ЛІКУВАННЯ ОПІОЇДНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ АГОНІСТАМИ ОПІОЇДІВ

Навчально-методичний посібник

Київ 2012

Рекомендовано
Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти МОЗ України
як навчально-методичний посібник для лікарів-інтернів
і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти
(протокол № 2 від 01.06.2012 р.)

Затверджено Вченою радою
Українського інституту досліджень
політики щодо громадського здоров'я
(Протокол № 3 від 17.05.2012 р.)

Авторський колектив:

Дворяк С.В., Кобища Ю.В., Пріб Г.А., Трецька Т.О., Власенко Л.В., Думчев К.В., Веретко І.М., Кривенок В.І., Загребельний А.С., Орищук О.В., Немаш Л.І.

Рецензенти:

І.К. Сосін, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

А.М. Вієвський, кандидат медичних наук, Директор Українського медичного та моніторінгового центру з алкоголю та наркотиків МОЗ України.

У посібнику висвітлено принципи організації та проведення підтримувальної терапії агоністами опіатів. Посібник адресовано наркологам, психологам, соціальним працівникам та іншим фахівцям, які беруть участь у наданні допомоги особам із психічними та поведінковими розладами, що спричинені вживанням опіоїдів. Посібник містить теоретичний матеріал, викладений відповідно до модульної структури організації навчального процесу.

ЗМІСТ

ВСТУП **6**

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ **7**

ЧАСТИНА 1

Тема 1. Психічні та поведінкові розлади при вживанні психоактивних речовин. Опіати та опіоїди. Синдром залежності від опіоїдів та його діагностика. Негативні наслідки вживання опіоїдів 8

Тема 2. Стратегія зменшення шкоди, мета та завдання. Комплексна профілактика ВІЛ-інфекції серед СІН. 27

Тема 3. Сучасний підхід до лікування опіоїдної залежності. Принципи ефективного лікування. Основні положення, позиція та межі толерантної наркологічної допомоги. ПТАО — цілі та завдання. 31

Тема 4. Історія виникнення ПТАО та географія її проведення в світі та в Україні 41

Тема 5. Економічна доцільність та ефективність ПТАО в профілактиці інфікування ВІЛ та іншими інфекціями 55

Тема 6. Інформована згода при ПТАО, основи взаємин лікаря та пацієнта в процесі лікування 59

ЧАСТИНА 2

Тема 1. Мультидисциплінарний підхід при лікуванні СІН. Цілі та переваги командної роботи. Структура МДК та комунікація в команді 68

Тема 2. Визначення показань та протипоказань для призначення ПТАО. Відбір пацієнтів та обстеження. Первинна індукція 72

Тема 3. Фаза підтримки. Ефективне дозування. Супровід пацієнтів в фазі підтримки. Контроль прихильності до ПТАО. Значення токсико-хімічних досліджень сечі 83

Тема 4. Соціально-психологічний супровід клієнта. Методи психосоціальної роботи. Соціальний супровід клієнтів ПТАО 88

Тема 5. Розвиток навичок оцінювання стану клієнта. Психологічне консультування..... 103

Тема 6. Кейс-менеджмент (ведення випадку). Робота за індивідуальними планами. Документація 113

Тема 7. Правові аспекти конфіденційності інформації пацієнтів ПТАО. 117

ЧАСТИНА 3

Тема 1. Завершення лікування. Показання до припинення ПТАО. Схеми проведення детоксикації 120

Тема 2. Нормативно-правова база ПТАО в Україні. 124

Тема 3. Універсальні складові, поняття, цілі та завдання консультативної допомоги пацієнтам ПТАО..... 129

Тема 4. Інфекційний контроль за туберкульозом в лікувально-профілактичних закладах, де надається ЗПТ. 144

Тема 5. Інтегрована допомога. Організаційні аспекти..... 148

Тема 6. Медична документація. Порядок ведення при ПТАО (амбулаторні карти, протоколи, журнали, висновки, листи призначення)..... 158

ЧАСТИНА 4.
ДЛЯ ЛІКАРІВ

Тема 1. Групи з особливими потребами: хворі на туберкульоз..... 160

Тема 2. Групи з особливими потребами: ВІЛ-інфіковані..... 170

Тема 3. Препарати ПТАО, їх взаємодія з антиретровірусними та протитуберкульозними препаратами. Корекція дози замісних препаратів при призначенні інших медичних препаратів. Профілактика та запобігання передозувань..... 183

Тема 4. Жінки які отримують ПТАО (особливості, моніторинг здоров'я, планування сім'ї, вагітність та пологи, неонатальний синдром відміни). 194

Тема 5. Психічні розлади у СІН. Психіатрична допомога пацієнтам ПТАО..... 200

ЧАСТИНА 5.
ДЛЯ ЛІКАРІВ

Тема 1. Особливі випадки: порушення режиму лікування, тимчасове ув'язнення, відвідування в стані сп'яніння..... 210

Тема 2. Практика видачі препаратів ПТАО за рецептами. Організація «стаціонару вдома». Забезпечення безперервності ПТАО. 218

Тема 3. Ліцензійні вимоги до закладів охорони здоров'я, що працюють з наркотичними лікарськими засобами..... 227

ЧАСТИНА 6.
ДЛЯ ПСИХОЛОГІВ ТА СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Тема 1. Особливості когнітивно-поведінкової терапії. Профілактика рецидиву. Постановка цілей..... 231

Тема 2. Сімейне консультування. Робота зі спротивом у сімейному консультуванні. Системні запити..... 243

Тема 3. Психологічна допомога у кризових ситуаціях..... 245

Тема 4. Синдром вигорання. Причини вигорання..... 252

Тема 5. Конфліктологія 257

ЧАСТИНА 7.
ДЛЯ ПСИХОЛОГІВ ТА СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Тема 1. Навички спілкування. Нейтральність. Конфіденційність..... 263

Тема 2. Супервізія як елемент роботи з персоналом. Мета та функції супервізії..... 268

Тема 3. Стандарти якості соціальних послуг з урахуванням потреб клієнтів. Витрати часу на надання послуг..... 270

Тема 4. Групи самодопомоги та клубна робота..... 277

ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ 284

ВСТУП

В Україні, починаючи з 2008 р., зростає кількість медичніх закладів, в яких запроваджується ЗПТ або ПТАО (більш сучасний термін) для лікування хворих із синдромом залежності від опіоїдів. Відповідно, все більше фахівців (лікарів, медичних сестер, психологів, соціальних працівників), які залучаються до надання медичних та психо-соціальних послуг, потребують навчання або поновлення професійних знань в цьому питанні. В останні роки часто лунають заклики, що лікувати опіоїдну наркозалежність повинні не лише наркологи, але й сімейні лікарі, фтизіатри, інфекціоністи, акушери-гінекологи та всі інші медичні працівники, які стикаються з цим контингентом хворих. Не виключаємо, що в майбутньому будуть видані такі накази МОЗ, які зобов'яжуть проводити ЗПТ в усіх лікувальних установах, де можуть опинитися хворі СІН. Принаймні така практика вже існує в багатьох країнах світу.

Цей посібник розроблено для викладачів (тренерів), які будуть навчати членів мультидисциплінарних команд, залучених до надання ПТАО. В ньому висвітлено як суто медичні питання, так і теми, що стосуються психологічного та соціального супроводу пацієнтів.

Посібник розроблено в рамках «Україно-німецького проекту з профілактики ВІЛ/СНІДу» за фінансової підтримки Німецького товариства міжнародного співробітництва (Deutsche Gesellschaft fu»r Internationale Zusammenarbeit, далі GIZ, GmbH) робочою групою фахівців з наркології, психіатрії, епідеміології, організації охорони здоров'я, медичної психології та соціальної роботи. Склад робочої групи: Дворяк С.В. (редактор), Кобища Ю.В., Пріб Г.А., Трецька Т.О., Власенко Л.В., Думчев К.В., Веретко І.М., Кривенок В.І., Загребельний А.С., Орищук О.В., Немаш Л.І. Літературне редагування Г. Морозова. Технічна підготовка посібника до друку І. Стрижак.

Особливу вдячність Український інститут досліджень політики щодо громадського здоров'я висловлює Ользі Короленко, експерту Німецького товариства міжнародного співробітництва (GIZ, GmbH).

Посібник буде корисним як для підготовки, так і для самопідготовки фахівців, які впроваджують або розпочинають впровадження ПТАО.

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

ВААРТ	–	високоактивна антиретровірусна терапія
ВІЛ	–	вірус імунодефіциту людини
ВН	–	вірусне навантаження
ВООЗ	–	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГАС	–	гострий абстинентний синдром
ЗОЗ	–	заклад охорони здоров'я
ЗПТ	–	замісна підтримувальна терапія
ЗШ	–	зменшення шкоди
ІПСШ	–	інфекції, що передаються статевим шляхом
ЛКК	–	лікарсько-консультативна комісія
ЛПЗ	–	лікувально-профілактичний заклад
МВС	–	Міністерство внутрішніх справ
МДК	–	мультидисциплінарна команда
МІ	–	мотиваційне інтерв'ю
МКХ–10	–	Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду
МПТ	–	метадонова підтримувальна терапія
НДО	–	недержавна організація
ООН	–	Організація Об'єднаних Націй
ПАР	–	психоактивна речовина
ПТАО	–	підтримувальна терапія агоністами опіоїдів
СІН	–	споживач ін'єкційних наркотиків
СНІД	–	синдром набутого імунодефіциту
УОЗ	–	управління охорони здоров'я
ЦІД	–	центр інтегрованої допомоги
ЦНС	–	центральна нервова система
DOTS (ДОТС)	–	Directly observed treatment short course of chemoterapia (отримання препаратів під наглядом – контрольоване лікування)
NIDA	–	Національний інститут вивчення наркозалежності (National Institute on Drug Abuse)
UNAIDS	–	Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу
UNODC	–	Управління ООН з наркотиків та злочинності

ЧАСТИНА 1

Тема 1. Психічні та поведінкові розлади при вживанні психоактивних речовин. Опіати та опіоїди. Синдром залежності від опіоїдів та його діагностика. Негативні наслідки вживання опіоїдів

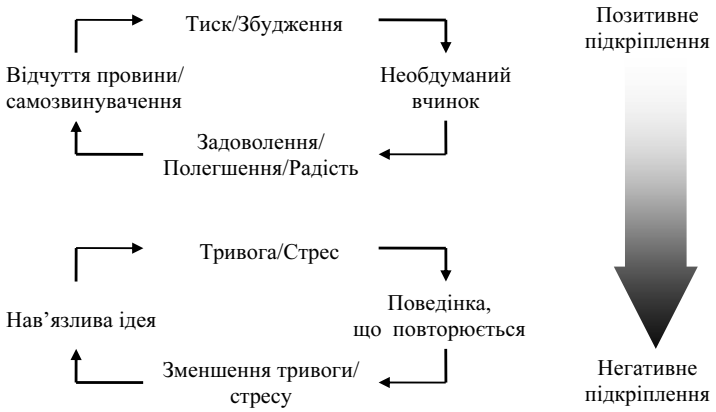
Фактори формування та клінічні критерії синдрому залежності. Визначення та діагностика. Наркотична залежність — це хронічне захворювання, що рецидивує. Воно характеризується:

1) вираженим (компульсивним) потягом до повторного прийому психоактивних речовин (ПАР);
2) зниженням або втратою контролю щодо їх прийому;
3) вираженими негативними переживаннями (тривога, дисфорія, безсоння) у разі неможливості отримати доступ до них.

При розвитку наркозалежності відзначають спільний для всіх її варіантів шлях. Спочатку з'являється імпульсивний потяг до прийому ПАР, який більшою мірою асоціюється з позитивними переживаннями (ейфорія, відчуття психічного і фізичного комфорту, почуття задоволення), проте поступово в ході розвитку процесу починає переважати компульсивний потяг, пов'язаний, переважно, з потребою в усуненні негативних переживань (дисфорія, почуття дискомфорту, різноманітна психо-вегетативна симптоматика), які асоціюються з синдромом відміни — гострим абстинентним синдромом.

На мал.1 показаний схематичний цикл формування залежності[1]. Спочатку мають місце, в основному, позитивні емоції, хоча імпульсом до прийому ПАР частіше служить певна напруга, а також порушення настрою і підвищення рівня тривоги. Сам прийом ПАР супроводжується переживанням задоволення, полегшення і почуттям вдячності. Пізніше, через певний час, коли ПАР виводиться з організму, виникає по-

[1] M. Halanter, H. Cleber (Edit). The American Psychiatric Publishing Textbook of Sustance Abuse Treatment. American Psychiatric Pub,2008



Мал. 1. Цикл формування залежності

чуття жалю, іноді провини і самознищення. Потім цикл повторюється. У міру переходу до залежної поведінки наростають явища негативного підкріплення, менш помітну роль відіграють задоволення й ейфорія, натомість прийом ПАР допомагає в першу чергу позбутися неприємних і хворобливих відчуттів.

В Україні, як і в більшості європейських країн, для діагностики та класифікації хвороб користуються спеціальним керівництвом, підготовленим європейським експертним співтовариством на підставі багаторічного клінічного досвіду та численних наукових досліджень. Це Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду (МКХ–10). У ній вказано найбільш відомі розлади психіки та поведінки, перераховано основні симптоми і містяться вказівки, як слід сформулювати діагноз. Всі діагнози встановлюються за єдиним принципом: спочатку вказується родова категорія, наприклад, деменція або афективний розлад. Вона шифрується цифрою, що йде після латинської букви F. Потім уточнюється вид порушення, наприклад, деменція при хворобі Альцгеймера або маніакальний епізод — друга цифра; далі форма розладу встановлюється більш детально, наприклад, розлад з галюцинаціями, або без психотичних симптомів — 3-я цифра. Четвертий, п'ятий або шостий знаки можуть використовуватися для уточнення клінічної картини, вказівок на ускладнення або прогнозу.

Хоча термін «наркоманія» все ще фігурує у вітчизняному законодавстві і навіть в деяких документах, прийнятих Міністерством охо-

рони здоров'я України, в МКХ-10 він не зустрічається. У зв'язку з цим, ми вважаємо за необхідне користуватися тими діагностичними категоріями, які містяться в МКХ–10, і відмовитись від терміну «наркоманія», по-перше, тому, що він не відображає стану конкретного пацієнта і не може бути використаний як діагностичний інструмент, а по-друге, має стійке негативне і стигматизуюче забарвлення. На жаль, сьогодні в суспільній свідомості слово «наркоман» все ще асоціюється, в першу чергу,з поняттям «злочинець», а не «хворий».

В МКХ–10 є група захворювань, що позначаються родовою категорією «Психічні та поведінкові розлади, що викликані вживанням ПАР». Шифруються вони буквою F і цифрою 1. Друга цифра позначає речовину, в результаті вживання якої виникли розлади. Зокрема, психічні та поведінкові розлади, викликані вживанням опіоїдів, шифруються (F11). У свою чергу всі розлади, які виникають від зловживання ПАР, проявляються одним з нижчеперелічених станів, кожен з яких шифрується третьою цифрою:

0. Гостра інтоксикація F1x0;
1. Вживання зі шкідливими наслідками F1x1;
2. Синдром залежності F1x2;
3. Стан відміни F1x3;
4. Стан відміни з делірієм F1x4;
5. Психотичний розлад F1x5;
6. Амнестичний синдром F1x6;
7. Резидуальний психотичний розлад F1x7;
8. Інші психічні та поведінкові розлади F1x8;
9. Невизначений психічний і поведінковий розлад F1x9;

Найбільш поширеним станом, при якому пацієнт потребує тривалої медико-психологічної та соціальної допомоги та підтримки є психічні та поведінкові розлади, викликані вживанням опіоїдів. Синдром залежності. Шифр – F1x2. Для стислості далі будемо користуватися терміном «синдром залежності від опіоїдів», або «опіоїдна залежність».

Наркополітика. Наркотики відомі людству не одну тисячу років. Зокрема, опіоїди застосовувалися як ліки ще за часів Гіппократа, при чому не тільки як знеболювальний засіб, але й для лікування депресивних станів, для поліпшення самопочуття. Вперше серйозні проблеми, пов'язані з немедичним застосуванням опіоїдів, виникли в XVII столітті в Китаї, коли там поширилося паління опіуму. Цікавий факт, що до цього в Китаї було поширене паління тютюну, і часто воно супроводжувалося прийомом опіуму всередину. Як сказали б зараз, це робилося з

рекреаційною метою. Але споживання тютюну стало настільки масштабним, що викликало тривогу й невдоволення китайського імператора, і він у 1644 р. своїм указом заборонив паління тютюну, після чого в Китаї почали використовувати опіум як замінник тютюну. Уведення опіоїдів інгаляційним способом докорінно змінило його дію. За рахунок високої швидкості підвищення концентрації опіатів у крові виникала виражена ейфорія, якої не було при прийомі опіуму всередину. В результаті китайський уряд оголосив у 1729 році про заборону опіуму, що призвело до того, що його стали ввозити контрабандним шляхом з Індії. Нелегальний продаж цього товару давав небачений прибуток. Незабаром це в промислових масштабах почала робити англійська приватна торговельна компанія. У 1838 р., наприклад, обсяг продажу опіуму склав 2000 тонн. Мільйони китайців всіх верств і станів були залучені до споживання наркотика. Як наслідок вибухнули перша і друга опіумні війни, в яких Британія відстоювала своє право на безперешкодну торгівлю, а Китай захищав монопольні права на контроль бізнесу і поведінки своїх громадян. Речовина, яка по суті належала до ліків, набула нової якості й стала соціально небезпечною в силу низки причин: заборони на використання; зміни способу введення; зіткнення різних культур (європейської та китайської), тобто по суті — соціального катаклізму.

