снижению риска – по крайней мере в краткосрочной перспективе, до приема в специализированную программу лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств.

В качестве первого шага на пути формирования взаимоотношений между пациентом и поставщиком услуг и достижением взаимопонимания между ними необходимо оценить потребности беременной женщины, а также то, как эти потребности соотносятся с услугами, предлагаемыми в рамках данной программы.

Необходимо документально оформить правила проведения скрининга и приема на лечение беременных женщин с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств (и сопутствующими заболеваниями), предусматривая следующие элементы:

- описание скрининговых процедур и мероприятий и (или) собеседований, осуществляемых при приеме на лечение; по мере возможности, все мероприятия при приеме, инструменты и средства оценки, используемые в отношении беременных женщин с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, должны пройти валидацию;
- обучение, необходимое персоналу для успешного осуществления приема на лечение и скрининга;
- политика в отношении соответствия женщины условиям программы и процедуры недопуска к участию в программе, в том числе информирование об альтернативных услугах для беременных женщин.

Вся клиническая информация должна храниться в безопасном месте и фиксироваться в историях болезни пациентов.

Оценка

После поступления беременной женщины с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, на лечение должна проводиться клиническая оценка, цель которой подробно изучить соответствующие аспекты жизненных обстоятельств пациентки для решения трех задач: постановки правильного диагноза; подбора надлежащего лечения; выработки индивидуального плана лечения и целей лечения. Основное назначение оценки состоит в анализе текущих жизненных обстоятельств женщины и сборе информации о физическом и психическом здоровье, употреблении психоактивных веществ, поддержке семьи и социальной ситуации. Это очень важно для разработки плана лечения, который отражал бы возможности и потребности беременной женщины. Не менее важна информация о беременности, такая как предполагаемая дата родов, прошлые беременности и место, где женщина собирается рожать. В идеале, чтобы получить полный анамнез женщины и представление о психосоциальном контексте, в котором она живет, при оценке должны использоваться несколько источников информации. Необходимо проводить первоначальную оценку, которая затем должна превращаться в последовательный процесс, повторяющийся периодически в течение лечения. Учитывая изменения в физическом, психологическом и социальном функционировании, с которыми сталкивается женщина, принципиально важно периодически оценивать состояние ее здоровья на протяжении всего процесса лечения, пересматривая планы лечения с учетом меняющихся потребностей, а также при достижении ремиссии. Частота таких оценок будет зависеть от клинического курса лечения и от любых неудач, произошедших в процессе лечения. Стандарты оценки аналогичны тем, что применяются при скрининге и приеме на лечение, как было описано выше.

Планирование лечения

На основании проведенной оценки, персонал, занятый в программе, должен разработать индивидуальный план лечения беременной женщины, учитывая ее пожелания и полностью вовлекая ее в планирование и

постановку целей. Планы лечения следует регулярно пересматривать, особенно с учетом быстрых изменений, которые происходят во время беременности и после родов. Беременную женщину с расстройством, связанным с употреблением наркотических средств, следует рассматривать не как пассивного получателя информации, а как активного участника процесса планирования лечения. Женщина должна активно участвовать в принятии терапевтических решений, которые оказывают влияние не только на нее саму, но и на плод. Планы лечения должны предусматривать сотрудничество с акушерами и гинекологами. Также может потребоваться тщательное наблюдение за развитием плода.

Подходы к лечению

Подходы к лечению беременных женщин с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, в значительной степени зависят от уровня и паттерна употребления наркотических (и других психоактивных) веществ. В определенных случаях представитель первичного звена медико-санитарной помощи или акушер-гинеколог может рассмотреть возможность проведения краткосрочного вмешательства с целью информирования женщины и оценки рисков. Тем не менее, принимая во внимание возможные риски для плода, проводить подобные вмешательства следует в ограниченном количестве случаев. В программах лечения беременных женщин, употребляющих психоактивные вещества, должны применяться подходы, основанные на фактических данных.

Лечение расстройств, связанных с употреблением наркотиков, беременные женщины могут проходить как в амбулаторных, так и стационарных условиях, или реабилитационных центрах. Лечение может включать психосоциальные вмешательства и медикаментозную терапию в зависимости от типа используемых веществ, а также серьезности или сложности проблем.

РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ

(Руководство ВОЗ по выявлению и ведению случаев употребления психоактивных веществ и нарушений, вызванных употреблением психоактивных веществ, во время беременности, 2014)

- Поставщики медицинских услуг должны опрашивать всех беременных женщин об употреблении ими алкоголя и других психоактивных веществ (в прошлом и настоящем), начиная с наиболее раннего срока беременности и при каждом посещении до родов.
- Поставщики медицинских услуг должны предлагать краткосрочное вмешательство всем беременным женщинам, употребляющим алкоголь или наркотики.
- Поставщики медицинских услуг, ведущие беременных или родивших женщин с расстройствами, связанными с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ, должны предлагать проведение комплексной оценки и индивидуализированную помощь.
- Поставщики медицинских услуг должны при первой возможности советовать беременным женщинам, зависимым от алкоголя или наркотиков, прекратить употребление алкоголя или наркотиков, и предлагать им услуги по детоксикации под медицинским наблюдением, или направлять их на эти услуги, если это необходимо и применимо.

Особые факторы при фармакологическом лечении во время беременности

Фармакологические факторы особенно важны для женщин с расстройством, связанным с употреблением опиоидов, если медикаментозная терапия является обязательной частью лечения. Женщине с расстройством, связанным с употреблением опиоидов, нельзя отказывать в терапии с использованием агонистов опиоидных рецепторов только лишь по причине ее беременности. Выбор опиоидных препаратов должен производиться на индивидуальной основе, с учетом характеристик пациентки. Назначение метадона или бупренорфина является эффективным вариантом лечения, с хорошим соотношением риска и пользы (но результаты применения указанных препаратов у разных пациентов могут отличаться). Фактические данные, полученные в результате исследований, свидетельствуют о менее тяжелом синдроме абстиненции (или синдроме отмены) у новорожденных (САН) при

внутриутробном воздействии бупренорфина, чем при воздействии метадона. Тем не менее, синдром абстиненции новорожденных является легко диагностируемым и излечимым состоянием. Он является лишь одним из факторов, которые необходимо учитывать беременной женщине и ее лечащему врачу при полной оценке соотношения риска и пользы при принятии решений относительно медикаментозной терапии.

И метадон, и бупренорфин эффективно сокращают употребление опиоидов и позволяют пациентам получать пользу от психосоциальной терапии. Дозировку препарата следует периодически пересматривать во время беременности для корректировки, обычно в сторону увеличения. Цель состоит в том, чтобы поддерживать терапевтически значимые уровни содержания препаратов в плазме, тем самым минимизируя риск синдрома отмены опиоидов и тяги, а также снижая или полностью устраняя немедицинское употребление наркотиков.

Если женщина забеременела в ходе метадоновой или бупренорфиновой 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. Кроме того, синдром отмены опиоидов повышает риск выкидыша.

Не имеется достаточных фактических данных в поддержку фармакологического лечения во время беременности, если речь идет о ведении зависимости от стимуляторов амфетаминового ряда, каннабиса, кокаина или летучих растворителей. Тем не менее, медикаментозное лечение может применяться (по мере необходимости) для лечения сопутствующих заболеваний. Психофармакологические препараты могут быть полезны при симптоматическом лечении психиатрических расстройств для ведения синдрома отмены у женщин с зависимостью от психостимуляторов. Однако в обычной практике применения лекарственных средств не требуется.

РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ

(Руководство по выявлению и ведению случаев употребления психоактивных веществ и нарушений, вызванных употреблением психоактивных веществ, во время беременности, 2014)

- Когда это возможно, беременным женщинам, зависимым от опиоидов, вместо попыток опиоидной детоксикации следует рекомендовать использование поддерживающего лечения агонистами опиоидов.
- Беременным женщинам с бензодиазепиновой зависимостью следует постепенно снижать дозу, используя бензодиазепины длительного действия.
- При лечении синдрома отмены у беременных с зависимостью от психостимуляторов для облегчения симптомов психических расстройств могут быть полезны психофармакологические препараты, но обычно в них нет необходимости.
- Фармакотерапия не рекомендуется при стандартном лечении у беременных зависимости от стимуляторов амфетаминового ряда, каннабиса, кокаина или летучих растворителей.
- Беременным женщинам с опиоидной зависимостью следует рекомендовать продолжить или начать поддерживающую опиоидную терапию метадоном или бупренорфином.