При збігу подібних факторів епізоди поширення споживання опіоїдів виникали знову й знову в інших історичних умовах і на інших територіях. Але завжди загрозлива ситуація розвивалася під впливом кількох обставин. Приклади — масове захоплення морфіном у Європі після винаходу та впровадження в широку практику шприца в 1853 р., героїнова епідемія в США в 60-х роках XX століття на тлі війни у В'єтнамі, небачених розмірів споживання опіатів в Україні та Росії на початку 90-х після розвалу СРСР і розвитку нових соціальних відносин у суспільстві тощо. Ці факти допомагають зрозуміти, що формування проблем, пов'язаних з наркотиками, обумовлене не тільки фармакологічними властивостями та хімічною привабливістю для споживачів, але й зовнішніми чинниками, які безпосередньо не стосуються дії ПАР.

Завдяки численним дослідженням, проведеним в останні десятиріччя, стало абсолютно ясно, що залежність від наркотиків (опіоїдів) — це захворювання головного мозку і що формується воно далеко не в усіх, хто починає вживати ці ПАР. Необхідним є поєднання низки чинників: спадкових, психологічних, мікро- і макросоціальних. Іншими словами, як і при вивченні інших залежностей, ми стикаємося з фено-

меном вибірковості залежності. Поки що не вдалося довести справедливість постулату: «Хворобу легше попередити, ніж її лікувати», не дивлячись на його зовнішню привабливість і навіть, нібито, очевидність. Достовірно відомо лише те, що, як не всі люди, познайомившись з алкоголем, стають залежними від нього, так само й ті, хто вживає опіоїди зовсім не обов'язково стають залежними. Теза, відповідно до якої діють сьогодні контролюючі та «силові» органи: «максимальне обмеження пропозиції наркотика забезпечує профілактику наркотичної залежності» залишається лише припущенням і поки що не підтверджується емпіричними даними. Можна перекрити (принаймні теоретично це можливо) канали поставок опіоїдів, але тоді розвивається епідемія споживання амфетамінів, починається захоплення саморобними ПАР, підвищується захворюваність на алкоголізм тощо.

В останні роки все голосніше звучать голоси професіоналів, які стверджують, що нинішні принципи наркополітики, сформовані в середині минулого століття і виражені, зокрема, прийняттям Організацією об'єднаних націй (ООН) конвенцій 1961, 1971 та 1988 рр. слід визнати безпідставними. Схоже, це той випадок, коли добрі наміри не дали бажаних результатів. Багато хто так і заявляє: «Війна з наркотиками програна»[2]. І дійсно, дивлячись на факти, що накопичилися протягом останніх десятиліть: непомірне збільшення чисельності мешканців тюрем, надзвичайно високий відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), що отримав в результаті небезпечної ін'єкційної практики ВІЛ (вірус імунодефіциту людини) і/або вірусний гепатит В і С; високі витрати на поліцейські й судові способи контролю розповсюдження наркотиків, а головне, — їх неефективність, кримінальну інфраструктуру, яка сформувалася навколо цієї «боротьби»; а також враховуючи прямі втрати в живій силі, якщо висловлюватися військовою мовою, (за чотири роки президентства Феліпе Кальдерона в «нарковійні» на півночі Мексики було вбито 34612 осіб, причому 15273 з них — лише за 2010 р.) можна вже стверджувати, що «ліки» виявляються гіршими за саму хворобу.

У той же час накопичений досвід свідчить: є науково обґрунтовані методи й способи, які ефективно зменшують шкоду від застосування нелегальних наркотиків, поліпшують якість життя тисяч людей, що потрапили в залежність від опіоїдів, і, поза всяким сумнівом, пом'якшують кримінальну ситуацію в суспільстві, а також підвищують рівень суспільного здоров'я. Мова йде про стратегію зменшення шко-

[2] http;//globalcommissiondrugs.org/Report

ди та про застосування агоністів опіоїдів для тривалої підтримувальної терапії агоністами опіоїдів (ПТАО).

На жаль, у нашому суспільстві до сьогоднішнього дня більшість (серед них є навіть професіонали — наркологи) переконана, що єдиною гідною метою лікування наркотичної залежності є повне утримання пацієнта від ПАР. Це виглядає так, якщо б ендокринологи вважали б, що лікування цукрового діабету виправдано, лише якщо неодмінно призведе до повного відновлення функції підшлункової залози, а застосування екзогенного інсуліну повинно бути заборонено.

Як тільки ми погоджуємося, що частковий успіх — теж успіх, і сприймаємо опіоїдну залежність як хронічне захворювання головного мозку, при якому, як і при інших хронічних хворобах, малоймовірно досягти повного одужання, але можна значною мірою продовжити життя хворого і звести до мінімуму небезпеку для суспільства, зумовлену його захворюванням, відразу стає ясно, що будь-яка методика, ефективність якої підтверджується науковими методами, має право на існування.

Оцінка ефективності терапії. Ефективність ПТАО доводилася багаторазово в десятках контрольованих рандомізованих досліджень. Більшість країн, які застосовують цю стратегію, досягли значного зменшення проблем, пов'язаних з незаконним вживанням опіоїдів, зокрема, на порядок знизили захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед СІН, зменшили злочинність і досягли цілком сприятливих результатів у дотриманні прав людини. І навпаки: там, де ця стратегія не знаходить підтримки (мова, в першу чергу, про Російську Федерацію), спостерігається високий рівень смертності від передозувань, найвищий відсоток ВІЛ-інфекції серед СІН, переповнені тюрми, де відбувають покарання ті, хто має отримувати лікування, супутні епідемії вірусних гепатитів, туберкульозу і, нарешті, повне нехтування правами хворих на гідне ставлення і ефективне, науково обґрунтоване лікування [3]. Ми наголошуємо на цьому через те, що більшість українських лікарів читає професійну літературу виключно російською мовою й користується російськими Інтернет-ресурсами. Через це в них складається дуже викривлена думка про сучасні наукові підходи в наркології.

Опіати й опіоїди. Опіоїди (тобто подібні опію) — речовини рослинного та/або синтетичного та/або напівсинтетичного походження, що мають спорідненість з розташованими в клітинах центральної нер-

[3] http://rylkov-fond.ru/

вової системи опіатними рецепторами. Взаємодіючи з рецепторами, опіоїди активують клітини і тим самим забезпечують певні психо-вегетативні ефекти: зниження порогу больової чутливості, низку емоційних переживань, переважно позитивного характеру, сонливість і деякі типові вегетативні реакції, як-от збудження центру блукаючого нерва і блювотного центру, зниження основного обміну та температури тіла. Найбільш серйозною з них є пригнічення дихального центру, якщо доза препарату перевищує терапевтичну.

Лексикон Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) визначає опіоїди як термін, що належить до:

1) алкалоїдів опійного маку (Papaver somniferum);
2) їхніх синтетичних аналогів і сполук, що синтезуються в мозку та мають здатність послаблювати біль та викликати почуття благополуччя (ейфорії).

Алкалоїди опію та їхні синтетичні аналоги також здатні у високих дозах викликати сопор, кому та пригнічення респіраторних функцій.

Класифікація опіоїдів:

1. За дією:
   - повні агоністи — морфін, метадон, фентаніл;
   - часткові агоністи — кодеїн, оксикодон, гідрокодон;
   - агоністи-антагоністи змішаної дії — бупренорфін, налорфін, налбуфін (є агоністами або частковими агоністами до одних типів опіоїдних рецепторів і антагоністами до інших);
   - антагоністи — налоксон, налтрексон.
2. За походженням:
   - рослинного походження — алкалоїди опійного маку (морфін, кодеїн, тебаїн), інші природні опіоїди (мітрагінін, сальвінорін А);
   - напівсинтетичні — етилморфін, дігідроксикодон, гідроморфон, героїн, бупренорфін;
   - синтетичні — трамадол, метадон, фентаніл;
   - ендогенні (виробляються самим організмом): енкефаліни, ендорфін, ендоморфін.

Найвідоміші опіоїди, як-от морфін, героїн, гідроморфін, кодеїн, метадон і петідин взаємодіють переважно з μ-рецепторами. Вони викликають аналгезію, зміни настрою (наприклад, ейфорію, яка може змінитися дисфорією або апатією), респіраторну депресію, уповільнення психомоторних реакцій, нерозбірливу мову, сонливість, погіршення концентрації уваги й пам'яті, а також порушують здатність до суджень.

Тривале вживання опіоїдів веде до зростання толерантності й певних нейроадаптивних змін, що відповідальні за розвиток гіперзбудливості в разі відміни наркотика.

Обов'язково треба мати на увазі, що дія опіоїдів залежить від толерантності суб'єкта. Якщо, наприклад, у цілком здорової людини 20–40 мг героїна може викликати навіть кому, то така сама доза у толерантного до опіоїдів наркозалежного призведе лише до покращення його самопочуття та психофізичного функціонування.

Вчення про опіатні рецептори. Опіатні рецептори — ділянки, вбудовані у постсинаптичні мембрани тривимірних субклітинних структур (фосфоліпіди), які, комплементарно зв'язуючись з опіоїдами, викликають специфічні фізико-хімічні зміни мембрани і тим самим забезпечують активацію клітини. У 70–90-х роках минулого століття завдяки інтенсивній роботі декількох дослідницьких груп було ідентифіковано три типи рецепторів, які взаємодіють з опіоїдами. Було встановлено, що найбільша їх кількість міститься в клітинах головного мозку, зокрема, в таких відділах, як вентрикулярна перегородка, прилегле ядро (nucleus accumbens), префронтальна кора. Вони отримали назву мю-, дельта- і каппа-рецепторів. Приблизно в той же період часу вдалося досить точно визначити практично всі інгредієнти так званої ендогенної опіатної системи, тобто речовин, що продукуються організмом, і мають властивість зв'язуватися з опіоїдними рецепторами. Всього було виділено три види таких речовин: бета-ендорфін, енкефаліни і динорфіни. Екзогенні опіоїди, включаючи алкалоїди опію, діють в організмі також, зв'язуючись з відповідними рецепторами і викликаючи активацію тих клітин, на яких фіксовані рецептори. У найбільш загальному вигляді процес виглядає так. Є ділянка ліпідної мембрани, що тісно спаяна з рецептором і виконує функцію каналу з регульованою активністю для перекачування іонів. У той момент, коли молекула діючої речовини, наприклад, морфіну, зв'язується з рецептором, канал активується, проникність мембрани збільшується і завдяки потоку іонів, найчастіше Са++, сигнал проходить крізь мембрану, викликаючи специфічну для даної клітини відповідь. Молекула, що зв'язується з рецептором, називається лігандом, а утворений в цей момент комплекс — ліганд-рецепторним комплексом.

Види опіоїдних рецепторів. Розрізняють три групи опіоїдних рецепторів: μ (мю), δ (дельта) і к (каппа), кожна з яких підрозділяється ще на кілька типів. Ефект аналгезії спостерігається при стимуляції будь-якого типу рецепторів. Агоністи μ-рецепторів, викликають ще і пригні-

чення дихання та седативний ефект, а агоністи к-рецепторів — психотоміметичні ефекти. Дія опіоїдних анальгетиків переважно пов'язана зі стимуляцією рецепторів μ-типу. Крім того, виділяють два основні показники, або дві функції ліганд-рецепторного комплексу: аффінітет (affinity) — здатність до зв'язування ліганда з рецептором і ефективна активація (efficacy). Низка речовин може активувати рецептор, але швидко його звільняти і тим самим діяти короткостроково; інші речовини, навпаки, надовго блокують рецептор, не активуючи його. Вони не допускають розвитку певних ефектів навіть за наявності діючої агоністичної речовини в тканинах організму (механізм дії антагоністів).

Як ендогенні, так і екзогенні опіоїди впливають на роботу гіпоталамусу, гіпофізу й кори надниркових залоз, таким чином регулюючи стрес і забезпечуючи послідовність фізіологічних реакцій з ним пов'язану, зокрема, вони впливають на викид АКТГ, кортикотропін-реліз фактора та адреналіну. У цілому ендогенна опіатна система впливає не тільки на вісь гіпоталамус — гіпофіз — кора надниркових залоз, беручи участь у фізіологічних реакціях на пошкодження (стрес), але і на репродуктивну функцію, через вісь гіпоталамус-гіпофіз-гонади. Іншими словами, порушення в системі обміну опіоїдів супроводжуються множинними порушеннями з боку ендокринної системи, що значно посилює негативний ефект наркозалежності.

Крім взаємодії опіоїдів з опіоїдними рецепторами у формуванні порушень, викликаних вживанням цих ПАР, значну роль відіграють такі субстанції, як дофамін і гамма-оксибутирова кислота (GABA). Введення екзогенних опіоїдів діє пригнічуюче на вироблення GABA відповідними клітинами, які розташовані переважно в області вентрикулярної перегородки. Дефіцит цього нейропептида надалі стимулює потяг до опіоїдів. Відбувається це опосередковано через участь дофамінергічних нейронів, які в звичайних умовах пригнічуються GABA. У тих випадках, коли виникає її дефіцит, порушується формування відповідних нейронних терміналів, в результаті чого розвивається дофамінове голодування, що компенсується за рахунок повторного введення екзогенних опіоїдів.

У формуванні опіоїдної залежності беруть участь 3 типи нейронів:

1) дофаміновий термінал;
2) нейрони, що відповідають на дію GABA;
3) пост-синаптичні клітини, що мають дофамінові рецептори.

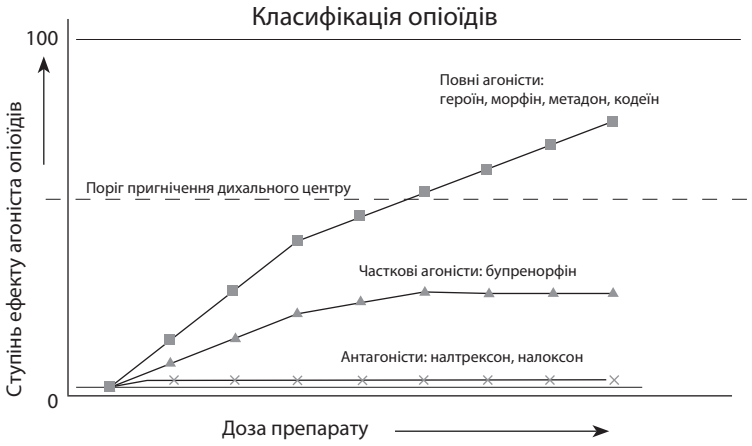
Таблиця 1.

Взаємодія (спорідненість) наркотичної речовини і рецепторів

Речовина	**Спорідненість до рецепторів**		
	μ	**δ**	**к**
Морфін	++	+	+
Героїн*	++		
Метадон	++		
Фентаніл	++		
Сальвінорін А			+
Кодеїн	_		
Оксикодон	_		
Гідрокодон	_		
Декстропропоксифен	_		
Буторфанол	_		++
Пентазоцин	_		+
Бупренорфін	_	––	––
Налорфін	–		+
Нальбуфін	––		++
Налоксон	––	–	–
Налтрексон	––	–	–
Позначки: ++ — сильний агоніст; + — агоніст; _ — частковий агоніст; – антагоніст; –– сильний антагоніст.			

Різні опіоїди взаємодіють по-різному з опіатними рецепторами і вибірково вступають у зв'язок з різними їх типами, що й визначає різницю в фармакологічній дії. Таким чином, ми маємо підстави виділяти швидкодіючі опіоїди, типу морфіну, і довготривалі, типу метадону. Наприклад, бупренорфін, що належить до другого типу, здатний зберігати зв'язок з рецепторами до 72 годин. Це дає можливість використовувати його для замісної терапії не щодня, а всього тричі або навіть двічі на тиждень. При цьому він має антагоністичну активність відносно к-рецепторів і відносно δ-рецепторів. Бупренорфін залишається найменш небезпечним опіоїдом серед нині відомих лікарських препаратів і є особливо привабливим для використання в ПТАО.

Знання принципів взаємодії опіоїдів з рецепторами хоч і розкриває механізми гострого ефекту морфіну або героїну, але мало допомагає в розумінні розвитку хронічних проблем, зокрема, хворобливого звикання й залежності. Для інтерпретації цих феноменів необхідно звернутися до теорії дофамінового дефіциту, яка в останні роки



Мал. 2. Класифікація опіоїдів залежно від дози й агоністичного ефекту

активно розробляється багатьма дослідниками. Прийнято вважати, що активність дофамінових структур значною мірою відповідальна за стан психологічного комфорту людини. Молекули дофаміну, що локалізуються в пресинаптичних мембранах, вивільнюються в синаптичну щілину під впливом певних речовин (нейротрансмітерів і нейромодуляторів). По завершенні процесу активації, молекули дофаміну за допомогою механізму зворотного захоплення повертаються в везикули, зосереджені в пресинаптичній зоні нервового волокна. У силу генетичних особливостей у певної кількості людей дофамінова система працює недостатньо ефективно, і в них відзначається свого роду дофамінове голодування, яке певною мірою може бути компенсоване за рахунок залучення механізмів активації опіоїдних рецепторів та отримання додаткових обсягів емоційних переживань. Дофамінова теорія допомагає зрозуміти не тільки розвиток опіоїдної, але також алкогольної та інших видів хімічної залежності. Особливе значення має той факт, що хоча в даній теорії не містяться відповіді на всі питання, вона підтверджує, що наркотична та алкогольна залежності є хронічними хворобами, пов’язаними з конкретними системними змінами функціонування головного мозку, а не просто комп-

лексом поведінкових порушень, при якому найбільш ефективними можуть вважатися засоби репресивного впливу.

Особливості прийому опіоїдів. На мал. 2 показано дію трьох класів препаратів: повних агоністів (Full Agonists), часткових агоністів (Partial Agonists) і антагоністів (Antagonists). Пунктирною горизонтальною лінією позначено рівень концентрації агоністів в крові, за яким починається пригнічення дихального центру — так званий поріг гноблення дихального центру (Threshold for respiratory depression). На осі ординат (вертикальний відрізок) висвітлено агоністичний ефект, на осі абсцис (горизонтальний відрізок) вказано дозу речовини. Бачимо, що повні агоністи при збільшенні дози дають підвищення агоністичного ефекту практично в лінійній залежності, в той час як парціальні агоністи тільки при невеликих дозах викликають пропорційне його підвищення, але після досягнення 30–32 мг виникає плато, і подальше збільшення дози не посилює агоністичної дії. Антагоністи взагалі не дають агоністичного ефекту.

Прийом опіоїдів може бути епізодичним і систематичним. Систематичний — не означає щоденний. Бувають системи, коли препарат приймається, наприклад, один раз на місяць з метою досягти розслаблення й приємно провести час. Причому така система може тривати довгі роки (Н. Зінберг, 2002).

Розрізняють прийом опіоїдів за медичними показаннями (хірургічна й онкологічна практика, лікування больового синдрому, як паліативна допомога) і прийом вуличних, нелегальних наркотиків. Опіоїди можуть прийматися всередину (відвар маку, таблетки кодеїну, метадон), під язик (бупренорфін), підшкірно й внутрішньом'язово в ін'єкціях (частіше за медичними показаннями), внутрішньовенно (як правило, з метою досягнення ейфорії), інтраназально й інгаляційно (нюхання й паління героїну, паління опію).

У дії опіоїдів можна виділити наступні феномени:

1. Безпосередні ефекти, що виникають одразу після прийому дози опіоїду:
   – пік ейфорії («прихід»);
   – плато ейфорії й знеболювання («волокуша», «таска»);
   – сонливість та інші депресивні щодо ЦНС ефекти («отходняк»);
   – стадія легких вегетативних наслідків і відновлення функцій.
2. Віддалені ефекти на тлі тривалого вживання:
   – хворобливе звикання (addiction);

– залежність (dependency);

Основні ефекти опіоїдів можна умовно розділити на групи:

- вплив опіоїдів на ЦНС — ейфорія, відчуття приємної теплоти в шлунку; зняття больових відчуттів; млявість; сонливість, нудота; блювання; дихальна недостатність (зміни в частоті та глибині дихання); придушення кашльового рефлексу; тяжкість в кінцівках; судоми (тільки при прийомі підвищених доз і вкрай рідкісне явище при вживанні метадону).
- вплив опіоїдів на периферійну нервову систему — пригнічення функції залоз зовнішньої секреції; закрепи, нудота, звуження зіниць — міоз; затримка сечовипускання.
- вплив опіоїдів, що пов'язаний з вивільненням гістаміну — почервоніння обличчя; почервоніння шкіри; свербіж; пітливість; спазм верхніх дихальних шляхів.

Інші розлади, причини яких поки не визначено (або не доведено): скорочення або припинення менструальних циклів; зміна сексуального бажання; галюцинації; розпухання ступнів ніг; труднощі з оргазмом; неконтрольований оргазм; прискорення серцебиття (подовження QT інтервалу кардіограми, яке може бути ознакою аритмії в майбутньому); тривожні стани; збільшення ваги. Такі ефекти можуть виникнути при використанні великих доз метадону (але не бупренорфіну).

Розлади у новонароджених: недостатність ваги (при народженні); симптоми відміни. Важливо відзначити, що опіоїди, навіть при тривалому систематичному вживанні, не призводять до органічних уражень та серйозних порушень функцій внутрішніх органів (печінка, нирки) на відміну від дії інших психоактивних речовин, зокрема, алкоголю. Однак тут йдеться про хімічно чисті речовини, які практично не зустрічаються на ринку нелегальних наркотиків в Україні. Тобто, коли вважають, що опіоїди самі по собі дуже шкідливі, це не зовсім відповідає дійсності. Хімічно чисті препарати, як-от метадон, бупренорфін, навіть героїн, вироблені в фабричних умовах, не мають технічних домішок і не так впливають на споживачів, як саморобні опіати, що їх виготовляють з додаванням інших психоактивних речовин, інколи дійсно дуже токсичних.

Діагностування синдрому залежності. Слід зупинитися на процедурі встановлення діагнозу синдрому залежності від опіоїдів, оскільки саме він дає право лікареві призначити ПТАО, або запропонувати пацієнту детоксикацію агоністами опіоїдів.

МКХ–10 чітко визначає перелік симптомів (критеріїв), наявність яких дозволяє діагностувати цей розлад.

Діагноз залежності встановлюється у випадку, якщо є 3 або більше з нижче перерахованих ознак, що мали місце протягом минулого року (12 міс. до моменту обстеження):

а) сильна потреба (компульсивне бажання, потяг) прийняти опіоїди;
б) порушення здатності контролювати прийом цих речовин, тобто початок, вживання, закінчення або дозування опіоїдов;
в) симптоми відміни опіоїдов, зокрема специфічні: ломота в суглобах, нежить, діарея, безсоння;
г) ознаки толерантності до опіоїдів (підвищення дози іноді досягає 100-кратного порівняно з терапевтичною);
д) прогресуюче нехтування альтернативними інтересами на користь вживання опіоїдів, збільшення часу, що витрачається на пошук, прийом і відновлення після їх дії. Звуження репертуарних модальностей поведінки, оскільки вона спрямована виключно на дії, що пов'язані з пошуком та прийомом опіоїдів;
е) Продовження вживання опіоїдів, недивлячись на очевидні шкідливі наслідки: медичні, соціально-сімейні, правові, фінансові, психіатричні і т.п.

У структурі синдрому залежності замість раніше поширених понять «психологічна» і «фізична» залежність тепер прийнято виділяти хворобливе бажання (пристрасть, сильний потяг — всі терміни еквівалентні терміну addiction) і власне «залежність», яка визначається при наявності толерантності та симптомів відміни.

Практичні лікарі не завжди правильно використовують термін абстиненція, позначаючи ним прояви відміни. Абстиненція, буквально, означає невживання. Таким чином, абстинентом називають будь-якого суб'єкта, що припинив вживання опіоїдов. Проте, при цьому у нього може не бути симптомів відміни, особливо якщо абстиненція продовжується понад 2–3 тижні. Якщо йдеться про прояви, які хворі визначають як «ломку», то слід вживати термін «гострий абстинентний синдром» (ГАС), або «синдром відміни».

Залежність не обов'язково супроводжується компульсивним бажанням. Саме тому деякі люди взмозі зусиллям волі відмовитися від вживання наркотиків навіть за наявності симптомів відміни. Найчастіше цей феномен спостерігається, коли хворим з хірургічною або онкологічною патологією призначають опіоїди на тривалий термін. Їх від-

міна викликає прояви гострого абстинентного синдрому, що свідчить про залежність, що сформувалася, але відсутність аддиктивного компоненту дозволяє їм більш не повертатися до прийому наркотиків без медичних показань.

Також треба брати до уваги, що люди мають не однакову здатність опиратися своїм бажанням. Певна категорія індивідів, вирішивши досягти якихось результатів, може протистояти наполегливому бажанню, але це не універсальна здатність, вона дуже варіативна. Є багато людей (і таких, мабуть, більшість), які не можуть довго боротися з сильним потягом і раніше чи пізніше поступаються своєму бажанню. Це можна бачити не тільки на прикладі вживання наркотиків, але також в інших ситуаціях, коли йдеться про сексуальну чи інтернет-залежність або про нав'язливий шопінг, неможливість зупинитись перед спокусою взяти участь у азартній грі чи відмовитись від чергової порції морозива або спагетті. До речі, зараз така проблема, як зайва вага, в багатьох країнах стала більш актуальною, ніж вживання наркотиків. Механізми надмірного споживання їжі схожі з пристрастю до вживання ПАР. В усіх випадках спостерігається потяг до відчуття комфорту та позбавлення від постійного бажання реалізувати свою потребу у задоволенні. Існує точка зору, що у всіх випадках, коли йдеться про механізми задоволення і так званого позитивного підкріплення, на нейрофізіологічному рівні участь беруть ті ж самі механізми, зокрема опіоїдні рецептори та дофамінова система.

Толерантність. З урахуванням сучасних знань про нейробіологію вживання опіоїдів і залежність від них толерантність видається феноменом, в основі якого лежать досить добре вивчені механізми. Тим не менше до цього часу багато фактів виглядають суперечливими й цілісна картина видається не зовсім ясною. У формуванні толерантності беруть участь молекулярний та клітинні механізми. Достовірно відомо, що толерантність до швидко діючих опіоїдів типу морфіну розвивається швидше, а до метадону чи бупренорфіну повільніше. Як феномен толерантність означає зниження рівня реакцій цілісного організму у відповідь на повторні введення опіоїдів. Результатом розвитку толерантності стає поступове підвищення дози наркотика для досягнення того ж самого ефекту. Наприклад, при формуванні залежності від опіоїдів добова доза героїну може зростати в десятки разів. З практичної точки зору важливо мати на увазі, що толерантність не підвищується нескінченно. Є якась межа, коли можна говорити про блокаду

всіх наявних опіоїдних рецепторів, після чого толерантність не росте. Таке явище спостерігається при терапії метадоном і є одним з бажаних ефектів, завдяки чому пацієнт втрачає мотивацію до вживання героїну та інших «вуличних» опіоїдів. Вважається, що феномен толерантності пов'язаний в першу чергу зі зміною «щільності рецепторів», їх здатності зв'язувати ту чи іншу кількість опіоїдів. Крім того, певну роль відіграє рівень аденилат-циклази, активність ряду лізосомальних ферментів, моно-аденозинтрифосфорна кислота в клітинах ЦНС та низка інших чинників. Для практичного лікаря важливо пам'ятати, що толерантність розвивається з різною швидкістю відносно різних аспектів дії фармакологічного агенту. Так, швидше формується толерантність до ейфорізуючої дії опіоїдів і повільніше до респіраторно-інгібіруючої. Тобто при поступовому підвищенні дози метадону можна зіткнутися з тим, що пацієнт буде себе почувати задовільно, може навіть стверджувати, що у нього зберігаються ознаки гострого абстинентного синдрому, але при цьому матиме місце пригнічення дихального центру, респіраторна гіпоксія і загроза розвитку передозування з летальним результатом, особливо під час нічного сну. Також слід пам'ятати, що толерантність не зберігається після детоксикації та довготривалого утримання від споживання опіоїдів. Через це ризик смертельного передозування підвищується після періоду ремісії або ув'язнення. Повертаючись до вживання наркотиків індивід може вжити таку дозу, яка була для нього звичною протягом певного часу, але після втрати толерантності вона може стати смертельною. Лікарі та інші працівники, задіяні в роботі з наркозалежними, обов'язково повинні їх інформувати про це, аби запобігти таким наслідкам. Найбільш ефективним засобом лікування передозування опіоїдами є антагоніст опіоїдних рецепторів — налоксон.

Залежність — це феномен, який виникає при хронічному вживанні опіоїдів. Здебільшого його характеризують низка психічних, соматичних та вегетативних проявів на тлі зниження концентрації опіоїдів у крові. Разом вони складають синдром відміни або ГАС. Розвиток ГАС пов'язаний зі змінами в метаболізмі ендогенної опіатної, а також дофамінергічної та адренергічної систем головного мозку. Симптоми ГАС можна умовно поділити на психічні та сомато-вегетативні.

Психічні: тривога, відчуття дискомфорту, дисфорія, дратівливість, депресивний настрій, наполегливе бажання вжити опіоїди.

Сомато-вегетативні: болі у м'язах та суглобах, напруженість у м'язах, ринорея, підвищення перестальтики з проносом, мідріаз, піло-

ерекція («гусяча шкіра»), неможливість довго залишатись в одній позі (акатизія); у найбільш важкій формі — гіпертензія, тахікардія, гіперглікемія.

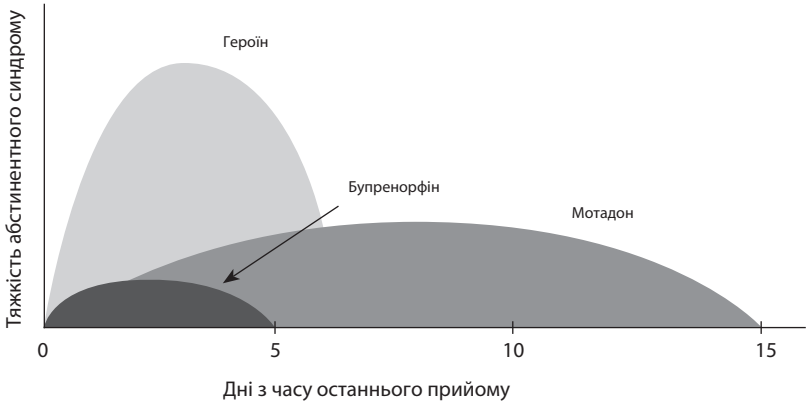
Ефективними засобами полегшення опіоїдного ГАС є парціальні альфа-адрено-блокатори, такі як клонідін (клофелін) та лофексідін. Найкраще допомагає призначення агоністів опіоїдів (метадон, бупренорфін) у дозах, що поступово зменшуються. Слід зауважити, що потяг до наркотика, який виникає на висоті ГАС, є головним фактором, що спонукає хворих шукати собі нову дозу опіоїдів. Призначення на цьому тлі агоністів позбавляє їх потреби за будь яку ціну знаходити нелегальний наркотик і, відповідно, зменшує ризиковану та кримінальну поведінку. Дослідження довели, що під час ГАС наркозалежні абсолютно нехтують правилами безпеки, навіть якщо вони їм відомі, і тому роблять ін'єкції одним шприцом з іншими, незалежно від їхнього ВІЛ-статусу, використовують брудні голки, намагаються ввести собі максимальну дозу тощо.

Порівняння тривалості та інтенсивності абстинентного синдрому при вживанні різних опіоїдів представлено на мал.3.

На горизонтальній вісі вказані дні, протягом яких розвивається синдром, а на вертикальній — вказана інтенсивність проявів. Видно, що при залежності від героїну інтенсивність розладів вища, але вони коротші. У разі залежності від метадону — навпаки.

Пристрасть, хворобливе бажання, потяг, згубна звичка. Проведені останніми роками дослідження вказують, що прояви залежності пов'язані, в основному, з функціонально-структурними змінами в області лімбічної системи головного мозку, тоді як аддиктивність (хвороблива пристрасть) — з розладами в зоні смугастого, чорного, передлежачого підкоркових ядер і префронтальної кори. Значна частина негативних медичних наслідків, перш за все пов'язана з ін'єкційним способом введення нелегальних опіоїдів: нестерильні ін'єкції, часте використання чужого ін'єкційного інструментарію або інфікованість наркотичного розчину, коли з контейнера з наркотичним розчином вибирають дозу забрудненим шприцом.

Існує зв'язок між споживанням ін'єкційних наркотичних засобів та ВІЛ-інфекцією: на частку споживачів ін'єкційних наркотиків припадає 30% випадків ВІЛ-інфекції поза країнами Африки, розташованими на південь від Сахари, і до 80 % випадків в деяких країнах Східної Європи та Центральної Азії. Потрапивши в середовище споживачів наркотиків, ВІЛ може поширюватися дуже швидко, і в країнах Африки зараз



Мал. 3. Тривалість опіоїдного абстинентного синдрому (Р.Алі, 2003).

спостерігається нова хвиля епідемії ВІЛ-інфекції, яка обумовлена внутрішньовенним введенням наркотиків.

Небезпечні способи ін'єкційного споживання наркотиків також викликали глобальну епідемію вірусного гепатиту С. За наявними оцінками, гепатитом С у світі інфіковано 130 мільйонів осіб, і кожен рік з'являється 3–4 мільйони нових інфікованих, при цьому близько 90% нових випадків інфікування вірусом гепатиту С пов'язано з ін'єкціями.