Комплексное лечение

Модель ориентированного на женщину комплексного лечения включает лечение как человека в целом, так и пары «мать-ребенок». Речь может идти о множестве разнообразных вмешательств и услуг, таких как групповое и индивидуальное лечение с учетом травм, уход за ребенком и обучение навыкам родительского ухода, общее медицинское обслуживание, акушерская и гинекологическая помощь, вмешательства и услуги при коморбидных психических расстройствах, ранние вмешательства, социальная поддержка (включая профессиональную реабилитацию, жилье и транспорт) и юридическая помощь. Предоставление таких услуг необходимо, но недостаточно для реализации лечения, ориентированного на женщин. В лечебной программе, ориентированной на беременных женщин, употребляющих наркотики, должны учитываться специфические биологические, а также культурные, социальные и средовые факторы, влияющие на употребление наркотиков и лечение женщин. Это позволит оптимизировать результат лечения.

Существуют и другие факторы, которые необходимо учитывать при лечении женщин с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств:

- Значимые межличностные отношения и ситуация в семье играют важную роль при принятии решения о начале и продолжении употребления наркотиков.
- Стигма и ограниченная доступность терапевтических услуг, учитывающих гендерную специфику, удерживают женщин от обращения за лечением.
- Женщины часто поступают на лечение расстройств, связанных с употреблением наркотиков, по направлению из самых различных источников.
- Роль опекуна, гендерные ожидания и социально-экономические трудности делают женщин более восприимчивыми к препятствиям при обращении за помощью и лечением и при прохождении лечения. Эти препятствия могут привести к несвоевременному началу лечения и обращению за помощью на более тяжелом этапе болезни, с дополнительными медицинскими и психиатрическими усугубляющими факторами.
- Женщины более склонны к обращению за помощью и активному участию в лечении после госпитализации.
- Беременным женщинам может понадобиться корректировка фармакологической терапии и дозировки препаратов.
- Для обеспечения оптимального результата женщинам может потребоваться учитывающее интересы женщин лечение в специализированном лечебном учреждении, пациентами которого являются исключительно женщины.
- Женщинам может понадобиться обучение и поддержка по таким вопросам, как репродуктивное здоровье, контрацепция, родительские навыки и уход за детьми.
- Женщины и дети более уязвимы к риску домашнего насилия и сексуального насилия, поэтому было бы полезно наладить контакты с социальными службами в целях их защиты.
- В лечебных учреждениях следует предусмотреть возможность ухода за детьми, чтобы их матери могли проходить лечение.

Протокол приема родов

Программы, включающие услуги приема родов у беременных женщин с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, 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. Также должны быть предусмотрены подходящие процедуры купирования болевого синдрома. Многие женщины с расстройствами, связанными с употреблением опиоидов, более чувствительны к боли, чем женщины, неотягощенные такими расстройствами. Если из-за неустранимых болевых симптомов мать не способна ухаживать за новорожденным, это может послужить триггером для возобновления употребления наркотиков и прочих неблагоприятных исходов для матери и ребенка.

Протокол постнатального (послеродового) лечения

Во всех программах, обслуживающих беременных женщин с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, 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 родительского ухода.

Грудное вскармливание

Хотя и необходимо всячески способствовать тому, чтобы матери, страдающие расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, кормили грудью, возможность грудного вскармливания у женщин в послеродовом состоянии необходимо оценивать в индивидуальном порядке. Кормление грудью может быть противопоказано ВИЧ-положительным матерям и матерям с другими заболеваниями, лечение которых предполагает принятие определенных психотропных препаратов. Другие противопоказания или меры предосторожности в отношении грудного вскармливания могут возникнуть в случае употребления матерью летучих растворителей, метамфетаминов, психостимуляторов, транквилизаторов и алкоголя. Лечащим врачам рекомендуется составлять четкие и лучше письменные соглашения с матерями относительно грудного вскармливания.

РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ

(Руководство по выявлению и ведению случаев употребления психоактивных веществ и нарушений, вызванных употреблением психоактивных веществ, во время беременности, 2014)

- Если риски явно не перевешивают пользу, матерям с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, следует рекомендовать кормить грудью.
- Кормящим женщинам, употребляющим алкоголь или наркотики, следует рекомендовать прекратить употребление алкоголя и наркотиков и поддерживать их в этом; однако употребление психоактивных веществ не обязательно является противопоказанием к грудному вскармливанию.
- Контакт «кожа к коже» важен независимо от выбора способа вскармливания, и необходимо активно поощрять контакт ребенка и матери с расстройством, связанным употреблением психоактивных веществ, которая способна удовлетворить потребности своего ребенка.
- Матерей, находящихся в стабильном состоянии за счет опиоидной поддерживающей терапии метадонном или бупренорфином, следует поощрять к грудному вскармливанию, если риски явно не перевешивают пользу.

5.1.3 Лечение новорожденных, находившихся под внутриутробным пассивным воздействием опиоидов

Описание

Количество новорожденных, переживших внутриутробное хроническое воздействие опиоидов и других веществ, сложно определить. Но в любом случае прогноз для новорожденных улучшается, если их матери проходят комплексное медицинское, психосоциальное и фармакологическое лечение. Когда эти услуги не оказываются, ребенок подвергается риску развития недоношенности, задержки внутриутробного развития, неонатального сепсиса, мертворождения, перинатальной асфиксии, плохой связи между матерью и новорожденным, депривированности, беспризорности, задержки в развитии и синдрома внезапной детской смерти. Одной из самых значительных патологий, присутствующей у 50–80% новорожденных, подверженных внутриутробному воздействию опиоидов, является синдром абстиненции или синдром абстиненции новорожденных (САН). САН проявляется преходящими изменениями в центральной нервной системе (такими как раздражительность, высокотональный плач, тремор, гипертензия, усиление рефлексов, нарушение сна), желудочно-кишечной системе (например срыгивание, неоформленный стул, усиленный сосательный рефлекс, дизритмическое сосание и глотание, плохой аппетит и потеря веса), дыхательной системе (например заложенность носа, учащенное дыхание) и автономной нервной системе (например чихание и зевание), которые обнаруживаются через дни и недели после рождения у детей, подвергшихся внутриутробному воздействию опиоидов или других седативных средств. У новорожденных развивается САН в результате немедицинского потребления матерью опиоидов, приобретенных на улице, или в результате приема опиоидных препаратов, прописанных ей врачом по медицинским показаниям. Этими веществами могут быть в том числе метадон или бупренорфин, применяемые для лечения у матери расстройств, связанных с употреблением опиоидов.

Лечение синдрома абстиненции новорожденных

Лечение САН должно включать нефармакологические вмешательства, за которыми следует медикаментозное лечение (когда необходимо), по результатам всесторонней оценки. Меры поддержки включают следующее: совместное пребывание матери и ребенка в одной палате, грудное вскармливание, использование пустышки (сосание для успокоения), удобное пеленание с неограниченной подвижностью рук для сосания без лишнего укутывания, телесный контакт с матерью «кожа к коже». Необходимо проводить отсасывание из носоглотки новорожденного, а кормление должно быть частым (каждые 2 часа) и малыми порциями (если сохраняется неоптимальное питание) без перекармливания. В целях снижения аспирации в случае рвоты или срыгивания (и то и другое является наиболее выраженными симптомами САН) необходимо соблюдать положение тела на правом боку. Не следует откладывать начало фармакологического лечения САН. Из-за воздействия опиоидов чаще всего используются пероральные препараты морфина или метадона, в зависимости от массы тела и состояния младенца. При наличии у новорожденных абстиненции от других веществ (таких как барбитураты, этанол и снотворные седативные средства) обычно назначают фенobarбитал. Цель медикаментозной терапии – смягчить симптомы абстиненции и успокоить ребенка, чтобы нормализовать обычные функции питания, сна и выделения. При необходимости дозировку лекарственных средств следует незамедлительно повышать, желательно с учетом результатов частой проверки уровня тяжести САН с использованием валидированных инструментов, и так же безотлагательно понижать по мере ослабления симптоматики САН.

РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ

(Руководство по выявлению и ведению случаев употребления психоактивных веществ и нарушений, вызванных употреблением психоактивных веществ, во время беременности, 2014)

- Медицинские учреждения, оказывающие акушерскую помощь, должны иметь протокол для выявления, оценки, мониторинга и вмешательства с использованием нефармакологических и фармакологических методов в отношении новорожденных, подвергшихся пренатальному воздействию опиоидов.
- При необходимости в качестве начальной терапии для новорожденного с синдромом отмены опиоидов следует использовать опиоиды.
- Если у младенца есть признаки синдрома абстиненции новорожденных из-за отмены седативных средств или алкоголя, или если вещество, воздействию которого подвергся младенец, неизвестно, тогда предпочтительным вариантом начального лечения может быть фенobarбитал.

5.1.4 Подготовка персонала и ведение документации

Подготовка персонала

Все сотрудники, имеющие прямой контакт с пациентами (секретари, офис-менеджеры), должны быть хорошо осведомлены о проблемах, с которыми сталкиваются беременные женщины, и быстро на них реагировать. Персонал должен быть обучен действиям, которые следует предпринять, когда у женщины начинаются роды: к кому обращаться, как реагировать и куда обращаться за медицинской помощью. Многие беременные женщины с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, могут испытывать эмоциональный конфликт, стыд и чувство вины по поводу того, что они часто считают своей неспособностью контролировать собственное поведение, связанное с употреблением психоактивных веществ. Персонал должен знать об этих чувствах и проблемах и быть готовым оказать соответствующую помощь и поддержку. Порицание и стигматизация женщин за употребление наркотиков во время беременности не являются эффективным методом терапии для защиты плода от воздействия наркотиков или улучшения здоровья матери. Напротив, это может привести к более высоким показателям отказа от лечения.

Все медработники, ухаживающие за новорожденными, должны быть обучены выявлению признаков и симптомов синдрома отмены у новорожденных (синдрома абстиненции новорожденных), а также таких заболеваний новорожденных, проявления которых могут быть аналогичными проявлениям САН (например,

септицемия, энцефалит, менингит, пост-аноксичное раздражение центральной нервной системы, гипогликемия, гипокальциемия и кровоизлияние в мозг).

Ведение документации

Независимо от типа формы или интенсивности оказываемой помощи, надлежащая документация о лечении беременных женщин с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, должна включать всю обычную документацию или медицинские карты пациентов. Речь идет о контракте на лечение, оценке, индивидуальном плане лечения и тактике ведения пациента. Не менее важны анализ лечения и изменения в лечении, управление целями лечения и отчет о результатах по завершении лечения. Службы, предоставляющие помощь беременным женщинам с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, должны вести учет всех медицинских, психиатрических и лечебных услуг, чтобы обеспечить осуществление всех видов рекомендуемого ухода и тесную координацию между различными поставщиками услуг. Любое обследование на синдром абстиненции новорожденных должно фиксироваться, равно как и медикаментозные и немедикаментозные вмешательства, проводимые для сведения синдрома к минимуму.

5.2 Дети и подростки с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ

5.2.1 Описание

Употребление психоактивных веществ обычно начинается в подростковом возрасте (10–19 лет) и даже в детстве. Чем раньше начинается употребление психоактивных веществ, тем выше риск более быстрого перехода к злоупотреблению такими веществами и к развитию расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ.

Большинство детей и подростков не употребляют психоактивные вещества. Дети, употребляющие наркотики, обычно подвергаются большему числу факторов риска и имеют меньше возможностей защититься. Они могут стать жертвами беспризорности и физического, сексуального и эмоционального насилия. Таких детей могут использовать в ходе войны, в террористической деятельности и торговле наркотиками, они могут подвергаться различным формам насилия. Такие дети могут страдать от лишений, бедности, бездомности, голода, дискриминации по гендерному признаку и частого вынужденного переселения. В результате у них могут развиваться различные психические и физические заболевания. Если детей привлекают к выращиванию, производству и распространению наркотиков, они могут оставаться неграмотными и становиться жертвами на каждом этапе наркобизнеса. Дети, чьи семьи выращивают наркосодержащие растения и производят наркотики, могут подвергаться воздействию токсических остатков и летучих веществ. Дети, живущие в странах, находящихся в состоянии конфликта, подвергаются многочисленным и очень серьезным рискам. Дети-солдаты часто имеют легкий доступ к наркотикам, с помощью которых они могут долго обходиться без сна, воевать и совершать другие страшные вещи, а также не обращать внимания на травмы.

Дети и подростки, употребляющие психоактивные вещества, могут не воспринимать употребление психоактивных веществ как проблему для себя или близких им людей и не замечать, насколько значительный вред употребление наркотиков наносит их мозгу и психосоциальному развитию. Более того, употребление наркотиков в детстве и подростковом возрасте связано с повышенным риском возникновения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, и других психических заболеваний на протяжении всей дальнейшей жизни. В результате существует большая вероятность, что такие дети будут впоследствии нуждаться в услугах по лечению наркозависимости и психических заболеваний.

Детство и юность – важные периоды развития, когда мозг особенно уязвим для воздействия наркотиков и расстройств, связанных с употреблением наркотических средств. Учитывая нейротоксическое воздействие наркотиков или алкоголя на развивающийся мозг, необходимо как можно раньше выявлять факты употребления психоактивных веществ и бороться с этим. Вмешательства, направленные на борьбу с употреблением психоактивных веществ, могут быть полезны для детей и подростков, даже если у них нет зависимости от

какого-либо конкретного вещества. Немедленное прекращение воздействия психоактивного вещества может помочь минимизировать риск возникновения физического и (или) психологического нарушения в последующем. Регулярные посещения школ, медицинских или других учреждений в связи с вопросами охраны здоровья дают возможность расспросить детей и подростков об употреблении психоактивных веществ. От подростков можно ожидать честного ответа, если они не пострадают от своей честности. Семейная терапия – это научно обоснованное вмешательство, ориентированное на подростков с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, а также на подростков, совершивших правонарушения.

Подростки – это уже не дети, но еще не молодые взрослые. В этот период жизни, характеризующийся физиологическим созреванием всех систем организма и другими изменяющими жизнь трансформациями, в том числе переходом от детской зависимости от родителей и опекунов к взрослой независимости, требуются специализированные услуги в области здравоохранения и образования, охраны и укрепления здоровья, разработанные с учетом особенностей подросткового этапа развития и для удовлетворения потребностей подростков.

Подростки сталкиваются с определенными препятствиями в доступе к медицинской помощи и информации. Они часто считают пользование услугами общественного здравоохранения неприемлемым для себя из-за кажущегося отсутствия уважения, несоблюдения тайны личной жизни и конфиденциальности, боязни стигматизации, дискриминации и морализаторства поставщиков медицинских услуг. Кроме того, для того чтобы воспользоваться медицинскими услугами часто требуется поддержка или разрешение родителей и партнеров, в том числе по таким болезненным вопросам, как вопросы сексуального и репродуктивного здоровья. Подростки могут не иметь родительской поддержки. Они могут находиться под контролем родителей или партнеров из-за социокультурных и гендерных норм, что часто подкрепляется законами и нормативными актами, касающимися доступа подростков к медицинской помощи с согласия родителей. Все это может еще больше препятствовать их обращению за помощью.

Как и в случае с другими возрастными группами, такие препятствия, как низкий уровень осведомленности в вопросах здоровья, бедность и маргинализация, также негативно влияют на доступ подростков к медицинским услугам, но, возможно, в гораздо большей степени.

5.2.2 Модели и компоненты

Дети и подростки, употребляющие наркотики, могут проживать со своими семьями, но могут также жить и на улице – после того, как они осиротели или были отвергнуты семьей, или в исправительных учреждениях. Обстоятельства и условия лечения для этих двух последних групп детей и подростков могут существенно отличаться от традиционного амбулаторного лечения или лечения в реабилитационных центрах, при этом может быть задействовано большее количество аутич-центров и центров доверия, чем обычно бывает при лечении расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, у взрослых. Подростков могут привести на лечение их родители, обеспокоенные недавним употреблением детьми психоактивных веществ.