Встановлено, що в країнах з низькою поширеністю ВІЛ-інфекції (Східна Європа) серед осіб з опіоїдною залежністю смертність становить 2–4 % на рік, що в 13 разів вище, ніж серед їхніх однолітків. Ця підвищена смертність викликана в першу чергу передозуваннями, насильством, суїцидом. У країнах з високою поширеністю ВІЛ-інфекції значний внесок у смертність робить також синдром набутого імунодефіциту (СНІД).

Опіоїдна залежність сама по собі асоціюється зі значним погіршенням якості життя, тому що змістовні заняття витісняються проведенням часу в стані інтоксикації або пошуком опіоїдів. Крім соматичної коморбідності, пов'язаної зі споживанням ін'єкційних наркотиків і насильством, для споживачів незаконних опіоїдів характерні високі показники психіатричної коморбідності, зокрема, депресії, тривожних розладів і посттравматичного стресового синдрому.

Опіоїдна залежність накладає на суспільство значний економічний тягар. Причому не лише з точки зору витрат на надання медико-санітарної допомоги, наприклад, послуг з лікування та профілактики. Відбувається вплив на бюджет інших секторів (перш за все, соціального забезпечення та кримінального правосуддя). Опіоїдна залежність також впливає на продуктивність праці, оскільки є однією з причин безробіття, невиходів на роботу і передчасної смертності.

У дослідженнях, проведених у промислово розвинених країнах, була зроблена спроба визначити економічну вартість сукупного впливу цих наслідків, і було встановлено, що вона становить від 0,2 до 2 % валового внутрішнього продукту країни.

Тема 2. Стратегія зменшення шкоди, мета та завдання. Комплексна профілактика ВІЛ-інфекції серед СІН

Епідемія ВІЛ-інфекції/СНІД, основною рушійною силою якої стали саме СІН, призвела до поступового розуміння суспільством того, що зупинити стрімкий розвиток цієї епідемії неможливо без екстрених профілактичних заходів, а саме — донесення до СІН інформації стосовно того, як вони можуть виключити або зменшити ризики зараження себе та своїх друзів. Відповідно перед медичними фахівцями стала проблема, як донести необхідну профілактичну інформацію до СІН — закритої та майже недосяжної групи.

Стратегія зменшення шкоди — це система політичних, медичних та соціальних заходів, направлених на мінімізацію негативних медичних, соціальних, економічних та правових проблем, спричинених вживанням наркотиків (а не на припинення цього явища), виходячи з реалістичної та прагматичної позиції охорони здоров'я населення. Стратегія ЗШ акцентує увагу на практичних завданнях, які можна реалізувати серед СІН, що не можуть або на ще не готові відмовитись від вживання наркотиків, в першу чергу — ін'єкційних. Для захисту здоров'я всього суспільства потрібен захист здоров'я споживачів наркотиків, а отже необхідно інтегрувати споживачів у суспільство, а не намагатися ізолюватися від них. Це прагматичний та гуманний підхід, коли проблеми, пов'язані зі зловживанням наркотиків, вирішуються за допомогою методів, які зберігають гідність і загальнолюдські права споживачів наркотиків.

Метою стратегії ЗШ є попередження поширення інфекційних хвороб, таких як ВІЛ-інфекція, парентеральні гепатити (В, С), туберкульоз, ІПСШ серед СІН та, відповідно, серед суспільства в цілому; мінімізація та пом'якшення інших негативних наслідків від вживання наркотиків (злидні, злочинність тощо), як по відношенню до окремих осіб, так і по відношенню до суспільства в цілому.

Завдання стратегії зменшення шкоди:

- встановлення контактів та взаємодія з цією зазвичай «закритою» та майже недосяжною групою, в першу чергу з тими СІН, які не стоять на офіційному обліку в наркологічній службі й перебувають поза її увагою, сприяння налагодженню та підтримці їхніх контактів з медичними та соціальними службами;
- зміна ставлення СІН до проблеми вживання нелегальних наркотиків, в першу чергу ін'єкційних, формування навичок менш

ризикованої поведінки щодо інфікування ВІЛ, вірусами гепатитів В і С;
– зниження ризику передозування та інших нещасних випадків, які можуть привести до смерті;
– захист прав та інтересів цільової групи.

У середині 80-х років у Великобританії, Австралії, Германії, Швейцарії, Нідерландах, Канаді та низці інших країн почали роботу національні програми обміну шприців та допомоги споживачам наркотиків. Спочатку вони мали пілотний характер та впроваджувались НДО, а з часом отримали державну підтримку та фінансування. У зв'язку з загрозою епідемії ВІЛ-інфекції, в цих країнах з'явилась потреба розробити різні моделі програм, які були б привабливі для споживачів наркотиків та відповідали їхнім потребам. Створенні на цій основі служби отримали загальну назву «програми зменшення шкоди». Так, наприклад, в графстві Мерсісайд, Великобританія, була розроблена комплексна модель, до якої увійшли навчання способам безпечного ін'єкційного введення наркотиків, замісна терапія, а також профілактична робота з людьми, які не вживають наркотики. В ході цієї роботи було розроблено базисні принципи програм зменшення шкоди.

Споживачі наркотиків страждають як від симптомів залежності, так і від передозувань (часто зі смертельним результатом) і ускладнень, пов'язаних з ін'єкціями (септичні стани та інфекції, передані через кров), які часто роблять в неприйнятних умовах, у них також виникають проблеми правового характеру, оскільки вони легко залучаються до кримінальної діяльності. Пошук, придбання та вживання нелегальних наркотиків потребує значних зусиль та часу. Вони не можуть стабільно працювати і в них майже завжди виникають серйозні сімейні проблеми. Вони витрачають занадто багато грошей на наркотики, що змушує їх відмовляти собі у повноцінному харчуванні та житлі.

Програми ЗШ дають можливість соціальним працівникам встановити контакт із споживачами ін'єкційних наркотиків та допомагають самим споживачам:

- припинити або зменшити вживання ін'єкційних наркотиків;
- отримати інформацію про безпечну поведінку та використати ці рекомендації в своєму житті;
- припинити використання спільного та нестерильного інструментарію для ін'єкцій;
- розпочати або продовжити відвідування реабілітаційних програм;

- зменшити ризик передозування при вживанні наркотиків.

Програми ЗШ також асоціюються зі зменшенням рівня злочинності та кількості випадків вживанням наркотиків у громадських місцях. Кримінологічні дослідження за останні понад тридцять років підтверджують, що пом'якшення законодавства щодо вживання наркотиків не сприяє зростанню споживання наркотиків, а застосування суворих заходів покарання не запобігає розповсюдженню нелегальних наркотиків.

Програми ЗШ зберігають та поліпшують якість життя СІН. Саме якість життя кожної людини та суспільства в цілому є пріоритетними завданнями успішних соціальних програм. ЗШ включає надання послуг та ресурсів споживачам на непримусовій та неупередженій основі й виходить з того, що люди, які вживають наркотики, мають право голосу при формуванні наркотичної політики та державних програм, які покликані відповідати потребам споживачів наркотиків. ЗШ також припускає, що споживачі наркотиків є важливою рушійною силою в зниженні негативної дії від вживання наркотиків. Саме тому необхідно надати можливість і допомогти споживачам наркотиків обмінюватися інформацією й підтримувати один одного в розробці стратегій зі зменшення негативних наслідків від вживання наркотиків, які відповідають реальним умовам.

Здійснення програм обміну шприців та голок, замісної терапії дають позитивні результати незалежно від культуральних та економічних відмінностей між регіонами. З економічної точки зору програми ЗШ обходяться дешевше, ніж надання медичної допомоги, лікування від наркотичної залежності та ВІЛ-інфекції/СНІД, витрати на юридичні послуги, необхідні за відсутності таких програм. Також доведено, що програми ЗШ зменшують злочинність і тим самим забезпечують безпечніші умови життя в місцевих співтовариствах, знижуючи витрати на судочинство й утримання в'язниць.

Комплексна профілактика ВІЛ-інфекції серед СІН.

Профілактика передачі ВІЛ, що пов'язана з уживанням ін'єкційних наркотиків, є однією з найбільш складних проблем забезпечення універсального доступу до відповідних програм у сфері охорони здоров'я.

Комплексна програма профілактики, лікування та догляду серед СІН передбачає 9 груп заходів, що мають провідне значення в профілактиці та лікуванні ВІЛ-інфекції:

- Програми обміну шприців та голок;
- Опіоїдна замісна терапія (ОЗТ) та інші види лікування наркозалежності;

- Консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію;
- Антиретровірусна терапія;
- Профілактика та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом;
- Програми з забезпечення СІН та їхніх статевих партнерів презервативами;
- Цільові програми щодо інформування, освіти та комунікацій, орієнтованих на СІН та їхніх статевих партнерів, РКС, МСМ, в т.ч. за методом «рівний-рівному»;
- Вакцинація, діагностика та лікування вірусних гепатитів;
- Профілактика, діагностика та лікування туберкульозу.

Аутріч-робота в програмах ЗШ це важливий метод надання послуг та найважливіший компонент усіх програм профілактики та лікування ВІЛ-інфекції серед СІН, з якими зазвичай складно встановити контакт. Аутріч (від англ. outreach — зовнішній контакт) — метод роботи з закритими цільовими групами, контакт з якими через медичні та соціальні служби утруднений, є надзвичайно ефективним засобом в програмах обміну шприців та голок, забезпечення презервативами, цільових програмах з інформування та освіти, адресованих СІН та їхнім статевим партнерам. Аутріч-працівники працюють з клієнтами в місцях, де вони часто збираються.

Принципи: конфіденційність, анонімність, розуміння проблеми, неосудливе ставлення до цільової групи, доброзичливість у стосунках, надання актуальної та правдивої інформації. Аутріч-працівники повинні бути підготовленими відповідним чином та ознайомленими з медичними, соціальними та правовими питаннями роботи за принципом «рівний-рівному».

Тема 3. Сучасний підхід до лікування опіоїдної залежності. Принципи ефективного лікування. Основні положення, позиція та межі толерантної наркологічної допомоги. ПТАО — цілі та завдання

Спираючись на вивчення багатьох наукових публікацій та клінічний досвід, можна умовно визначити два підходи до лікування опіоїдної залежності: традиційний (йдеться про такий, яким переважно користуються в лікувальних закладах наркологічного профілю України) та сучасний. Сучасним ми називаємо підхід, який базується на принципах доказової медицини, представлений у відомих американських та європейських наукових журналах, публікаціях ВООЗ, UNAIDS, NIDA та сповідується провідними вченими найбільш поважних університетів та дослідницьких центрів. Звичайно, в науковому середовищі важко побачити суцільну одностайність, і багато вчених відрізняються один від одного у своїх уподобаннях та оцінках. Тим не менш, існують певні тенденції та принципові положення, стосовно яких, можна вважати, досягнуто консенсусу. Одним з інструментів пошуку такого консенсусу є відомі останнім часом, так звані, кокранівські огляди (The Cochrane Reviews). Вони узагальнюють результати рандомізованих контрольованих досліджень. Дані, що включають в огляди, беруть з досліджень, кожне з яких проходить експертизу на достовірність з використанням строгих критеріїв. Це дозволяє знизити ймовірність системних помилок, а також, у висновках спиратись лише на методологічно обґрунтовані роботи. Кількісні результати досліджень об'єднують з використанням статистичних методів (мета-аналізу). Це дозволяє точніше й надійніше оцінити ступінь ефективності лікувальних втручань.

На підставі такого типу досліджень складають лікувальні протоколи, рекомендовані для використання у клінічній практиці. Принципи доказової медицини поступово розповсюджуються на більшість медичних дисциплін, але, на жаль, цього поки що не можна сказати про вітчизняну наркологію. Достатньо згадати, що, згідно принципів доказової медицини, на стан опіоїдної абстиненції позитивно впливають 2 класи препаратів:

1) агоністи альфа-2-адренорецепторів, до яких належать клонідін (клофелін) та лофексідін. Вони пригнічують адренергічне збудження, з яким пов'язують симптоми абстиненції;
2) агоністи опіоїдів: метадон та бупренорфін.

Для решти медичних препаратів ефективність не була підтверджена в подвійних сліпих рандомізованих дослідженнях. Тим не менш, в усіх вітчизняних підручниках можна знайти рекомендації на кшталт такої: «На ранній стадії абстинентного синдрому (стадії «ломки») хворих лікують традиційним набором лікарських засобів, що включає інфузійні засоби (гемодез, реополіглюкін), препарати, що регулюють метаболічні процеси (кокарбоксилаза, рибоксин, аскорбінова кислота, вітаміни групи В), ангіопротектори (пірацетам, трентал), а також транквілізатори (феназепам, реланіум) і анальгетики (анальгін, баралгін, пенталгін, кетамін, диклофенак-натрій)»[4]. Тобто можна зробити висновок, що здебільшого для лікування абстинентного синдрому при відміні опіоїдів у наркологічній практиці застосовують застарілі методи, які не мають доведеної ефективності.

Стосовно хронічного стану залежності також існують значні розбіжності у стратегіях лікування при традиційному та сучасному ставленні до цієї проблеми. За традиційним поглядом, який відображається, до речі, на державних показниках ефективності лікування, остання має оцінюватись через досягнення пацієнтом ремісії. Ремісія однозначно трактується як стан, в якому людина повністю утримується від споживання наркотиків та алкоголю. Через таке ставлення багато наркологів ще й досі вважають, що лікування агоністами опіоїдів не можна сприймати як повноцінне лікування, тому що пацієнт і далі споживатиме опіоїди. Центр уваги зміщується з результатів лікування та вирішення конкретних проблем на так звану патогенетичну складову процесу. При цьому домінуючим є хибне, як на наш погляд, переконання, що сукупність проблем, які виникають у наркозалежних від опіоїдів, пов'язана насамперед із дією опіоїдів. Таке лінійне, щоб не сказати примітивне, мислення, нажаль, дуже часто визначає ставлення до лікування наркотичної залежності.

Наукові та клінічні факти свідчать про те, що на стан здоров'я та соціальний статус негативно впливають не опіоїди як такі, а те, що вони вживаються внутрішньовенно, кілька разів на день, зі значними домішками, за допомогою брудних шприців, у кримінальному середовищі тощо. Важливим аспектом ПТАО також є той, що для неї використовуються препарати довготривалої дії (метадон, бупренорфін) замість тих, що діють коротко (героїн, ацетільований екстракт макової соломки).

Таким чином, зусилля медичного персоналу та психологів і соціальних працівників мають бути сфокусовані, в першу чергу, на змен-

[4] http://ru-patent.info/21/90–94/2191019.html

шенні наслідків нелегального споживання швидкодіючих опіоїдів та позбавленні хворого проблем, з цим пов'язаних.

Повертаючись до питання щодо ремісії — а саме її досягнення є завданням лікувального процесу — слід наголосити, що, за визначенням, ремісія — є послабленням хвороби. І через те ремісією вочевидь слід вважати досягнення стабільного стану, при якому в пацієнта покращилась якість життя та зменшилась кількість медичних та психосоціальних проблем. За визначенням Європейського моніторингового центру з наркотиків (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction –EMCDDA), лікуванням наркозалежності слід вважати «сукупність конкретних медичних і/або психологічних і соціальних заходів з метою зменшити або припинити споживання нелегальних ПАР і поліпшити загальний стан здоров'я (і якість життя) хворого». До речі, лікування наркозалежності дуже схоже за багатма параметрами на лікування інших хронічних захворювань.

Кілька років тому відомий учений, фахівець з питань терапії наркозалежності Томас Маклеллан (A. Thomas McLellan) провів порівняльний аналіз методів терапії та рецидивів, що виникають при деяких хронічних захворюваннях: цукровому діабеті, бронхіальній астмі, гіпертонічній хворобі й порівняв показники лікування наркозалежності. Він досить переконливо продемонстрував, що результативність лікування при наркоманії не тільки не нижча, але навіть вища, ніж при згаданих захворюваннях, якщо оцінювати результати лікування за тими самими критеріями.

Слід ще трохи зупинитись на «традиційному» та «сучасному» підходах до лікування наркозалежності.

Різниця в них, якщо коротко, зводиться до того, що у вітчизняній наркології прийнято вважати головним об'єктом терапевтичних втручань патологічний потяг до наркотика (алкоголю), а ефективним лікування вважається тоді, коли вдається усунути потяг і досягти абстиненції. Більшість сучасних іноземних досліджень натомість оцінюють можливість терапевтичними засобами поліпшити стан здоров'я та якість життя хворих на наркозалежність; при цьому абстиненція не розглядається як основна мета. Сучасним поглядам притаманний більший прагматизм, а також прагнення спиратися на докази, отримані в ході досліджень, і об'єктивні оцінки наявних лікувальних програм. Вітчизняні фахівці, які сповідують скоріше консервативний погляд, апелюють до ідеальних цілей і виходять із «патогенетичних» інтерпретацій, які насправді часто виявляються науковими спекуляціями, тобто не підтверджуються емпіричними даними.

Причини таких різних підходів швидше за все слід шукати в історії питання. У СРСР в 60-ті роки минулого століття було створено відносно самостійний напрям у медичній практиці та науці, який отримав назву «наркологія». В інших країнах ні тоді, ні після цей досвід не прижився. Методи і, в якомусь сенсі, філософія наркології витікали з народногосподарських завдань. Вони часто формулювалися Політбюро ЦК КПРС і були засновані на принципах «наукового комунізму». У той час партія ставила перед суспільством двоєдине завдання: побудова матеріально-технічної бази комунізму й формування людини нового типу. Наркологічна служба була вписана у втілення другої частини історичної місії. Проголошувалася боротьба з алкоголізмом і наркоманією аж до повного їх викорінення. І хоча формально наркологія розглядала наркозалежність як хронічну хворобу, організація наркологічної допомоги була орієнтована в першу чергу на репресивно-виховні підходи, метою яких є повна відмова від споживання будь яких ПАР. Звідси тісний зв'язок наркологічної служби з органами МВС, який простежується до сьогодні. Репресивні за своєю суттю заходи диспансерного наркологічного обліку, дискримінаційні правила видачі сертифікатів на отримання водійського посвідчення та занять певними професіями також походять від цього кореня.

Справедливість вимагає нагадати, що в багатьох країнах світу, де КПРС не мала жодного впливу на розвиток подій, сповідувався схожий підхід. Наприклад, у США, де традиційно дуже сильні позиції християнської протестантистської ідеології з її ригоризмом, нетолерантністю до відхилень у моральних орієнтирах і ставленням до споживання наркотиків як до гріха. Але ж в цілому західним суспільствам притаманний більший раціоналізм та плюралізм, тому в останні 2–3 десятиріччя ситуація значно змінилася, тоді як у країнах колишнього СРСР цей процес ще триває.

Сучасні наукові погляди не підтримують ідею існування такого окремого феномена, як патологічний потяг до наркотика. Вважається, що інтенсивне бажання вживати опіоїди є звичайним фізіологічним проявом. Він обумовлений преморбідними властивостями (генетичними, психологічними) та змінами у мозку, які спричинені систематичним вживанням опіоїдів короткої дії. Це означає, що оскільки немає якогось специфічного психопатологічного субстрату, то не варто й намагатись на нього впливати психотропними речовинами на кшталт галоперидолу, рисполепту, неулептилу тощо, які дуже часто пропонують використовувати для лікування опіоїдної залежності провідні російські наркологи. Мішенню в лікуванні опіоїдної залежності має бути

насамперед абстинентний синдром, який повністю усувається опіоїдами довготривалої дії, а також проблеми, пов'язані зі споживанням нелегальних наркотиків короткочасної дії.

Треба додати, що між різними підходами немає глибокої прірви. Це просто різні етапи розвитку наркології. Притаманні вітчизняним фахівцям погляди були розповсюджені в усьому світі певний час тому. Завдяки багаторічним дослідженням та новим знанням точка зору поступово змінюється, але це тривалий процес, і він ніколи не закінчується. Вочевидь в медицині, як і в інших науках, що вивчають природу, можна тільки шукати істину та наближатися до неї, але ніколи не можна нею оволодіти сповна.

Найбільш поширені медичні проблеми:

- ВІЛ-інфекція, вірусні гепатити С і В;
- бактеріальні інфекції — загальні (сепсис) і локальні (абсцеси, флебіти) з туберкульозом включно;
- загострення хронічних захворювань;
- супутні психічні розлади (депресивні (15–50 %), тривожні (8–27 %), особистісні (антисоціальні) (35–68 %), пограничні розлади;

Найбільш поширені соціальні проблеми:

- криміналізація та маргіналізація;
- арешти та ув'язнення;
- дискримінація та стигматизація;
- бідність, безробіття;
- руйнування сімей і сирітство.

Оскільки особи з діагнозом «синдром залежності від опіоїдів» переважно мають кілька проблем — медичних, психологічних, соціальних, — то ефективна терапія це така, яка буде спрямована на всі ці розлади та проблеми. Тобто знову актуальним стає старий принцип, на якому багато разів наполягали класики: «лікуйте хворого, а не хворобу». Нажаль, в сучасній вузько спеціалізованій медичній практиці цей принцип дуже часто ігнорується.

Провідні наукові організації, зокрема ВООЗ, на підставі численних досліджень та клінічних спостережень, сформулювали кілька наріжних принципів ефективного лікування наркозалежності. Вони, в певному сенсі, виглядають як ідеальні, і в умовах української системи охорони здоров'я навряд чи можуть бути втілені в життя цілком, але потрібно принаймні знати їх та мати на увазі при плануванні та організації лікування.

Доступність. Кожній особі, яка має потребу в лікуванні, має бути надана така можливість. При цьому має йтися про ефективне лікуван-

ня, а не тільки про доступ до лікаря чи до установи. Наприклад, зараз ми бачимо, як в багатьох наркологічних та ненаркологічних ЛПЗ існують черги на те, щоб потрапити до програми замісної підтримувальної терапії (ЗПТ). Або часто виникають ситуації, коли пацієнти наполягають, щоб їх взяли до програми з використанням бупренорфіну, в той час, як є місця в метадоновій програмі. Важливо правильно вести роз'яснювальну роботу і переконувати пацієнтів: метадон не є гіршим за бупренорфін і взагалі, будь-яке науково обґрунтоване лікування краще, ніж ніякого.

Безкоштовність. Звісно, що нічого безкоштовного не існує. Бажано, щоб лікування було безкоштовним для пацієнта, оскільки наркозалежні переважно не мають власних джерел для фінансування своєї терапії. Тому йдеться про покриття видатків державою, муніципальною владою, благодійними фондами тощо. Водночас слід пам'ятати: лікування зберігає життя. Якщо програма не може бути повністю безкоштовною для пацієнтів, — можна заохочувати їх до часткового покриття видатків, як це робиться в багатьох країнах. Власне, якщо йдеться про можливість отримувати лікування, багато людей оберуть сплачувати за нього, ніж взагалі не мати доступу. Зараз усі програми ПТАО фінансують за рахунок коштів Глобального фонду для боротьби з туберкульозом, СНІДом та малярією. Але невідомо, скільки це ще буде тривати. Можливо, у майбутньому потрібно буде шукати інші шляхи і, зважаючи на дуже невелику ціну метадону, це завжди можна було б організувати на засадах часткового самофінансування. Принаймні, це значно краще, ніж взагалі закривати доступ до лікування.

Забезпеченість дружнім і вільним від засудження та стигми персоналом. Це питання виглядає в наших умовах дуже важливим. Через деякі фактори, що формували ставлення до наркозалежних в суспільстві, про що йшлося вище, наркоспоживачі, як правило, зустрічають негативне ставлення до себе. Часто-густо можна побачити зневагу та агресію на адресу наркоспоживачів, й ці прояви навіть не дуже приховують. Оскільки пацієнти, як правило, відповідають тим самим, виникає замкнуте коло, в якому персонал звинувачує пацієнтів, а вони — персонал. Ключовим поняттям у цьому дискурсі є саме почуття провини. Воно, до речі, є суттєвою складовою психологічних розладів при наркозалежності. Не рідко навіть від лікарів можна почути думку, що «наркоман сам винен у своєму становищі» і тому не заслуговує на повагу та співчуття. Не вдаючись до моральних міркувань, зауважимо, що такий підхід абсолютно не відповідає професійному та науковому

розумінню цієї хвороби. Він також значною мірою зменшує ефективність лікування. Тому його потрібно позбутися і виховувати персонал у такий спосіб, щоб до наркозалежності він ставився так само, як до всякої іншої хронічної хвороби, а питання провини взагалі треба облишити раз і назавжди. Доведено, що в установах, де вироблене безоцінкове ставлення до пацієнтів, значно вищий рівень співпраці, менше порушень режиму, кращі результати лікування. До речі, персоналу також суттєво легше працювати з пацієнтами в такий спосіб, у нього більше задоволення своєю роботою та значно менше виникає вигоряння.

Пристосування до індивідуальних потреб пацієнта. В цьому випадку йдеться про необхідність відгукуватися на медичні та соціальні потреби кожного пацієнта, оскільки, незважаючи на однаковий діагноз, вони дуже різні, наприклад, декому необхідна допомога психіатра, комусь — інфекціоніста, фтизіатра або гінеколога, комусь необхідна підтримка психолога, а комусь юриста тощо.

Безперервна допомога через систему направлення до фахівців інших медичних установ, відповідних місцевих неурядових організацій та залучення організацій СІН.

Права людини, гідність пацієнта. Пацієнти не повинні страждати через стигму і дискримінацію.

Лікування та психологічну допомогу слід надавати відповідно до принципів доказової медицини. Тобто таку допомогу треба організовувати згідно з кращими практиками і включати повний набір якісних послуг: біологічні, психологічні та соціальні інтервенції, профілактику рецидивів, тестування, консультування, діагностику ВІЛ і гепатитів. Хворі на ВІЛ-інфекцію/СНІД мають бути забезпечені можливістю отримувати якісне лікування на тому ж рівні, що й не СІН, включаючи високоактивну антиретровірусну терапію (ВААРТ).

Хворих потрібно залучати до планування та прийняття рішень. Необхідно забезпечити середовище, яке допоможе СІН отримувати лікування, догляд та психологічну підтримку. Слід залучати їх до планування, оцінки та моніторингу; вони мають бути не пасивними об’єктами, а повноцінними суб’єктами терапевтичного процесу. До організації лікування також варто залучати представників громади та інших зацікавлених сторін, включно з відповідними недержавними організаціями.

Підтримувальна терапія агоністами опіоїдів. На сьогодні накопичено значну кількість обґрунтованих наукових даних щодо ефективності лікування опіоїдної залежності. В першу чергу йдеться про підтримувальне лікування метадоном. Кількість пацієнтів з опіоїдною нарко-

тичною залежністю, які одержували призначене лікування метадоном в 2005 році, в усьому світі становила близько 875 000 осіб. Зараз їх нараховується вже понад мільйон. І це число постійно зростає майже в усіх регіонах світу. Підтримувальне лікування метадоном стало найпоширенішим підходом до лікування опіоїдної залежності. У європейському регіоні 76 відсотків програм ПТАО використовують метадон і, за розрахунками, в країнах Європи підтримувальне лікування метадоном охоплює близько 70 відсотків тих, хто потребує такого лікування.

У 2003–2005 рр. ВООЗ ініціювала проведення багатостороннього розгляду даних, до яких було включено результати більш ніж 100 досліджень, виконаних в низці країн з використанням різних методологій, разом з рандомізованими клінічними дослідженнями, великими перспективними довгостроковими спостереженнями та спеціальними дослідженнями з вартості й економічної доцільності таких програм. Огляд наукових даних підтвердив, що замісне підтримувальне лікування метадоном призводить до:

- зменшення ризикованої відносно ВІЛ поведінки і запобігання ВІЛ-інфікування;
- поліпшення фізичного та психічного здоров'я;
- зниження смертності;
- зменшення вживання нелегальних наркотиків;
- поліпшення соціальної адаптації;
- зниження рівня злочинності.

У цьому контексті також важливо взяти до уваги, що метадонова підтримувальна терапія (МПТ):

- рідко викликає побічні ефекти, як правило істотно покращуючи стан здоров'я;
- є більш ефективною для утримання пацієнтів на лікуванні, ніж бупренорфінова;
- ефективніше знижує рівень вживання нелегальних наркотиків, ніж бупренорфінова;
- у багатьох країнах програми МПТ коштують дешевше, і тому їх вважають економічно доцільнішими, ніж програми з використанням бупренорфіну.

Результати дослідження вартості та економічної доцільності свідчать, що МПТ є економічно обґрунтованим вибором при призначенні адекватних доз і утриманні на лікуванні. Вивчення економічної доцільності доводить можливість економії коштів на соціальні та пов'язані з

охороною здоров'я послуги в 3 рази і в 7 разів, якщо враховувати витрати системи кримінального судочинства тощо.

Накопичені протягом останніх десятиріч дані свідчать, що МПТ є не лише ефективним способом лікування наркотичної залежності, а й виконує важливу роль у посиленні профілактики ВІЛ-/СНІД, його лікуванні та догляді за хворими. МПТ створює умови для поліпшення доступу СІН, що живуть з ВІЛ-інфекцією, до антиретровірусного лікування (разом з наданням ВААРТ під безпосереднім наглядом) та лікування опортуністичних інфекцій, як-от туберкульоз. Роль ЗПТ у поліпшенні утримання пацієнтів у програмах профілактики та формування прихильності до лікування ВІЛ-інфекції є надзвичайно важливою.

ВООЗ вважає МПТ важливим інструментом охорони громадського здоров'я, профілактики та лікування ВІЛ-інфекції та туберкульозу в споживачів ін'єкційних наркотиків. Водночас не треба забувати, що насамперед МПТ є засобом лікування опіоїдної залежності, і не варто під тиском «громадськості» зводити її роль виключно до зменшення шкоди. Деякі лікарі вважають, що так легше перебороти дискримінацію та стигму щодо наркозалежних. Буцімто ніхто не заперечує, що заради стримання епідемії ВІЛ-інфекції можна погодитися і на «заміну» одного наркотика іншим. Багаторічний досвід свідчить: ПТАО це повноцінне лікування. Воно не тільки покращує здоров'я, але й впливає на патогенетичні механізми залежності, які під впливом героїну та інших опіоїдів короткої дії розвиваються в головному мозку. Тобто немає жодних підстав відмовляти ПТАО у праві вважатися лікуванням опіоїдної залежності. Вплив ПТАО на епідемію ВІЛ-інфекції — це вже явище вторинне. Воно, безумовно, має велике значення, але не обмежується лише таким впливом і не зводиться тільки до нього.

Численні дослідження, що були виконані у США, як пише авторитетний вчений Герберт Д. Клебер (Herbert D. Kleber, 2008), показали ефективність МПТ щодо зменшення споживання нелегальних опіоїдів, захворюваності та смертності, ризику інфікування ВІЛ, протиправної діяльності та підвищення рівня загального функціонування. У пацієнтів програм МПТ показник смертності за 1 рік склав 1% на відміну від 8% у пацієнтів, які перервали лікування. Перспективне дослідження, проведене ще в 1993 році у Філадельфії, штат Пенсильванія Дейвом Метзгером (Dave Metzger), показало, що рівень сероконверсії (тобто відсоток досліджених, які змінили статус із негативного на позитивний) з ВІЛ виявився в 4 рази вищим в осіб, які вживали нелегальний героїн, порівняно з пацієнтами програм МПТ. Зниження ризику корелю-

вало з тривалістю безперервної МПТ. Ризик зараження вірусами гепатитів В і С також знижувався, але набагато менше. Тобто ще в 1993 році було доведено, що вплив МПТ на поширеність ВІЛ серед СІН не викликає сумнівів.

Середні підтримувальні дози метадону в діапазоні 80–120 мг або вищі забезпечують кращі результати порівняно з нижчими середніми дозами. Період напівжиття метадону в плазмі крові у фазі стабілізації складає в середньому 24–36 годин, з діапазоном від 13 до 56 годин. Однак може знадобиться не менше 10 днів для досягнення стабільного стану, і нові пацієнти входять до групи ризику смертельного передозування. Це треба чітко усвідомлювати при проведенні індукції. Одночасно слід знати, що велика частина зареєстрованих випадків смерті пов'язана з метадоном, який призначався для знеболювання, а не з метою МПТ. Дослідження МПТ, проведені в Нью-Йорку Мері Дж. Крік (Mary J. Kreek) у 1970-х роках, не виявили тривалих ушкоджень серця, нирок, печінки або легенів. Препарати тривалої дії, що застосовуються для підтримувальної терапії, нормалізували нейроендокринні зміни, викликані опіоїдами короткої дії, з мінімальним впливом на психіку хворих.

Зокрема, доведено, що МПТ не порушує здатність керувати транспортом. Це, на жаль, не означає, що в Україні лікар-нарколог може видати такий дозвіл своєму пацієнтові. Обмеження, які існують з цього приводу в нашій країні, обумовлені зовсім не результатами наукових спостережень. Дозвіл на керування транспортом не можуть отримати усі пацієнти, які перебувають на диспансерному обліку з приводу наркозалежності. Це одна з проблем, яку слід розв'язати в найближчому майбутньому. Для вказаного становища немає науково обґрунтованих підстав і воно, безперечно, є ознакою дискримінації та порушення конституційних норм хворих на залежність.

Протягом останніх 10 років було виявлено, що метадон, особливо у високих дозах, на початку терапії або в комбінації з деякими препаратами може призводити до подовження інтервалу QT на кардіограмі, а також до мигтіння шлуночків серця, яке належить до таких аритмій, що інколи призводять до смерті. У грудні 2006 року в зв'язку з цим до інструкції з застосування метадону було додано попередження. Однак клінічне значення цих аномалій, які призводять до смерті, остаточно не встановлено. Водночас кількість таких випадків дуже мала, тому, якщо порівнювати ризик, пов'язаний із вживанням вуличного героїну, з можливими негативними наслідками МПТ, то, безумовно, для наркозалежного краще отримати доступ до лікування.

Тема 4. Історія виникнення ПТАО та географія її проведення в світі та в Україні

Використання ПТАО для лікування хворих на опійну наркозалежність викликає неоднозначне ставлення в суспільстві. Незважаючи на всі очевидні позитивні аспекти застосування цього методу лікування у практичній медицині, до нього відчувають недовіру й навіть антипатію і споживачі наркотиків, і працівники наркологічної служби, і окремі лікарі, і представники громадськості, і пересічні громадяни, не кажучи вже про працівників силових структур.