По лечению детей и подростков проводится лишь ограниченное количество исследований, и в прошлом часто бывало, что результаты исследований по лечению взрослых использовали при лечении детей с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ. Несмотря на обнадеживающие доказательства того, что для подростков соответствующее возрасту психосоциальное лечение эффективно, имеется очень мало фактических данных о лечении детей младшего возраста. Для лечения детей с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, необходимо разработать психосоциальные методы лечения, соответствующие их уровню когнитивного развития и жизненному опыту. Это может повлечь за собой непредвиденные проблемы, например в части реакции детей на лекарственные средства, отличной от реакции подростков и взрослых.

При лечении детей и подростков с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, необходимо учитывать и другие моменты.

- Правовой статус детей и подростков, определяющий их компетентность и способность давать согласие на лечение, различается в зависимости от страны. Необходимо принимать это во внимание и, при необходимости, получать согласие родителей на лечение или вовлекать родителей в процесс лечения.

- У детей и подростков, употребляющих наркотики, есть свои особенные потребности в лечении и помощи, которые обусловлены неокончателной сформированностью мозга и когнитивных функций, а умение справляться с жизненными трудностями ограничено, что объясняется этапом психосоциального развития.
- Подростки имеют повышенную тягу к риску и стремление к новизне и легко поддаются давлению со стороны сверстников.
- Среди подростков, имеющих проблемы, связанные с употреблением наркотиков, высока распространенность сопутствующих психических расстройств и неблагополучных семейных отношений, и лечение должно быть направлено на решение этих вопросов.
- Обладая более конкретным мышлением, менее развитыми языковыми навыками и, возможно, являясь менее склонными к самоанализу, чем взрослые, дети и подростки не видят особого смысла в обсуждении своих проблем.
- Необходимо адаптировать поведенческие терапевтические вмешательства с учетом ограниченных когнитивных возможностей детей и подростков.
- У детей и подростков могут быть иные, чем у взрослых, мотивы участвовать в лечении и добиваться целей лечения, которые определяются совместно с поставщиком услуг.

Лечение расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, должно подстраиваться под уникальные потребности подростка, учитывать потребности личности в целом, а не быть направленным только на борьбу с употреблением наркотиков. В процессе лечения важно как можно раньше выявлять случаи насилия, жестокого обращения с детьми, наличие риска самоубийства и самопричинения вреда и принимать меры, чтобы обезопасить или защитить ребенка или подростка. Мониторинг употребления психоактивных веществ является ключевым условием успешности лечения подростков, цель которого – обеспечить необходимую поддержку и создать дополнительную структуру, пока головной мозг находится на этапе развития. При лечении подросткам необходимо больше разнообразных мер поддержки, чем взрослым. Учитывая начало половой жизни и более высокий уровень сексуального насилия среди подростков с наркотической зависимостью, добровольное обследование на заболевания, передающиеся половым путем, такие как ВИЧ, а также гепатиты В и С, является важной частью наркологического лечения подростков. В лечение также необходимо включать такие стратегии, как развитие социальных навыков, профессиональное обучение, семейные вмешательства и вмешательства в области сексуального здоровья, включая профилактику нежелательной беременности и заболеваний, передающихся половым путем.

В ходе лечения необходимо пытаться задействовать другие области социальной жизни подростков, такие как семья, школа, спорт и хобби, и признавать важность позитивных отношений со сверстниками. Лечение подростков должно способствовать положительному участию родителей, по мере необходимости, и обеспечивать доступ к службам опеки и попечительства.

Услуги по лечению психических заболеваний и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, должны учитывать специфику детей и подростков, а также быть гибкими при выявлении и удовлетворении их потребностей. Это должно быть сделано в условиях, которые наилучшим образом защищали бы детей и подростков от вреда, одновременно удовлетворяя их индивидуальные потребности в отношении здоровья.

Аутрич-службы

Цель аутрич-программ состоит в том, чтобы выявлять детей и подростков, которые могут нуждаться в медицинских и социальных услугах. Программы предоставляют такие услуги в максимально возможном объеме, учитывая ограничения, связанные с условиями жизни ребенка (например, на улице или в местах лишения свободы). Таким образом, аутрич-персонал должен целенаправленно выявлять детей и подростков, о которых известно, что они находятся в группе риска, а затем служить посредником для получения ими необходимых услуг. Такие услуги должны быть направлены на решение любой из множества проблем, в том числе психического, поведенческого и социального характера.

В рамках аутрич-работы персонал может проводить скрининг с целью сбора достаточной информации, чтобы определить необходимость направления на лечение и самого лечения, а также сыграть активную роль в организации направления на лечение или самого лечения. Аутрич-службам также может потребоваться

оценка взаимоотношений в семье и существующих там проблем. Начало лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, более важно, чем выявление причин и масштабов проблемы.

Скрининг и оценка

Традиционные программы, предоставляющие амбулаторное и стационарное лечение детям и подросткам, обычно включают процедуры скрининга и отбора, которые определяют, подходит ли ребенок или подросток для прохождения лечения по программе. В рамках процесса приема в программу необходимо обеспечить скрининг как минимум по трем факторам риска: тяжесть расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ, угроза причинения вреда самому себе и окружающим и другие вопросы безопасности, такие как уязвимость к насилию (эмоциональному, сексуальному и (или) физическому). Сочетание факторов риска, а также сложная ситуация, связанная с возникающими параллельно другими расстройствами, могут указывать на необходимость поместить ребенка или подростка в более подходящие стационарные условия лечения, если при амбулаторном лечении нельзя гарантировать адекватную поддержку и безопасность. В ходе оценки выясняются текущие жизненные обстоятельства ребенка или подростка и собираются сведения о физическом, психологическом, семейном и социальном анамнезе, чтобы определить специфические потребности в лечении. Это помогает разработать план лечения, который учитывает возможности и потребности ребенка или подростка. Стандарты, используемые при скрининге и оценке детей и подростков, не должны отличаться от стандартов, используемых для других групп пациентов.

Планирование лечения

Детей и подростков с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, необходимо рассматривать как равноправных членов команды, занимающейся вопросами лечения, основное внимание которой уделяется обеспечению физического и психологического благополучия. Важно видеть их не просто пассивными пациентами, которых лишь информируют о состоянии их здоровья, а скорее, как активных участников принятия решений о ходе лечения совместно с персоналом, осуществляющим лечение. Кроме того, на ранних этапах процесса планирования ведение случаев может помочь в установлении связи с соответствующими общественными службами, а в случае стационарного лечения необходимо принять решение о том, как помочь ребенку вернуться в социум. Планирование лечения также требует сотрудничества со школьной системой и должно учитывать необходимость продолжения формального образования.

Подходы к лечению

Подходы к лечению детей и подростков с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, во многом зависят от употребляемого вещества (или веществ). Как и в случае с другими группами пациентов, лечение должно включать психосоциальные вмешательства, а когда это необходимо, то и в сочетании с медикаментозной терапией. Однако существует мало исследований эффективности фармакотерапии в лечении подростков, и еще меньше исследованы расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, у детей. Таким образом, ни одно из лекарств не одобрено для использования в этой группе населения. Есть определенные доводы в пользу применения агонистов опиоидных рецепторов, таких как метадон и бупренорфин, для лечения подростков, в тех случаях, когда они могут дать законное согласие на такое лечение. Его следует применять подросткам с тяжелой опиоидной зависимостью, которые подвержены высокому риску продолжения употребления наркотиков. От родителей также требуется согласие на проведение лечения несовершеннолетних в соответствии с требованиями национального законодательства. Подростки с непродолжительным расстройством, связанным с употреблением наркотиков, располагающие значительной поддержкой со стороны семьи или социума, могут хорошо переносить отмену опиоидов с последующим назначением налтрексона в качестве средства профилактики рецидивов или без такого назначения. Соответствующая фармакотерапия также показана для лечения сопутствующих психиатрических расстройств как часть комплексного плана лечения, включающего в том числе психосоциальную терапию.

Психосоциальные подходы к лечению расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, у детей и подростков должны охватывать широкий спектр их потребностей и использовать индивидуализированный подход, учитывающий их уязвимые места и сильные стороны, а также их историю развития от рождения до настоящего времени. Примерами подходов к лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, у детей и подростков могут служить: подход, основанный на приобретении жизненных навыков, семейные вмешательства и психообразование. Подросткам будет полезно обучение самоконтролю, социальным навыкам и принятию решений. В программах лечения могут применяться цифровые технологии, если польза от них основана на фактических данных, если они доступны и прошли апробацию на местном уровне.