Досить масове несприйняття ПТАО, зокрема метадоном, ускладнює роботу організацій, що пропонують таку послугу, та перетворює їх на об'єкти критики. Визнано, що в основі такого ставлення лежать світоглядні засади. Неважливо, які проблеми ЗПТ обговорюються — медичні, релігійні, філософські чи суто практичні або навіть організаційні, негативна думка про ЗПТ у опонентів, як правило, не змінюється, навіть під впливом науково обґрунтованих аргументів та фактів щодо ефективності цієї терапії.

Загальновідомим є положення про те, що до вживання наркотиків в різних країнах ставляться по-різному, що є історично обумовленим явищем. Розуміння історичного контексту щодо вживання опіатів дозволяє не тільки правильно оцінити можливість застосування ПТАО, але й зробити правильні припущення щодо її долі в майбутньому.

Вживання ПАР набуло суспільного значення й привернуло увагу світової громадськості на межі XIX і XX століття. На цей час у більшості країн світу не існувало законів, які б врегульовували питання зберігання та вживання наркотиків. Виразом суспільного занепокоєння стало підписання у 1912 році в Гаазі першої Конвенції з наркотиків, у якій було сформульовано загальні принципи контролю за вживанням опіуму, морфію та кокаїну. У подальшому кожна країна окремо визначала рамки та міру контролю за обігом та призначенням наркотичних засобів, що набуло особливого значення за часів Першої Світової війни, коли значна кількість поранених у військових діях вимагала призначення знеболювальних препаратів у великих масштабах, причому не лише в умовах надання допомоги у шпиталях, але й після одужання від самого поранення. Як правило, такі заходи передбачали можливість вживання наркотичних речовин лише за умови їх призначення лікарем, обмеження кількості ліків, що видавались за рецептом, наприклад, не більш, ніж три разові дози за кожним рецептом тощо.

Уведення подібних заходів подекуди викликало незадоволення частини лікарів і розглядалось як втручання контролюючих інституцій, як правило міністерств внутрішніх справ чи афілійованих з ними структур, в суто медичні справи.

Відомим прикладом вирішення такої проблеми є Великобританія, де за ініціативи міністерства охорони здоров'я в 1924 році була утворена спеціальна комісія за головування відомого вченого й практика сера Х. Роллестона для вивчення ситуації, що склалася в цій сфері. Звіт комісії, відомий як Звіт Роллестона, був виданий через 2 роки і визначав, що основоположним принципом має бути право лікаря призначати наркотичні засоби для лікування наркозалежності. Автори Звіту підкреслювали, що кінцевою метою лікування слід вважати досягнення абстиненції, але одночасно визнавали законним довготривале призначення наркотичних речовин особам, які були не в змозі відмовитись від вживання ПАР.

Звіт визначив 2 категорії хворих, які мали право на лікування морфіном або героїном:

- хворі, які проходять курс лікування з подолання залежності методом поступової відміни;
- особи, яким після кожної спроби подолання залежності, неможливо відмінити застосування препарату з таких причин: відміна препарату призводить до появи важких симптомів, які не вдається здолати в умовах приватної медичної практики, або якщо пацієнт здатен вести нормальний спосіб життя лише у випадку, коли він постійно приймає наркотик, і втрачає здатність до нього (способу життя), якщо позбавлений можливості отримувати наркотичний засіб.

З позиції сьогодення можна вважати, що висновки комісії Х. Роллестона заклали підвалини того, що тепер називається замісною або підтримувальною терапією. Ці висновки без суттєвих змін проіснували у Великій Британії майже до кінця 50-х років XX століття, але, незважаючи на це, кількість осіб, які отримували таке лікування, була дуже обмеженою.

На відміну від Великобританії, США демонстрували більш агресивний підхід до призначення наркотиків з лікувальною метою. Ще в 1914 році у США було ухвалено так званий Акт Гаррисона, який врегульовував продаж і зберігання наркотиків. Він дозволяв призначення наркотичних препаратів «з законною медичною метою та з найкращими намірами». Але практика свідчила про інше. До 1938 року

близько 25000 американських лікарів були залучені до судового переслідування, а майже 3000 засуджені до позбавлення волі за призначення наркозалежним наркотичних препаратів. Показовою в цій справі є роль ФБР, агенти якого аби добитися обвинувальних вироків судів активно покладалися на свідчення самих споживачів наркотиків, а задля заохочення до співпраці з ФБР надавали їм необхідні наркотичні препарати. Звісно, що така практика змусила багатьох лікарів взагалі уникати лікування наркоспоживачів. (Це нагадує ситуацію, що складається тепер в Україні, майже на 70 років пізніше описуваного американського досвіду). Як результат після Другої світової війни у США існувало лише 2 великі наркологічні клініки, в яких хворим на наркозалежність надавалася допомога у їхньому бажанні позбавитися від залежності.

Поява на рубежі 50-х та 60-х років великої кількості синтетичних опіатів, зміна наркосцени (залучення до вживання наркотиків молоді не задля лікування, а щоб отримати задоволення, вживання частіше героїну, ніж морфіну), викликали необхідність переглянути наявні підходи та політику в цілому щодо контролю за обігом та вживанням наркотичних речовин. У тій же Великобританії протягом короткого часу — 5 років — вийшли Перший (1961) та Другий (1965) звіти Брейна, голови Комісії з наркотиків, внаслідок появи яких відбулися значні зміни як у законодавстві, так і в медичній практиці.

Зокрема, право виписувати героїн та інші препарати для лікування наркозалежності отримали лише лікарі, які мали спеціальну ліцензію МВС. Більш того, вони були зобов'язані офіційно повідомляти відомості про наркозалежних осіб для їх подальшої реєстрації у картотеці МВС. Для надання спеціалізованої допомоги наркозалежним особам у 1968 році було відкрито окремі клініки, які виконували такі завдання:

- легалізували доступ до наркотиків;
- залучали споживачів героїну до контакту з фахівцями;
- протидіяли незаконному обігу наркотиків;
- зменшували рівень злочинності, пов'язаної з незаконним використанням наркотиків;
- надавали допомогу всім охочим позбавитися від наркозалежності.

Лікарі цих клінік призначали хворим саме ті препарати, які вони вже вживали переважно у вигляді ін'єкцій. Треба зауважити, що вже тоді спостерігався виток препаратів у незаконний обіг як із спеціалізованих клінік, так і від приватних лікарів, які обслуговували значну кількість хворих і вільно призначали їм необхідні препарати.

У цей же час на початку 60- років у США психіатр Марі Нісвандер та дослідник Вінсент Доул на підставі багаторічних спостережень за хворими, які отримували морфін, дійшли висновку що досягти з його допомогою стабілізації стану пацієнтів не вдається, якщо постійно не підвищувати дозу морфіну. Шукаючи вихід з цієї ситуації, вони виявили, що найбільш ефективним замінником морфіну може бути метадон, який, за даними досліджень в галузі знеболювання та детоксикації, за прийому per os демонстрував високу ефективність і впливав на організм хворого тривалий час. Нісвандер і Доул встановили, що за умови підбору для конкретного пацієнта адекватної дози препарату, терапію можна продовжувати протягом значного проміжку часу. Вони розробили програму підтримувальної терапії на основі метадону з одночасною психосоціальною реабілітацією хворих.

Запропонований ними підхід мав принципову відмінність від усіх попередніх. Вони не ставили за мету в будь-який спосіб умотивувати пацієнта не вживати наркотик. Наркозалежність вони розглядали як суто медичну проблему — хворобу — симптоми якої (але не сама хвороба) необхідно усунути шляхом лікування. Причину появи специфічних для наркозалежності симптомів вони вбачали у порушенні метаболічних процесів у опіатній системі головного мозку. Призначення метадону нормалізовувало процеси обміну і призводило до стабілізації фізичного та психічного стану пацієнтів.

В одному з нечисленних тоді рандомізованих контрольованих досліджень, проведеному в 1971–1976 рр. Мітчесоном і Хартноллом було показано, що лікування метадоном, на відміну від терапії героїном, призводить до очевидних позитивних, але інколи неочікуваних результатів. Пацієнти цієї групи, з одного боку, намагалися припинити курс лікування, а з іншого — багатьом з них вдалося досягнути повного утримання від вживання наркотиків. Хворі з контрольної групи залишилися в цілому на тому ж самому рівні вживання героїну. Робота Р. Ньюмена, надрукована у авторитетному журналі «Ланцет» у 1979 році, підтвердила висновки щодо позитивного впливу замісної терапії на стан хворих, зменшення їх кримінальної поведінки до майже повної відмови від неї, налагодження сімейних стосунків та працевлаштування. Після оприлюднення цих результатів працівники наркологічних клінік почали ще більш активно призначати метадон.

Звичайно, що тоді впровадження програм ЗПТ у США, Великобританії та інших країнах відбувалося без тієї гнучкості, яку передбачали розробники. Через це лише деяким програмам вдалося досягти ре-

зультатів, аналогічних отриманим під час наукових експериментів. Головною причиною цього вважається кон'юнктурний підхід до впровадження таких програм, а також надмірна регуляція процесу з боку держави. Яскравим прикладом слугують США, де медичні аспекти та формальний підхід були жорстко взаємопов'язані. Так, пацієнти повинні були відвідувати наркологічну клініку щоденно й приймати там призначену дозу препарату. Обов'язковим був регулярний аналіз сечі на наявність інших наркотичних речовин, і цей аспект підлягав неухильному контролю.

Але, зважаючи на різке збільшення у США кількості героїнових наркоманів, підтримувальна терапія метадоном набувала все більшого поширення. Лише за 2 роки у Нью-Йорку кількість хворих на ЗПТ збільшилась майже в 5 разів, досягнувши 32 тисяч. Також збільшилась кількість пацієнтів реабілітаційних програм, спрямованих на повну відмову від вживання ПАР. З'явилася можливість суттєво поліпшити фізичне здоров'я, соціальний та психологічний стан, зокрема для тих, хто був не в змозі докорінно змінити свій стиль життя.

Розвиток епідемії СНІДу та нова роль підтримувальної терапії. Поява на початку 80-х років нового захворювання — СНІДу, масштаби якого швидко набули характеру епідемії, змусила багато країн змінити своє ставлення до ЗПТ. Досить швидко прийшло розуміння, що ін'єкційне вживання нелегальних наркотиків у багатьох куточках світу, і передусім у Західній Європі, США, Канаді, Австралії, є могутньою рушійною силою епідемії, набагато впливовішою, ніж численні незахищені статеві стосунки між чоловіками та чоловіками і жінками. Досить швидко з'явилися наукові роботи, в яких наводились переконливі аргументи на користь замісної терапії для зниження ризику передачі ВІЛ між споживачами ін'єкційних наркотиків. Водночас, все більшого поширення та прийняття набувала стратегія зменшення шкоди, в якій поряд із програмою обміну шприців провідне місце посіла й ЗПТ.

Програми ЗШ, включно із ЗПТ, отримали політичну підтримку в багатьох країнах світу й у першу чергу там, де епідемія набула швидкого поширення серед СІН. В країнах Західної Європи у 1997 році близько 200 тисяч пацієнтів стали учасниками програм ЗПТ, а в 2008 р. їх нараховувалося вже понад 650 тисяч.

ЗПТ набула поширення й у країнах, де, на перший погляд, взагалі не було ніяких шансів започаткувати її через надто авторитарні політичні режими, абсолютне неприйняття за світоглядними мотивами та неготовність широких верств суспільства. Прикладами таких країн є

Іран, Індія, Індонезія, Китай, Таїланд, а також до певної міри низка країн колишнього Радянського Союзу — Білорусь, Киргизстан, Азербайджан, Грузія тощо.

Суттєву політичну підтримку програмам ЗПТ надали агенції ООН: UNAIDS та ВООЗ, до яких потім приєдналося Управління з наркотиків та злочинності. У 2004 р. вони висловили свою узгоджену позицію стосовно програм ЗПТ.

Особливо важливим моментом стала підтримка узгодженої позиції з боку Управління ООН з контролю за наркотиками та злочинністю, яке раніше досить стримано ставилося до стратегії зменшення шкоди взагалі і до ЗПТ зокрема. Пов'язано це з тим, що історично Управління ставило в центр своєї діяльності боротьбу з незаконним обігом наркотичних засобів та зменшення попиту на них. Медичним аспектам проблеми не приділялося достатньо уваги, і провідну роль у прийнятті будь-яких рішень щодо наркотиків завжди відігравали представники силових структур, які посідали ключові позиції в керівних органах Управління.

Іншою проблемою було замовчування змісту перших двох Конвенцій[5] ООН з протидії незаконному обігу наркотиків (1961, 1971 рр.), що набуло особливого значення в країнах Радянського Союзу. Незаперечним є факт, що реальний зміст цих Конвенцій був невідомий не лише широкому загалу, але й більшості фахівців, зокрема, лікарям та керівникам медичних закладів. Окремі положення цих Конвенцій доводилися до відома громадськості виключно у вигідній для правоохоронних органів інтерпретації про недозволеність використання майже всіх наркотичних засобів у медичній практиці. Повний оригінальний текст Конвенцій був недоступний, а особливо — переклад російською мовою. Лише з розвитком інформатизації суспільства та появою всесвітньої мережі Інтернет з'явилася можливість отримати доступ до цих важливих документів, наведених без купюр і в повному обсязі на офіційних веб-сторінках ООН, в тому числі російською як однією з офіційних мов ООН. Виявилося, що обмеження, про які весь час говорили представники правоохоронних органів існують, але в значно менших масштабах, що уможливлюють використання наркотичних препаратів з лікувальною метою.

---

[5] Конвенція — (лат. conventio — договір, угода) — різновид міжнародного договору, в якому прописані норми є юридично зобов'язуючими для сторін, що підписали цю конвенцію.

Передісторія: Конвенції ООН та їх націленість на «зниження споживання». Три Конвенції ООН та Протокол 1972 року з поправками до «Єдиної Конвенції про наркотичні засоби» 1961 року, є базовими для координації міжнародних зусиль з контролю за наркотиками. Їхній вплив неможливо перебільшити: передбачається, що всі країни, які ратифікували та підписали конвенції (у тому числі всі країни Центральної та Східної Європи і колишнього Радянського Союзу) включать ці положення у своє національне законодавство. Поза всяким сумнівом, у наміри політиків ООН і керівників національних урядів не входило перешкоджати зусиллям, спрямованим на адекватну боротьбу з епідеміями інфекційних хвороб у цілому. Проте, з поширенням епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, особливо в країнах, де вживання ін'єкційних наркотиків відіграє істотну роль в передачі ВІЛ, реалізація цих Конвенцій призвела до непередбачуваних наслідків. Багато міжнародних організацій, фахівців, громадських діячів та політиків вважають, що велика частка провини за неймовірні темпи поширення ВІЛ-інфекції лежить на конвенціях про боротьбу з наркотиками і на урядах, які використовували застарілі й неадекватні ситуації шляхи втілення цих конвенцій.

Першою конвенцією була «Єдина Конвенція про наркотичні засоби» 1961 року. У центрі її уваги обмеження доступу до тих наркотичних засобів, які визначаються як «небезпечні»; Конвенція також обумовлює, що речовини, наведені в Переліку препаратів №1, належать до найбільш обмежуваної категорії і можуть бути використані тільки для «медичних і наукових цілей». Серед препаратів Переліку перебувають кокаїн та опіати, в тому числі морфін, героїн та метадон.

Заслуговує на увагу ст.38 Конвенції, де сказано (мова оригіналу):

Статья 38. Обращение с наркоманами.

1. *Стороны уделяют особое внимание созданию условий для лечения наркоманов, заботе о них и восстановлению их трудоспособности.*
2. *Если для какой-нибудь Стороны наркомания представляет серьезную проблему и ее экономические ресурсы позволяют ей это сделать, то желательно, чтобы эта Сторона обеспечила надлежащие условия для эффективного лечения наркоманов.*

Десять років потому в 1971 році в «Конвенції про психотропні речовини» було подано ширше визначення поняття «зловживання наркотиками» для включення, наприклад, метамфетамінів в перелік речо-

вин, які підлягають забороні. Зміст статті 38 Конвенції 1961 року змінено у вигляді ст. 20 (наводиться нижче мовою оригіналу):

Статья 20. Меры против злоупотребления психотропными веществами

1. *Стороны принимают все возможные меры, направленные на предотвращение злоупотребления психотропными веществами и на раннее выявление, лечение, воспитание, восстановление трудоспособности, возвращение в общество соответствующих лиц и на наблюдение за ними после окончания ими лечения, а также координируют свои усилия для достижения этих целей.*
2. *Стороны содействуют, насколько это возможно, подготовке кадров для лечения, восстановления трудоспособности и возвращения в общество лиц, злоупотребляющих психотропными веществами, а также для наблюдения за ними после окончания ими лечения.*
3. *Стороны содействуют ознакомлению лиц, которым это необходимо по работе, с проблемами злоупотребления психотропными веществами и его предотвращения, а также способствуют ознакомлению с этими проблемами населения в случае, если есть опасность того, что злоупотребление этими веществами приобретет широкие размеры.*

Стаття 15 Протоколу 1972 року доповнила Статтю 38 Конвенції 1961 року. У доповненому вигляді Стаття 38 (1) вимагає, щоб Сторони приділяли окрему увагу та вдавалися до всіх можливих на практиці заходів для запобігання зловживанню наркотиками, та «…для лікування …осіб, які зловживають ними…»

Третя велика міжнародна угода про наркотики, «Конвенція про боротьбу проти незаконного обігу наркотичних засобів і психотропних речовин» 1988 року, вважається найсуворішою з усіх трьох угод. Вона, посилаючись на попередні конвенції, наполягає на тому, щоб кожна країна, що підписалася, «вжила заходів, які можуть бути потрібні з тим, щоб визнати кримінальними злочинами згідно зі своїм законодавством дії, коли вони здійснюються навмисно…», зокрема, зберігання або купівлю наркотичних речовин. Оскільки формулювання «вжити заходів…» є занадто розпливчастим, при розробці національного законодавства воно може бути інтерпретоване в різний спосіб. В результаті уряди багатьох країн продемонстрували готовність піти найпростішим шляхом, використовуючи репресивну антинаркотичну політи-

ку, яка є потенційно шкідливою для всіх індивідуумів, а не тільки для споживачів наркотиків.

Уряди заявляють, що вони змушені приймати ці заходи для того, щоб дотримуватися конвенції і відповідної резолюції ООН від 1998 року. На спеціальному засіданні Генеральної Асамблеї ООН країни-учасниці ще раз схвалили зміст цих трьох конвенцій і домовилися працювати над досягненням «суттєвих і вимірних результатів» в зниженні споживання незаконних наркотиків до 2008 року (офіційною метою вважається зниження споживання на 50 %). Більшість незалежних спостерігачів виступило з критикою встановленого строку як нереалістичного, а нереалістичні цілі неминуче ведуть до таких стратегій, які хоча й приречені на невдачу, є драконовими.

Спостерігаються суттєві розбіжності у тому, як інтерпретуються конвенції і як формулюється політика. Так, наприклад, незважаючи на те, що конвенції нібито дозволяють вельми обмежені виключення з Переліку препаратів №1, метадон широко використовується для замісної терапії в багатьох країнах, які підписали конвенції, як основний засіб лікування героїнової залежності. В інших державах метадон є незаконним за будь-яких умов, включно із замісною терапією, і політики виправдовують це нормативними положеннями конвенцій.

Але насправді, в Конвенціях ані 1961, ані 1972 року, немає нічого, що б говорило про порушення відповідних статей програмами метадонової підтримувальної терапії. Таке тлумачення ухвалила Міжнародна комісія з контролю за обігом наркотиків (INCB), орган ООН, якому надано мандат юридичного гаранта Конвенцій ООН 1961, 1971, 197 2 та 1988 рр. У Річному звіті за 2003 рік Міжнародна комісія з контролю за наркотиками (INCB) зробила такі коментарі:

«Багато Урядів обрали ситуацію на користь замісного та підтримувального лікування як однієї з форм медичного лікування наркозалежних осіб, коли для конкретної мети лікування лікар приписує наркотичний препарат з подібною до препарату залежності дією, але з більш низьким ступенем ризиків. Хоча результати лікування залежать від багатьох факторів, його реалізація не становить будь-якого порушення положень угоди, незалежно від того, який препарат (речовина) може використовуватися для такого лікування відповідно до встановленої традиційної національної медичної практики. Комісія, протягом багатьох років і відповідно до свого мандату і системи оцінки Конвенції 1961 року, обговорила й підтвердила кількість препарату, що Уряди потребували для досягнення такої мети. Як і у випадку з кон-

цепцією медичного використання, лікування не визначається угодою; таким чином, сторони й Комісія мають деяку ступінь гнучкості» (Джерело: Report of the International Narcotics Control Board for 2003 (2004), INCB, United Nations. pp. 36–37, paragraph 222).

Без сумніву, в конвенціях ООН та політичній декларації Спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН від 1998 року містяться деякі фрази, які можуть бути витлумачені як розуміння сучасного стану проблем з поширенням наркотиків, зв'язку їх вживання та поширенням ВІЛ, навіть співчуття до споживачів наркотиків. Комісія ООН з наркотичних засобів (КНЗ) зробила ще один крок у травні 2002 року, коли прийняла резолюцію щодо ВІЛ-інфекції та споживання наркотиків, яка «заохочує країни-учасниці здійснювати і зміцнювати зусилля для підвищення усвідомлення зв'язків між вживанням наркотиків і поширенням ВІЛ, гепатиту С та інших парентеральних вірусів» і «заохочує їх до подальшого розгляду потенційного впливу на поширення цих захворювань при розробці, реалізації та оцінці політики та програм, спрямованих на зниження попиту і пропозиції незаконних наркотиків...». Але проблема полягає в тому, що резолюції та політичні декларації не закріплені в міжнародному законодавстві, а в чинних конвенціях таких чітких пояснень немає й самі конвенції досі залишаються не оновленими. Перші дві були прийняті, коли епідемії ВІЛ ще навіть не було. Третя угода набула чинності в епоху СНІДу, але до вибухового зростання споживання ін'єкційних наркотиків в багатьох частинах світу. Досі ні КНЗ, ні UNODC (офіційно відомий як «Управління ООН з боротьби з наркотиками і злочинністю») не запропонували переглянути й доопрацювати жодну з конвенцій для кращого відображення незліченної кількості економічних, культурних, соціальних і медичних проблем, які, найімовірніше, заважають більшості країн досягти мети щодо зниження споживання. Без належної ревізії конвенції залишаються ворожими по відношенню до споживачів наркотиків.

До історії впровадження замісної терапії в Україні. Питання необхідності застосування замісної терапії метадоном в Україні набуло актуальності в середині 90-х років, коли протягом 1995 року відбулося вибухоподібне поширення ВІЛ серед СІН, які посіли провідне місце серед загальної кількості хворих на ВІЛ-інфекцію.

Зважаючи на принципові зміни в епідемічній ситуації, у жовтні 1995 року за ініціативи Національного Комітету боротьби із захворюванням на СНІД при Президентові України і за технічної допомоги ВООЗ було проведено першу в історії України незалежну зовнішню

оцінку державної політики в сфері профілактики СНІДу та наркоманії. Одним із завдань місії було надання рекомендацій Уряду України щодо удосконалення політики та стратегії в сфері профілактики та лікування СНІДу, включно з пропозиціями, пов'язаними зі зростаючою проблемою наркоманії та її впливу на розвиток епідемії ВІЛ/СНІДу. Звіт міжнародної експертної місії був оприлюднений на спеціальному засіданні колегії Національного комітету спільно з представниками Адміністрації Президента України, керівниками Кабінету Міністрів, представниками міністерств та відомств — виконавців Національної Програми профілактики СНІДу.

Місія констатувала недостатню цільову спрямованість і ефективність превентивних заходів щодо ВІЛ-інфекці/СНІДу в Україні, зазначивши, що групи населення, які мають найбільший ризик бути ураженими ВІЛ, залишаються поза увагою. Місія рекомендувала Уряду України розглянути можливість запровадження в країні стратегії зменшення шкоди, включаючи програми обміну шприців та замісну терапію метадоном.

На проведеній 19–20 грудня 1995 року п'ятій сесії Національного Комітету боротьби із захворюванням на СНІД при Президентові України рекомендації міжнародної місії було обговорено серед широкого кола запрошених фахівців, в тому числі головних лікарів обласних наркологічних диспансерів.

В рішенні сесії, зокрема, зазначалося, що:

«Чинне законодавство України не сприяє налагодженню продуктивних стосунків та співпраці між ними (особами, які вживають наркотики) та представниками державних установ. Не приділяється належної уваги потенційно високим можливостям залучення до профілактичної роботи з хворими на наркоманію неурядових організацій. Заходи запобігання передачі ВІЛ серед ін'єкційних наркоманів, передбачені в Національній програмі профілактики СНІД в Україні на 1995–1997 рр., є вже недостатніми і такими, що не забезпечують належного рівня превентивної діяльності. Повільно запроваджується досвід інших країн щодо профілактичної роботи безпосередньо з представниками груп ризику зараження ВІЛ.»

Пункт 6 рішення сесії зазначав:

«Підтримати ініціативу Міністерства охорони здоров'я України про проведення експериментально-клінічного дослідження реабілітаційного значення та умов упровадження метадонових програм в Україні». Таким чином, відлік часу, відведеного на становлення та практич-

не впровадження програм ЗПТ в Україні, слід вести від дати 20 грудня 1995 року.

Протягом наступного 1996 року епідемія ВІЛ-інфекції серед СІН набирала обертів. В Одесі за допомоги UNAIDS розпочався перший в країні проект з обміну шприців, пізніше він був поширений на Миколаївську, Полтавську та Київську області. Але впровадження замісної терапії загальмувалось. Протягом року країною прокотилася хвиля негативних публікацій у ЗМІ, посилився опір правоохоронців, МОЗ зайняло пасивну позицію, а Комітет та його керівництво звинувачували у спробі «підсадити» населення країни на метадон і т.п. Все це призвело до того, що з рішення шостої (і останньої за часів існування Національного Комітету) сесії зникли будь-які згадування про ЗПТ. Перепідпорядкування у 1997 році Національного Комітету Міністерству охорони здоров'я з подальшим його розформуванням відклало практичне вирішення цього питання на довгі 7 років.

Заради історичної справедливості треба зазначити, що дві наступні програми профілактики ВІЛ/СНІДу на 1999–2000 та 2001–2003 роки, затверджені відповідними постановами Кабміну, передбачали започаткування ЗПТ.

Так програма 1999–2000 рр. (п. 28) зобов'язувала МОЗ, Академію медичних наук та Міністерство науки «…Розробити базові профілактичні підходи, спрямовані на зменшення шкоди від вживання наркотиків, організацію різного роду замісної терапії на основі препаратів, що впливають на рецептори опіатної системи мозку, та вивчити питання запровадження її в закладах охорони здоров'я» з терміном виконання 1999 рік.

Зазначена програма і дотепер залишається єдиним документом такого типу, в якому було заплановано здійснення комплексу заходів, спрямованих не лише на профілактику й лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу, але й на вдосконалення законодавства в сфері профілактики наркоманії, наукових досліджень з проблем лікування та реабілітації хворих на наркоманію, міжнародну співпрацю та обмін досвідом у цій сфері. Частину заходів програми було реалізовано, але пункт про впровадження ЗПТ так і не був виконаний.

Наступну програму на 2001–2003 рр. було присвячено виключно проблемам ВІЛ-інфекції/СНІДу. Замісна терапія знову згадується у п. 36 Програми, де передбачено її впровадження з метою «…зменшення ризику інфікування споживачів ін'єкційних наркотиків ВІЛ та збудниками інших трансфузійних інфекцій».

Це положення отримало підтримку в рішенні спільного засідання Урядової комісії з питань боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом та розширеної колегії МОЗ України 30.11.2001 р., за участі Виконавчого директора UNAIDS д-ра Пітера Піота, представників облдержадміністрацій, керівників управління охорони здоров'я (УОЗ) усіх областей, головних державних санітарних лікарів, керівників центрів СНІДу, вчених, громадськості. Відповідно до нього МОЗ України та місцевим адміністраціям доручалося «…сприяти запровадженню сучасних програм лікування та психосоціальної реабілітації хворих на наркоманію із застосуванням замісної терапії неін'єкційними препаратами».

Але виконання Програми 2001–2003 років в частині ЗПТ і вищезазначеного рішення так і не розпочалося. Разом з тим, слід зазначити, що згадування замісної терапії в державних документах різного рівня, невиконання відповідних заходів, постійне погіршення епідемічної ситуації завдяки «внеску» СІН створили-таки критичну масу інформації та спонукали державні структури до належних дій.

Знову до ідеї ЗПТ повернулися наприкінці 2003 року, коли 1 грудня у Всесвітній День боротьби зі СНІДом у Верховній Раді України відбулися парламентські слухання на тему «Соціально-економічні проблеми ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму в Україні та шляхи їх розв'язання». За результатами слухань Верховна Рада України 3 лютого 2004 року окремою постановою за № 1426-IV схвалила рекомендації слухань і, зокрема, п.12 рекомендувала Кабінету Міністрів України «…з метою прискорення повноцінного впровадження в широку практику замісної терапії як одного з методів лікування наркотичної залежності та реального механізму зменшення ризику поширення ВІЛ-інфекції через середовище ін'єкційних наркоманів і зменшення нелегального попиту на наркотики, ефективність якого підтверджено світовим досвідом, доручити відповідним міністерствам та відомствам:

- прискорити розробку, затвердження та направлення на місця відповідних офіційних інструктивних матеріалів;
- започаткувати спеціальну професійну підготовку фахівців, необхідну для ефективного запровадження зазначеного методу лікування наркотичної залежності;»

На виконання рекомендацій парламентських слухань МОЗ України видало наказ № 438 від 31.08. 2004 року, який затвердив відповідний план заходів. Пункт 10.3 цього плану передбачав забезпечення впровадження пілотних програм замісної терапії для лікування та соціальної реабілітації осіб з наркотичною залежністю.

Базуючись на рекомендаціях парламентських слухань, наказі МОЗ України № 438 Програма Розвитку ООН в Україні у співпраці з МОЗ України та фахівцями м. Києва та м. Херсона розробила і почала впроваджувати перший в Україні пілотний проект щодо ЗПТ із використанням сублінгвального бупренорфіну. Проект «Права людини в дії» здійснювався в рамках комплексної програми ПРООН «Лідерство — запорука успіху» і його рушійними силами були І. Гришаєва (керівник проекту) та С. Дворяк (експерт проекту), які на той час працювали у ПРООН. ЗПТ отримували майже 100 хворих в обох містах. Успішним впровадженням цього пілотного проекту було покладено початок лікування наркозалежних осіб в країні за допомогою сублінгвального бупренорфіну.

Важливою віхою на шляху впровадження ЗПТ став візит до України у 2004 році представницької міжнародної місії від трьох провідних агенцій ООН — ВООЗ, UNAIDS та ЮНОДК для незалежної оцінки можливостей та потреб України у ЗПТ. Висновки місії було покладено в основу розробки подальших планів щодо ЗПТ, в першу чергу за допомогою Глобального Фонду для боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією. Подальше розширення і впровадження замісної терапії в Україні нерозривно пов'язане з наданням Україні гранту Глобального Фонду для боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією. Відповідно до взятих на себе зобов'язань Україна розпочала підготовку до впровадження програми ЗПТ, провідну роль в якій відігравав МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» як один з основних реципієнтів гранту Глобального фонду. Практичне впровадження ЗПТ із застосуванням метадону розпочалося у 2008 році. За три роки (2008–2010) масштаби ЗПТ зросли неймовірно швидко, враховуючи політичні інтриги та спекуляції в засобах масової інформації та суспільстві в цілому щодо цієї проблеми, негативне ставлення до неї правоохоронних органів та значної частини населення, включно з фахівцями-наркологами та вченими.

Тема 5. Економічна доцільність та ефективність ПТАО в профілактиці інфікування ВІЛ та іншими інфекціями

Згідно з даними Американської асоціації лікування опіоїдної залежності (AATOD), ПТАО є найкраще вивченим методом лікування, включно з економічною складовою процесу.

Порівняння економічного ефекту лікування і нелікування опіоїдної залежності. Напевно, через неоднозначне ставлення суспільства до призначення наркозалежним наркотичних препаратів жоден із методів лікування не вивчався настільки ретельно. Проведено безліч досліджень за різноманітними методиками. Порівнювалася ефективність ПТАО з іншими методами лікування й різні варіанти самих програм ПТАО. У 1991 році в Нью-Йорку було проведено порівняльний аналіз двох груп: одна група отримувала метадон, інша не отримувала ніякої терапевтичної допомоги. Кількість осіб, які отримували метадон і перестали вживати героїн, утричі перевищувала кількість тих, хто облишив героїн, у другій групі. У США, Гонконзі й Швеції було проведено дослідження, в якому ефективність терапії метадоном оцінювалася шляхом порівняння стану здоров'я тих, хто вживав метадон, та тих, хто не отримував жодної терапії. Після року спостережень з'ясувалося, що особи, які не лікувалися, у 97 разів частіше вживали героїн і в 53 рази частіше потрапляли до в'язниці, аніж ті, які лікувалися.

Для чого потрібна оцінка ефективності?

1. Для контролю процедури та результатів з метою отримання системних даних, які будуть аргументами під час прийняття рішень.
2. Щоб за допомогою об'єктивних інструментів (карти спостережень, анкети, лабораторні тести) стандартизувати процес лікування.
3. Для відбору найбільш ефективних програм.
4. Щоб визначити оптимальний обсяг допоміжних послуг.

Необхідно зазначити наслідки слабкої доказовості, які зустрічаються в російській та українській наркології:

1. Домінування наукоподібного декорованого «шаманства» в наркологічній практиці;
2. Поширеність науково незабезпечених («недоказових») методів у стандартах надання наркологічної допомоги й інших нормативних документах (методичних рекомендаціях, посібниках для лікарів);

3. Нехтування методами терапії, ефективність яких була показана в строгих доказових дослідженнях за кордоном (наголос власного шляху);
4. Велика кількість публікацій, що не відповідають критеріям доказовості й науковості, в наукових журналах.