Гендерные аспекты при лечении подростков

Учет гендерных различий должен быть неотъемлемой частью лечения детей и подростков. Мальчики обычно предпочитают смешанные группы, в то время как девочки могут отдавать предпочтение группам только для девочек, что отражает различия как в социализации, так и в анамнезе употребления психоактивных веществ у девочек и у мальчиков. Учитывая значительно большую распространенность физического и сексуального насилия, обмена сексуальных услуг на наркотики среди девочек, по сравнению с мальчиками, по крайней мере часть программы лечения должна быть гендерно-ориентированной и включать компоненты, касающиеся сексуального и репродуктивного здоровья. При лечении девочек внимание может быть сосредоточено на проблемах, с которыми часто сталкиваются именно девочки, таких как депрессия и пережитый опыт физического и сексуального насилия, в то время как при лечении мальчиков можно делать акцент на проблемах контроля импульсивных реакций, нарушениях порядка в школе и сообществе, а также на истории проблем с обучением и поведением. Однако многие из этих проблем необходимо будет решать применительно ко всем детям и подросткам, независимо от их половой принадлежности.

Таким образом, инвестиции в услуги по лечению наркозависимости, специально предназначенные для подростков, также будут способствовать экономическому росту, помогая повысить производительность труда, сократить расходы на здравоохранение и предотвратить передачу плохого здоровья, бедности и дискриминации из поколения в поколение.

5.3 Расстройства, связанные с употреблением наркотиков, у людей, находящихся в контакте с системой уголовного правосудия

5.3.1 Описание

Количество заключенных во всем мире растет, что ложится огромным финансовым бременем на правительства и сильно подрывает социальное единство общества. По некоторым оценкам, в октябре 2015 г. в пенитенциарных учреждениях по всему миру содержалось более 10,3 млн человек, включая осужденных и лиц, находящихся в предварительном заключении. Хотя женщины составляют лишь 6,8% всех заключенных в мире, с 2000 г. количество женщин-заключенных увеличилось на 50%, тогда как среди мужчин-заключенных соответствующее увеличение составило 18% (Walmsley, 2015).

Во всем мире примерно каждый третий заключенный в какой-то момент пребывания в местах лишения свободы употреблял запрещенные вещества (по данным 32 исследований медианный показатель распространенности в течение жизни составляет 32,6%), при этом 20,0% заключенных сообщили об употреблении в предшествующем году (медианный показатель распространенности за предшествующий год по данным 45 исследований), и 16,0% сообщили о текущем употреблении (медианный показатель распространенности за предшествующий месяц по данным 17 исследований). По некоторым оценкам, люди с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, составляют значительную долю среди заключенных во многих странах (UNODC, 2017. UNODC, 2019).

Многочисленные исследования показали, что употребление наркотиков, в том числе инъекционное, широко распространено в местах лишения свободы, при этом обычным является совместное использование игл и шприцев несколькими людьми. Небезопасные практики употребления инъекционных наркотиков в местах лишения свободы с высоким уровнем распространения ВИЧ подвергают людей, употребляющих инъекционные наркотики, повышенному риску заражения ВИЧ в результате использования зараженных игл и шприцев (UNODC, 2017).

Во всем мире примерно 2,8% (2,05–3,65%) заключенных больны активным туберкулезом, причем самые высокие показатели наблюдаются в Восточной Европе и Центральной Азии (4,9%), а также в Восточной и Южной Африке (5,3%). Доказано, что люди, употребляющие наркотики в местах лишения свободы, подвергаются более высокому риску заражения туберкулезом (UNODC, 2017).

Среди людей, находящихся в контакте с системой уголовного правосудия важно проводить скрининг на употребление наркотиков и расстройства, связанные с употреблением наркотических средств. Проведение скрининга – это возможность побудить человека, результат которого оказался положительным, получить соответствующую поддержку и, при необходимости, терапевтические вмешательства с направлением в службы лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков. Это может потребовать скоординированных ответных мер с участием органов уголовного правосудия, а также систем здравоохранения и социальной защиты. Доказано, что научно обоснованное лечение расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, является эффективным в плане сокращения употребления психоактивных веществ и содействия выздоровлению, разрывая порочный круг употребления наркотиков и совершения преступлений, а также уменьшая количество повторных правонарушений и повторного лишения свободы среди людей с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, находящихся в контакте с системой уголовного правосудия (Justice Policy Institute, 2008; Gumpert et al., 2010; Sun et al., 2015; Zhang et al., 2017).

Лечение людей с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, находящихся в контакте с системой уголовного правосудия, может (в зависимости от правонарушения) проводиться как альтернатива уголовной ответственности, или параллельно с вынесением приговора или лишением свободы (например, в местах лишения свободы).

Конвенции о международном контроле над наркотиками (ООН, 1961, 1971, 1988) предусматривают, что применение лечения как частичной или полной альтернативы уголовной ответственности (или параллельно с уголовной ответственностью) в основном может рассматриваться применительно к преступлениям незначительного характера, совершенным человеком с расстройством, связанным с употреблением наркотических средств. Лечение как альтернатива уголовной ответственности может применяться в рамках системы уголовного правосудия на досудебном этапе, судебном этапе и после вынесения приговора.

5.3.2 Модели и компоненты

Основанные на фактических данных методы лечения и оказания помощи должны быть доступны всем людям с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, независимо от их правового статуса. Людям с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, находящимся в контакте с системой уголовного правосудия, могут быть предложены услуги по лечению наркозависимости либо в качестве альтернативы уголовной ответственности, либо параллельно, например, в местах лишения свободы, в зависимости от тяжести совершенного преступления и наказания, которое они понесли или не понесли. Чтобы предложить эффективные меры лечения тому, кто страдает расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, и кто соприкасается с системой уголовного правосудия, необходимо учитывать тяжесть его расстройств, связанных с употреблением наркотиков, и сопутствующие заболевания. В соответствии с Минимальными стандартными правилами Организации Объединенных Наций в отношении мер, не связанных с тюремным заключением (Токийские правила) (ООН, 1990), лишение свободы всегда должно быть крайней мерой. Кроме того, следует учитывать особые обстоятельства женщин, находящихся в контакте с системой уголовного правосудия, в соответствии с Правилами Организации Объединенных Наций, касающимися обращения с женщинами-заключенными и мер наказания для женщин-правонарушителей, не связанных с лишением свободы (Бангкокские правила) (ООН, 2011).

Когда люди с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, совершают уголовные преступления, которые считаются незначительными (независимо от того, имеют они отношение к наркотикам или нет), то в соответствии с международными конвенциями и нормами в качестве альтернативы уголовной ответственности им может быть предложено лечение. Предложение основанного на фактических данных лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, людям, находящимся в контакте с системой уголовного правосудия, является эффективной мерой реагирования общественного здравоохранения и общественной безопасности (Belenko, Hiller и Hamilton, 2013; UNODC and WHO, 2019).

Людям с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, которые не могут проходить лечение в качестве альтернативы уголовной ответственности, потому что они отбывают тюремный срок, необходимо обеспечить лечение и оказание помощи в местах лишения свободы или других учреждениях.

Скрининг и оценка в условиях системы уголовного правосудия

Взаимодействие с системой уголовного правосудия могло бы стать возможностью побудить людей с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, добровольно пройти лечение. Поэтому критически важно проводить скрининг на употребление наркотиков и расстройства, связанные с употреблением наркотических средств, среди лиц, находящихся в контакте с системой уголовного правосудия, предпочтительно в рамках более широкого обследования состояния здоровья.

На всех этапах контакта с системой уголовного правосудия должны предоставляться возможности для проведения скрининга и оценки нарушений здоровья, включая расстройства, связанные с употреблением наркотических средств. Необходимо на самом раннем этапе контакта с системой уголовного правосудия установить, имеют ли правонарушители с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, право на альтернативу уголовной ответственности, и применять альтернативу, если это возможно. Органы юстиции и здравоохранения должны иметь возможность совместно оценивать лечение, чтобы определить, может ли оно служить альтернативой уголовной ответственности. Кроме того, они должны установить, какие варианты лечения доступны и являются наиболее подходящими для рассматриваемого лица, принимая во внимание как совершенное им правонарушение, так и его потребности в лечении.

Проведение вмешательств с целью предоставления людям, употребляющим наркотики, доступа к услугам, возможно на следующих этапах: при контакте с сотрудниками правоохранительных органов, при первоначальном задержании и (или) в ходе первоначальных судебных слушаний, в изоляторах временного содержания и в судах, при возвращении в систему уголовного правосудия, при участии в общественных исправительных программах для правонарушителей, таких как пробация и условно-досрочное освобождение. Каждый действующий субъект на каждом этапе вмешательства имеет возможность выявить признаки потенциально возможного употребления наркотиков и других психоактивных веществ и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, и обеспечить своевременную оценку состояния здоровья на предмет выявления расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ. После того, как скрининг дал положительный результат, обученные медицинские работники должны провести комплексную оценку. Это позволит планировать и проводить последовательные медицинские вмешательства. Они особенно необходимы при лечении синдрома отмены, чтобы заключенные с наркозависимостью могли избежать ненужных страданий, а в некоторых случаях – опасных и угрожающих жизни осложнений. Скрининг на расстройства, связанные с употреблением наркотических средств и других психоактивных веществ, должен составлять неотъемлемую часть стандартного медицинского обследования всякий раз, когда система уголовного правосудия помещает людей под стражу.

Оценка – это непрерывный процесс, через который могут пройти разные люди в разных условиях на различных этапах контакта с системой уголовного правосудия. Например, первоначальная оценка может проводиться на досудебном уровне, а следующая – позже, в местах лишения свободы. Существует несколько причин, по которым может потребоваться проведение новой оценки, например, изменение восприятия человеком своей потребности в лечении, его мотивации или состояния здоровья. На всех этапах оценки необходимо особо учитывать риск суицида.

Оценка расстройств, связанных с употреблением наркотиков, должна проводиться только обученным персоналом. При оценке необходимо проанализировать следующие ключевые вопросы:

- Есть ли непосредственный риск для жизни, в том числе в результате передозировки?
- Нуждается ли человек в каком-либо немедленном лечении, например, при абстиненции или психозе?
- Соответствует ли паттерн употребления наркотиков паттерну вредного употребления или зависимости?
- Заинтересован ли человек в лечении расстройств, связанных с употреблением наркотических средств?
- Какое лечение он получал в прошлом?
- Какие виды терапевтических вмешательств могут быть эффективными?
- Какие виды терапевтического вмешательства доступны?
- Доступны ли эти меры для людей, получающих лечение в качестве альтернативы уголовной ответственности и (или) находящимся в местах лишения свободы?
- В каком из этих терапевтических вмешательств человек был бы заинтересован?
- Имеются ли сопутствующие медицинские проблемы (включая психические расстройства), которые следует учитывать?
- Как будет выглядеть правовая ситуация в случае, если человек примет предложение о лечении или откажется от него?

Основываясь на всесторонней оценке человека и его потребностей в лечении и в других важных сферах жизни (таких как здоровье, социальная и правовая сферы), важно разработать такой подход к лечению, который бы учитывал эти потребности. Очень важно избегать подходов, которые делают акцент исключительно на наказании или не имеют структуры. Для оказания эффективных терапевтических вмешательств, направленных на людей, страдающих расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, и ранее совершавших правонарушения, необходимо учитывать совокупность потребностей и риск возникновения проблем, включая риск повторного совершения преступления.

Лечение расстройств, связанных с употреблением наркотиков, в условиях системы уголовного правосудия

Основа, на которой строится оказание медицинских услуг в рамках системы уголовного правосудия, заключается в том, что такие услуги должны предоставляться на тех же принципах, которые соблюдаются и в любой другой части системы здравоохранения и медицинской практики, и соответствовать типу и объему, указанным в *Стандартах*. Решения, принимаемые должностными лицами системы уголовного правосудия, не должны лишать человека права на медицинское обслуживание и услуги, в которых он нуждается.

По общему правилу, стандарт медицинских услуг в системе уголовного правосудия должен быть равен стандарту медицинских услуг в сообществе (по принципу справедливости). Между системой уголовного правосудия и службами на уровне сообществ должны быть налажены связи для обеспечения бесперебойного предоставления услуг, обеспечения непрерывности и стабильного качества медицинской помощи.

Когда правонарушитель, с высокой степенью вероятности страдающий расстройством, связанным с употреблением наркотических средств, вступает в контакт с системой уголовного правосудия (например, будучи арестованным полицией за преступление, связанное с наркотиками), он должен пройти скрининг с последующей оценкой и краткосрочным вмешательством, проводимыми квалифицированным медицинским работником. Оценка может определить, соответствует ли правонарушитель диагностическим критериям расстройства, связанного с употреблением наркотических средств, которое включает наркотическую зависимость или вредную модель употребления наркотиков. Если употребление наркотиков не имеет диагностических признаков расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, или если имеет место вредная модель употребления наркотиков, можно провести краткое терапевтическое вмешательство (см. раздел 4.2.1), одновременно оценивая дальнейшие потребности, факторы риска и защитные факторы. Это также необходимо для предотвращения повторных преступлений и (или) рецидивов. Если диагностическая оценка выявляет наркозависимость, требуется научно обоснованное лечение наркотической зависимости. Такое лечение должно предлагаться в качестве альтернативы уголовной ответственности или параллельно с приговором и лишением свободы, в зависимости от правовой ситуации. Если оценка выявляет другие проблемы соматического или

психического здоровья или социальные проблемы, то правонарушителя необходимо направить в службы, которые могут предоставить соответствующее лечение и уход. Либо эти службы могут участвовать в комплексном ведении пациентов с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств.

Лечение наркотической зависимости в условиях системы уголовного правосудия

Маловероятно, что правонарушитель с наркотической зависимостью до вступления в контакт с системой уголовного правосудия получал адекватное лечение расстройства, связанного с употреблением наркотических средств. Взаимодействие с системой уголовного правосудия может стать возможностью предложить правонарушителю необходимое лечение от наркотической зависимости.

Если человек согласен на лечение, диагностическая оценка со стороны лечащего врача должна привести к разработке плана лечения. На этом этапе необходимо установить, имеет ли человек право и готов ли он участвовать в доступных вариантах лечения, включая, по мере возможности, лечение в качестве альтернативы уголовной ответственности. Диагностическая оценка должна охватывать и другие медицинские, психические или социальные проблемы, а также факторы, которые могут повлиять на риск повторного совершения правонарушения и (или) рецидивизма. Это очень важно для разработки плана лечения, отвечающего потребностям человека. Если человек хочет участвовать в лечении, необходимо обсудить наличие и доступность соответствующих услуг по лечению. Если решено приступить к лечению, то соответствующие субъекты системы уголовного правосудия должны решить, следует ли предлагать это лечение в качестве частичной или полной альтернативы уголовной ответственности. Им также необходимо решить, следует ли проводить лечение во время заключения, например в тюрьме, и указать факторы, которые легли в основу их решения. Условия, устанавливаемые системой уголовного правосудия, могут варьироваться от первоначального посещения сеансов лечения и постоянного соблюдения режима лечения до получения конкретных промежуточных результатов лечения, таких как сокращение употребления наркотиков или отказ от них. Если какой-то подход к лечению не приводит к желаемому результату, то, возможно, необходимо рассмотреть альтернативные подходы к лечению, более соответствующие потребностям правонарушителя с расстройством, связанным с употреблением наркотиков, в отношении здоровья и социальной помощи.

Услуги для лиц с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, находящихся в контакте с системой уголовного правосудия, должны учитывать не только потребности охраны здоровья этих людей, но и когнитивные функции, особенности поведения, жизненные установки и ситуативные факторы, которые влияют на рецидивизм и совершение повторных правонарушений. Программы лечения и вмешательства должны учитывать эти особые потребности правонарушителей с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, и решать их комплексным образом. Это не только поможет достичь ожидаемых результатов в отношении здоровья, но и предотвратит повторные правонарушения и рецидивы.

5.3.3 Лечение как альтернатива уголовной ответственности

Для принятия эффективных мер реагирования структурами общественного здравоохранения и общественной безопасности, одновременно решая проблему роста численности заключенных во всем мире, необходимо рассмотреть альтернативы уголовной ответственности для людей с расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств.

Для людей с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, которые совершили правонарушения, связанные с хранением веществ, находящихся под международным контролем, для личного потребления и другие мелкие правонарушения, конвенции о международном контроле над наркотиками предусматривают такие меры, как лечение, образование, последующий уход, реабилитация или социальная реинтеграция, в том числе в качестве полной альтернативы уголовной ответственности (ООН, 1961, 1971, 1988). Кроме того, у государств есть ряд стандартов и норм, касающихся применения мер, не связанных с лишением свободы, на которые они должны опираться (ООН, 1990, 2011).

Существует широкий спектр альтернативных мер, которые могут применяться на всех этапах уголовного правосудия: начиная с досудебного расследования, на протяжении всего периода судебного разбирательства, а также после суда, с некоторыми отличиями в странах с правовыми системами общего и континентального права (UNODC and WHO, 2019). Лица, страдающие расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, находящиеся в контакте с системой уголовного правосудия, сталкиваются с множеством проблем. По этой причине необходимо, чтобы программы лечения имели возможность через свои структуры надлежащим образом удовлетворять дополнительные потребности пациентов, такие как обеспечение жильем, трудоустройство, решение правовых, финансовых и семейных проблем.

Программы лечения в контексте уголовного правосудия на начальном этапе часто предусматривают высоко структурированные терапевтические вмешательства, включая строгий токсикологический мониторинг и систему стимулов, а также санкции для обеспечения соблюдения режима лечения, хотя и в меньшей степени. Со временем, по мере того как пациенты добиваются положительных результатов, программы снижают интенсивность услуг и надзора.

В таблице 2 перечислены некоторые основные элементы вмешательств и типы программ замены уголовной ответственности альтернативными видами исправительного воздействия, которые разные страны реализовали в рамках континуума помощи в системе уголовного правосудия (UNODC and WHO, 2019). У человека всегда должна быть возможность принять или отклонить предлагаемое лечение и связанные с ним условия. Лечение должно всегда сопровождаться традиционными правовыми гарантиями, включая право на апелляцию, и осуществляться под судебным надзором.

Таблица 2. Основные вмешательства и типы программ замены уголовной ответственности альтернативными видами исправительного воздействия, которые разные страны реализовали в рамках континуума помощи в системе уголовного правосудия (UNODC and WHO, 2019).

АДМИНИСТРАТИВНЫЕ МЕРЫ РЕАГИРОВАНИЯ	МЕРЫ РЕАГИРОВАНИЯ В СИСТЕМЕ УГОЛОВНОГО ПРАВОСУДИЯ		
<p>ДО ЗАДЕРЖАНИЯ</p> <p>Полиция</p> <ul style="list-style-type: none"> Административные меры реагирования, предусматривающие предоставление информации о лечении или направление на лечение 	<p>ДОСУДЕБНОЕ РАССЛЕДОВАНИЕ</p> <p>Полиция, прокурор, адвокат, судебный следователь</p> <ul style="list-style-type: none"> Предупреждение с заменой уголовной ответственности обучением и (или) лечением Условное освобождение или условное прекращение уголовного преследования Условное освобождение под залог или поручительство (альтернатива предварительному заключению) 	<p>СУДЕБНЫЙ ПРОЦЕСС ИЛИ ВЫНЕСЕНИЕ ПРИГОВОРА</p> <p>Судья, сотрудники службы, осуществляющей надзор за условно осужденными</p> <ul style="list-style-type: none"> Отсрочка вынесения приговора при условии прохождения лечения Отсрочка исполнения приговора при условии прохождения лечения Условное освобождение или судебный надзор Специальные суды или места для подсудимых в суде (например, суд по рассмотрению дел о наркотиках) 	<p>ПОСЛЕ ВЫНЕСЕНИЯ ПРИГОВОРА</p> <p>Руководитель пенитенциарного учреждения, комиссия по условно-досрочному освобождению, министр юстиции</p> <ul style="list-style-type: none"> Досрочное освобождение, или условно-досрочное освобождение, или помилование при условии прохождения лечения

5.3.4 Лечение в местах лишения свободы

Лишение свободы должно быть крайней мерой. Когда люди с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, приговариваются к тюремному заключению (что является крайней мерой в системе уголовного правосудия), но не имеют права на прохождение лечения в качестве альтернативы уголовной ответственности, им должно быть предложено лечение расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, в местах лишения свободы.

В основном, меры терапевтического вмешательства в местах лишения свободы должны быть сопоставимы с мерами, которые доступны для населения в целом (как описано в предыдущих главах). Такие вмешательства должны разрабатываться с учетом уникальной ситуации, в которой находятся лица с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, подвергающиеся санкциям уголовного правосудия, включая тюремное заключение. Терапевтические вмешательства всегда должны быть добровольными и основываться на информированном согласии пациента. Каждый, кто имеет доступ к лечению, включая лиц, находящихся под надзором системы уголовного правосудия, должен иметь право отказаться от лечения, даже если это влечет за собой другие меры, как связанные, так и не связанные с лишением свободы.

Обеспечение максимальной пользы от лечения для людей в местах лишения свободы связано с целым рядом сложных проблем, включая вопросы организационного характера, такие как «Кто будет заниматься лечением?», «Где и когда оно будет проводиться?».

Одним из наиболее сложных вопросов является надлежащее кадровое обеспечение программ лечения. В некоторых исправительных учреждениях к оказанию услуг по лечению подготовлены штатные специалисты, тогда как в других местах для оказания подобных услуг привлекают представителей сторонних организаций. Решения относительно кадрового обеспечения должно приниматься исходя из того, какой подход может обеспечить наилучшие результаты при минимальных затратах. В целом, показатели здоровья пациентов будут зависеть от качества оказываемых услуг, а не от того, к какому ведомству относится поставщик услуг.

В идеале, лиц, проходящих лечение, необходимо изолировать от общего контингента, чтобы поддерживать условия, способствующие лечению. Возвращение лиц, находящихся в ремиссии, к общему контингенту заключенных подвергает их высокому риску употребления наркотиков и рецидива, что может свести на нет те результаты, которые были достигнуты в ходе лечения. Если создание изолированной среды для лечения не представляется возможным, необходимо принять меры по сведению к минимуму воздействия внешних факторов риска (например, установив отдельное время для приема пищи и отдыха). При принятии решений касательно лечения должно учитываться время, оставшееся до освобождения. Учреждениям следует учитывать, как долго человек будет находиться в заключении, и либо предусмотреть завершение назначенного лечения до освобождения, либо обеспечить продолжение лечения после выхода на свободу.

При проведении терапевтических вмешательств по поводу расстройств, связанных с употреблением наркотических средств, в местах лишения свободы необходимо учитывать следующие факторы:

- Ведение случаев синдрома отмены с помощью фармакологической терапии: если в исправительном учреждении отсутствует возможность ведения синдрома отмены силами специалистов самого учреждения, необходимо, чтобы человека направили в сторонние медицинские службы. Вынуждать человека проходить через синдром отмены без медицинской помощи не только не этично, но и опасно для его здоровья и жизни.
- Амбулаторное лечение в местах лишения свободы может включать периоды интенсивного лечения, за которыми следуют периоды менее интенсивного лечения. Этот метод «понижения» интенсивности лечения особенно подходит для людей, которые проходят интенсивное лечение в местах лишения свободы, но по возвращении в местное сообщество все еще нуждаются в лечении, хотя и менее интенсивном. 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. Такие программы особенно ценны для целенаправленной работы с отдельными группами риска, такими как молодые правонарушители, женщины, лица, страдающие психическими расстройствами. Специальная среда проживания сводит к минимуму воздействие со стороны людей (особенно из числа основного контингента заключенных), жертвой которых может стать человек, проходящий лечение. Такое выделенное пространство также позволяет целенаправленно решать проблемы, актуальные для той или иной подгруппы (например лечить травмы женщин, ставших жертвами насилия).
- Терапевтическое сообщество – это модель реабилитационного лечения, которую можно адаптировать для лиц, находящихся в исправительных учреждениях. В местах лишения свободы программы терапевтических сообществ должны осуществляться в изолированном блоке исправительного учреждения, повторяя структуру и услуги аналогичных программ на свободе.
- Профилактика передозировки опиоидов является ключевым вмешательством, особенно при освобождении из мест лишения свободы. Доказано, что для людей с расстройствами, связанными с употреблением опиоидов, начало или продолжение поддерживающего лечения агонистами опиоидных рецепторов в заключении эффективно способствует профилактике передозировки опиоидов после освобождения.
- В целях сокращения риска передозировки опиоидов после освобождения из мест лишения свободы, лиц, употреблявших опиоиды в прошлом, а также членов их семьи и друзей необходимо снабдить налоксоном для домашнего пользования, предоставляя инструкции и (или) обучая их тому, как его использовать в случае передозировки опиоидов.

Библиография

- Belenko, S, Hiller, M and Hamilton, L (2013). Treating Substance Use Disorders in the Criminal Justice System. *Current Psychiatry Reports*. Springer US, 15(11), p. 414. doi: 10.1007/s11920-013-0414-z.
- Conrod, PJ and Nikolaou, K (2016). Annual Research Review: On the developmental neuropsychology of substance use disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. John Wiley & Sons, Ltd (10.1111), 57(3), pp. 371–394. doi: 10.1111/jcpp.12516.
- Corrigan, PW et al. (2017). Developing a research agenda for reducing the stigma of addictions, part II: Lessons from the mental health stigma literature. *The American Journal on Addictions*, 26(1) pp. 67–74. doi: 10.1111/ajad.12436.
- Cottler, L (2000). Composite International Diagnostic Interview—Substance Abuse Module (CID-ISAM).
- Degenhardt, L et al. (2018). The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Psychiatry*. 5(12), pp. 987–1012. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30337-7.
- Dennis, ML, Foss, MA and Scott, CK (2007). An Eight-Year Perspective on the Relationship Between the Duration of Abstinence and Other Aspects of Recovery. *Evaluation Review*. 31(6), pp. 585–612. doi: 10.1177/0193841X07307771.
- Dennis, ML, Scott, CK and Laudet, A (2014). Beyond Bricks and Mortar: Recent Research on Substance Use Disorder Recovery Management. *Current Psychiatry Reports*. 16(4), p. 442. doi: 10.1007/s11920-014-0442-3.
- Donovan, DM et al. (2013). 12-step interventions and mutual support programs for substance use disorders: an overview. *Social work in public health*. NIH Public Access, 28(3–4), pp. 313–32. doi: 10.1080/19371918.2013.774663.
- Drummond, DC (1990). The relationship between alcohol dependence and alcohol-related problems in a clinical population. *British Journal of Addiction*. X5, pp. 357–366. doi: 10.1111/j.1360-0443.1990.tb00652.x
- DuPont, RL, Compton, WM and McLellan, AT (2015). Five-Year Recovery: A New Standard for Assessing Effectiveness of Substance Use Disorder Treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Elsevier, 58, pp. 1–5. doi: 10.1016/j.jsat.2015.06.024.
- Ernst, D, Miller, WR and Rollnick, S (2007). Treating substance abuse in primary care: a demonstration project. *International Journal of Integrated Care*. Ubiquity Press, 7(4). doi: 10.5334/ijic.213.
- First, MB, Williams, JBW, Karg, RS, & Spitzer, RL (2015). Structured Clinical Interview for DSM-5: Research Version.
- Garner, BR et al. (2014). Recovery Support for Adolescents with Substance use Disorders: The Impact of Recovery Support Telephone Calls Provided by Pre-Professional Volunteers. *Journal of substance abuse and alcoholism*. NIH Public Access, 2(2), p. 1010. PMID: PMC4285388.
- GBD 2017 Risk Factor Collaborators (2018). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. Elsevier, 392(10159), pp. 1923–1994. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32225-6.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

UNODC (2015). World Drug Report 2015 (United Nations publication, Sales No. E.15.XI.6). UNODC (2016). World Drug Report 2016 (United Nations publication, Sales No. E.16.XI.7).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

WHO (2009). Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241547543>.

WHO (2010a). The Alcohol, Smoking and Substance involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care / prepared by Humeniuk, R[et al]. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/978924159938-2>.

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

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

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

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

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

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

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

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

ВОЗ (2003). Организация служб охраны психического здоровья. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2003 (Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья). Доступно: https://www.who.int/mental_health/policy/Organization%20of%20Services%20for%20MH_ru.pdf?ua=1 (По состоянию на 12 октября 2020 г.).

ВОЗ (2012b). ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС Техническое руководство для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков. Всемирная организация здравоохранения. <https://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/ru/>.

ВОЗ (2016). Руководство mhGAP по оказанию помощи в связи с психическими и неврологическими расстройствами, а также расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в неспециализированных учреждениях здравоохранения – Версия 2.0. Всемирная организация здравоохранения. Доступно: <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/publications/2016/mhgap-intervention-guide-for-mental-health,-neurological-and-substance-use-disorders-in-non-specialized-health-settings-version-2.0-2016> (По состоянию на 12 октября 2020 г.).

ВОЗ (2019b). Тринадцатая общая программа работы на 2019–2023 гг. была принята на Семьдесят первой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения резолюцией WHA71.1 от 25 мая 2018 г. Доступно: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_4-ru.pdf?ua=1 (По состоянию на 12 октября 2020 г.).

КНС (2016) Резолюция 59/4 Разработка и распространение международных стандартов лечения расстройств, связанных с потреблением наркотиков. Доступно: <https://undocs.org/pdf?symbol=ru/E/2016/28> (По состоянию на 12 ноября 2020 г.).

ООН (1961). Единая конвенция о наркотических средствах 1961 года. Доступно: <https://www.unodc.org/unodc/ru/commissions/CND/conventions.html> (По состоянию на 12 октября 2020 г.).

ООН (1971). Конвенция о психотропных веществах 1971 года. Доступно: <https://www.unodc.org/unodc/ru/commissions/CND/conventions.html> (По состоянию на 12 октября 2020 г.).

ООН (1988). Конвенция Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 г. Доступно: <https://www.unodc.org/unodc/ru/commissions/CND/conventions.html> (По состоянию на 12 октября 2020 г.).

ООН (1990). Минимальные стандартные правила Организации Объединенных Наций в отношении мер, не связанных с тюремным заключением (Токийские правила). Доступно: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/tokyo_rules.shtml (По состоянию на 12 октября 2020 г.).

ООН (2011). Правила Организации Объединенных Наций, касающиеся обращения с женщинами-заключенными и мер наказания для женщин-правонарушителей, не связанных с лишением свободы (Бангкокские правила). Доступно: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/bangkok_rules.shtml (По состоянию на 12 октября 2020 г.).

ООН (2016). Заключительный документ специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН 2016 г., посвященной мировой проблеме наркотиков of the 2016: Наша общая приверженность эффективному решению мировой проблемы наркотиков и борьбе с ней. Доступно: <https://undocs.org/ru/A/RES/S-30/1> (По состоянию на 12 октября 2020 г.).

УНП ООН (2003). Создание комплексной информационной системы по наркотикам: Глобальная программа по оценке масштабов злоупотребления наркотиками (ГПО) Инструментарий. Доступно: https://www.unodc.org/documents/GAP/GAP%20Module%201%20Russian%2007-83747_e-book.pdf (По состоянию на 12 октября 2020 г.).

УНП ООН и ВОЗ (2019). Лечение и уход для лиц с расстройствами на почве потребления наркотиков в рамках системы уголовного правосудия: альтернативы осуждению или наказанию. Доступно: https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/Alternatives_to_Conviction_or_Punishment_RUSSIAN.pdf (По состоянию на 12 октября 2020 г.).

ДЛЯ ЗАМЕТОК

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

STANDARDS

Всемирная организация здравоохранения

Алкоголь, наркотики и аддиктивное поведение (ADA)
Департамент по вопросам психического здоровья и
употребления психоактивных веществ (MSD)
20 avenue Arja
CH-1211 Geneva 27
Switzerland (Швейцария)

Управление ООН по наркотикам и преступности

Секция профилактики, лечения и реабилитации
Сектор по профилактике наркомании и охране здоровья
Vienna International Centre
P.O.Box 500
A-1400 Vienna
Austria (Австрия)