Оцінювання ефективності ПТАО для окремих осіб визначається певними показниками, а саме:

– зниженням кількості споживаного наркотика та інших ПАР і відмова від ін'єкцій;
– поліпшенням соматичного статусу, зменшенням соматичних ускладнень;
– поліпшенням психічного статусу, корекцією супутніх психічних розладів, у т.ч. непсихотичних;
– поліпшенням правових стосунків пацієнтів;
– придбанням навичок соціальної взаємодії;
– поліпшенням в сфері трудової зайнятості й професійної підготовки.

На економічну ефективність ПТАО впливають:

– зменшення кількості екстрених випадків госпіталізації;
– зменшення рівня поширення ВІЛ та інших інфекційних захворювань;
– зниження витрат з виплати соціальної допомоги;
– зменшення витрат у системі кримінального правосуддя.
– підвищення рівня суспільної безпеки, тобто зниження травматизму, ДТП, пожеж, що виникають з вини споживачів наркотиків тощо;

Економічні вигоди від впровадження ПТАО. Деякі дослідження демонструють, що ефективність програм ПТАО проявляється у вигляді зниження на: 64,0 % випадків крадіжок майна; 54,0 % загальних випадків арешту; 63,0 % випадків арешту у зв'язку з наркотиками; 65,0 % випадків відвідування пунктів надання невідкладної допомоги; 59,0 % випадків госпіталізації в стаціонари соматичного профілю; 55,0 % випадків психіатричної госпіталізації. Встановлено, що кожний долар, витрачений на лікування, дозволяє заощаджувати 4–5 доларів у сфері боротьби зі злочинністю (карне правосуддя). 1991 року Департамент з питань залежності міста Нью-Йорк здійснив оцінку щорічних витрат на утримання людини з опіоїдною залежністю в Нью-Йорку без лікування. Виявилося, що витрати становлять: на вулиці -$ 43 000, у в'язниці — $ 43 000, у стаціонарних реабілітаційних програмах- $ 11 000, у програмах ПТАО — $ 2 400.

Деякі переваги лікування ПТАО не пов'язані безпосередньо із застосуванням препаратів. Програми лікування привабливі для пацієнтів самі по собі, тому що дозволяють їм підтримувати контакт з установами, які пропонують інші послуги, як-от обмін шприців, консультування, соціальні послуги тощо.

Підсумки досліджень різних варіантів ПТАО можна звести до кількох основних положень.

1. Програми ПТАО виявляють значну ефективність у зниженні частоти вживання нелегальних наркотиків, рівня кримінальної активності та рівня смертності серед СІН (у тому числі і від передозувань), а також у зниженні рівня ВІЛ-інфікування.
2. Тривале лікування більш ефективне, ніж короткі курси.
3. Низькі дози метадону призводять до підвищеного ризику вживання нелегальних наркотиків і рецидивів.
4. Більш ефективними виявляються програми, що поєднують ПТАО з широким спектром додаткових послуг (соціальна допомога, допомога психолога, консультування інших фахівців, полегшений доступ до інших видів медичної та соціальної допомоги).
5. Утримання клієнтів у програмі підтримувальної терапії мета доном становить 60–70 %, що значно вище від аналогічного показника в безнаркотичних формах реабілітації (drug free programs).
6. Підтримувальне лікування помітно привабливіше для більшості СІН, ніж програми реабілітації, в основі яких лежать інші підходи.
7. ПТАО демонструє значну економічну ефективність, що перевершує всі інші види лікування. Це робить її доступнішою для максимальної кількості СІН навіть у країнах з обмеженими ресурсами. Сама вартість препарату дуже низька. Так, наприклад, вартість метадону для річного курсу лікування одного пацієнта може становити 80–100 доларів США.

Однак ПТАО має і свої обмеження. Насамперед, сьогодні вона придатна лише для споживачів опіатів і неефективна у випадку залежності від інших наркотиків (кокаїну, амфетамінів, галюциногенів, барбітуратів).

Повний аналіз економічної ефективності має відображати вплив ПТАО на відповідні медичні витрати. Обов'язковим у розрахунках економічної ефективності є розрахунок витрат на супутні захворювання, які пов'язані із опіоїдною залежністю (ВІЛ, гепатит, ендокардит, передозування, інфекції м'яких тканин тощо.).

Ефективність ПТАО зростає залежно від тривалості участі пацієнта в програмі.

Економічні висновки: використовуючи методи аналізу економічної ефективності для оцінки вартості медичного обслуговування можна стверджувати, що розширення програм ПТАО потребує менших витрат, ніж інші поширені лікувальні програми (детоксикації та реабілітації). Зниження ризику зараження ВІЛ-інфекцією обумовлює економічну вигідність програм ПТАО, попри наявність у деяких пацієнтів побічного ефекту лікування.

Тема 6. Інформована згода при ПТАО, основи взаємин лікаря та пацієнта в процесі лікування

Загальні організаційно-правові питання інформованої згоди. Питання інформованої згоди на медичне втручання є наріжним каменем усієї системи юридичного забезпечення медичної діяльності. Воно пов'язане з юридичним підтвердженням згоди пацієнта на будь-яке медичне втручання, що б це не було — медичний експеримент, штучне переривання вагітності чи видалення червоподібного відростка (апендикса). Про вагу і значення цього питання говорить увага законодавця – на сьогодні більшість нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я, що стосуються як загальних, так і спеціальних питань медицини, містять положення про інформовану згоду.

Кожна людина має право на свободу вибору в багатьох сферах суспільних відносин. У сфері охорони здоров'я для пацієнта — людини, що звернулась за медичною допомогою, законодавством передбачена можливість вибору методів діагностики та лікування (або відмова від них). Тим самим підкреслюється важливість рівноправної участі пацієнта в лікуванні свого захворювання.

Інформована згода є одночасно й фактором реалізації прав пацієнта при отриманні медичної допомоги, і засобом профілактики виникнення юридичних конфліктів. Як українські, так і міжнародні, як юридичні, так і морально-етичні документи, що стосуються питань медичної діяльності, містять положення щодо інформованої згоди на медичне втручання.

З погляду медичного права під інформованою згодою на медичне втручання варто розуміти добровільне, компетентне прийняття пацієнтом запропонованого варіанта лікування, що ґрунтується на одержанні ним повної, об'єктивної й всебічної інформації з приводу майбутнього лікування, його можливих ускладнень і альтернативних методів.

У нашій країні тривалий час одержання згоди на здійснення того або іншого виду діагностики, лікування не розглядалося як юридично необхідна дія й на практиці застосовувалося рідко. Звичайно, сам факт звернення громадянина в лікувально-профілактичну установу свідчив про його згоду на той або інший метод лікування. Однак, інформування не було обов'язком медичного працівника. Заради справедливості слід зазначити, що історично сформований патерналістський тип взаємин між лікарем і пацієнтом обумовлював низький рівень зацікавленості пацієнта в одержанні такої інформації. Йшлося про довіру до лікаря як до фа-

хівця. Багато в чому така тенденція зберігається дотепер, багато пацієнтів (до 60,0 %, за даними різних дослідників) не прагнуть використовувати надане їм право на одержання інформації про медичне втручання, а покладаються на знання, уміння, навики і професіоналізм лікаря.

Відповідно до ч. 1 ст. 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я громадян інформована добровільна згода є необхідною попередньою умовою медичного втручання. Це положення знайшло своє відображення і у ст. 284 Цивільного Кодексу України, де передбачено, що надання медичної допомоги фізичній особі, яка досягла 14 років, провадиться за її згодою (ч. 3), а повнолітня дієздатна фізична особа має право відмовитись від лікування (ч. 4).

З позицій сучасного розвитку медичного права можна сформулювати основні організаційно-правові принципи інформованої згоди. До них належать:

1. Інформована згода — це право пацієнта й обов'язок медичного працівника, що здійснює медичне втручання.
2. Інформовану згоду необхідно отримувати на будь-який варіант медичного втручання, починаючи від виміру артеріального тиску, включаючи сеанс гіпнозу і закінчуючи багатогодинною складною хірургічною операцією.
3. Одержання інформованої згоди свідчить про повагу до прав і законних інтересів пацієнта.
4. Інформована згода обумовлює активну участь самого хворого в процесі лікування.
5. Завдяки інформованій згоді підвищується ступінь відповідальності лікаря при наданні медичної допомоги.

Критерії правомірності інформованої згоди. З методологічної точки зору досить важливо визначити ті критерії, наявність яких свідчить про правомірність одержання інформованої згоди на медичне втручання. З огляду на нормативні правові визначення, а також використовуючи загальні принципи медичного права, можна виділити такі критерії правомірності згоди пацієнта на медичне втручання:

1. Інформованість
2. Добровільність
3. Компетентність.

Під **інформованістю** розуміють надання лікарем перед медичним втручанням пацієнтові інформації про суть майбутнього втручання. Відповідно до загальної універсальної структури інформованої згоди надана медиком інформація повинна містити відомості про:

– стан здоров'я пацієнта;
– результати проведеного обстеження;
– діагноз захворювання;
– мету медичного втручання;
– тривалість медичного втручання;
– прогноз захворювання з лікуванням і без нього;
– наслідки медичного втручання;
– методи лікування даного захворювання; і
– ризик майбутнього медичного втручання;
– права пацієнта й основні способи їх захисту.

Добровільність як другий необхідний критерій інформованої згоди на медичне втручання означає прийняття пацієнтом рішення за відсутності будь-яких зовнішніх факторів, що свідчили б про не добровільність такої згоди. Слово «добровільна» підкреслює, що таке рішення не може бути результатом зовнішнього примусу чи результатом активного переконання будь-кого (навіть лікаря) у необхідності певного спрямування дій. Воно не повинно бути результатом активного впливу волі іншої людини, але має бути лише результатом особистого вибору, що ґрунтується на повній інформації про ситуацію. Серед основних причин, які впливають на добровільність інформованої згоди, необхідно зазначити:

– примус до згоди шляхом погроз;
– психологічний тиск з боку родичів, інших осіб;
– службова залежність;
– тиск із боку медичного персоналу.

Під **компетентністю** інформованої згоди розуміють ухвалення рішення в умовах дійсно наявних і зрозумілих для пацієнта знань про майбутнє медичне втручання. По суті, це здатність пацієнта приймати рішення. Безумовно, усі пацієнти мають різний рівень пізнань у сфері медицини. Відомий вислів про те, що кожен хворий — професор своєї хвороби, не може бути прийняте за основу при розв'язанні проблеми надання інформації щодо конкретного захворювання, операції, діагностичної процедури.

Форми вираження інформованої згоди. Всі пропозиції на цей рахунок зводяться в основному до двох варіантів: усного і письмового.

Перевагами письмової форми інформованої згоди на медичне втручання є:

– юридично більш грамотний варіант як для ЛПЗ, так і для пацієнта при доведенні правильності своєї позиції в ході можливих судових розглядів;

– пацієнт має можливість без поспіху, спокійно прийняти рішення після уважного вивчення формуляра інформованої згоди;
– підвищується рівень мотивації медичних працівників при складанні формуляра інформованої згоди й при проведенні лікування;
– дисциплінує лікарів при здійсненні медичного втручання.

Таким чином, «мінімальний стандарт» інформації, про яку йдеться вище, повинен відповідати таким вимогам:

– єдиний для даного виду медичного втручання зразок документа;
– друкована форма;
– збереження копії документа у пацієнта та в лікувальній установі.

Відповідно до рекомендацій ВООЗ, при лікуванні осіб з опіоїдною залежністю слід дотримуватися етичних принципів та прав людини. Рішення, що стосуються лікування, повинні ґрунтуватися на загальноприйнятих принципах етики медичної допомоги: надання рівноправного доступу до лікування й психосоціальної підтримки, що якнайповніше задовольняє потреби конкретного пацієнта. Невід'ємною складовою при наданні допомоги пацієнтам у програмах ПТАО є інформована згода пацієнтів на лікування. Цей документ є в певному сенсі юридичною базою для побудови взаємин між пацієнтами й персоналом.

Основні вимоги щодо надання інформованої згоди пацієнтів для участі в програмах ПТАО:

1. учасники програми повинні бути повнолітніми, щоб давати усвідомлену згоду;
2. інформована згода укладається у письмовому вигляді;
3. повне охоплення всіх аспектів згоди, а саме: згода на участь, згода на доступ до записів, згода на надання інформації третім сторонам, культурна прийнятність і т. ін.;
4. інформація про даний вид терапії має подаватися учасникам зрозумілою для пацієнта мовою (а саме: інформація про характер, мету терапії, можливі ризики участі, користь від участі, джерела фінансування, конфіденційність, можливості використання й повідомлення відповідної інформації);
5. учасника необхідно поінформувати, за яких обставин можливе порушення конфіденційності терапії.

Необхідність підписання документу про інформовану згоду випливає також з потреби забезпечити розподіл відповідальності за лікувальний процес. Так, у програмах ПТАО пацієнт бере на себе відповідальність за:

1. дотримання встановлених правил лікувальної програми;

2. прийом медикаментозної терапії (метадону, бупренорфіну, ВААРТ);
3. контроль над власною поведінкою на території;
4. виконувати вимоги персоналу щодо лабораторних досліджень;
5. періодичне тестування на наявність наркотиків у сечі;
6. виконання рекомендацій персоналу ЛПЗ.

Персонал лікувальної установи бере на себе відповідальність за:

1. надання конкретних медичних та інших (наприклад, соціальних) послуг;
2. своєчасне інформування про призначувані ліки, можливість передозування, побічні ефекти;
3. інформування про умови участі в лікуванні й виключення з лікувальної програми;
4. дотримання конфіденційності тощо.

Поділ відповідальності за результати лікувального процесу веде до того, що:

1. пацієнт довіряє інформації, отриманій від лікаря, співпрацює з персоналом у створенні й здійсненні лікувального плану;
2. лікар аналізує проблеми пацієнта, проводить науково обґрунтоване лікування, з повагою ставиться до пацієнта.

Орієнтуючись на зміст інформованої згоди, пацієнт має можливість зрозуміти, що складений лікувальний план надання йому медичної допомоги буде:

1. відповідати його очікуванням, соціальним нормам й особистісним потребам;
2. визначати роль і завдання персоналу (лікаря, медичної сестри, соціального працівника) у здійсненні лікувального плану;
3. забезпечувати спілкування персоналу з пацієнтом на основах конструктивного партнерства.

Нижче наведено приклад інформаційного листка програми ПТАО.

Вступна частина. Вам пропонується брати участь у програмі ПТАО для лікування опіоїдної залежності.

Ваша участь у програмі повністю добровільна, й Ви в будь-який час можете від неї відмовитися. Перш ніж погодитися, будь ласка, уважно ознайомтеся з інформацією, що вміщується в цьому листку, і не соромтеся задавати працівникові лікувальної установи будь-які питання, якщо вони у Вас виникнуть.

Короткий опис програми. Ціль програми — щоденний прийом препаратів ПТАО для лікування порушень, пов’язаних з уживанням екс-

тракту макової соломки, героїну, або інших «вуличних» опіоїдів. Препарати ПТАО (метадон, бупренорфін) – це синтетичні або напівсинтетичні опіоїди, які мають агоністичні (тобто подібні до морфіну й інших опіатів) і антагоністичні (бупренорфін) властивості (тобто блокують деякі види опіатних рецепторів).

З медичної точки зору ПТАО має на меті:

1. не допустити розвиток у пацієнта синдрому відміни («ломки»);
2. підтримувати стабільний стан фізичного комфорту пацієнта й знімати потяг до нелегальних опіоїдів;
3. блокувати ефекти «вуличних» опіоїдів.

Зазвичай пацієнти приймають препарати ПТАО щодня в години роботи клініки в присутності медсестри. Якщо призначені таблетки бупренорфіна, то пацієнт повинен перебувати в кабінеті до їхнього повного розчинення. Медсестра може попросити Вас відкрити рот, щоб переконатися, що таблетки розчинилися.

Під час програми медперсонал збиратиме інформацію про стан Вашого здоров'я, рівень добробуту, ризики появи шкідливих наслідків, викликаних уживанням наркотиків, а також про ризиковану поведінку стосовно передачі вірусів, які переносяться з кров'ю. У процесі лікувальної програми Вам також можуть запропонувати здати сечу на наявність наркотиків й інших лікарських препаратів у Вашому організмі.

Метадон і бупренорфін на етапі індукції можуть впливати на швидкість реакції й здатність швидко приймати адекватне рішення, тому в цей період не рекомендується водити автотранспорт і виконувати іншу роботу, що вимагає швидкої реакції, точності рухів, а також працювати на висоті.

Конфіденційність. ПТАО передбачає медичну реєстрацію пацієнтів, для чого потрібні документи, що посвідчують особу. Проте відомості про лікування можуть бути надані стороннім особам та організаціям тільки за Вашою письмовою згодою. Виключенням є передбачені законом випадки офіційних запитів суду й слідчих органів, а також необхідності надання Вам термінової медичної допомоги, якщо Ви перебуваєте стані втрати свідомості.

Абсолютно заборонено під час перебування в ЛПЗ або в безпосередній близькості від нього:

1. будь-які прояви агресії (як словесної, так і фізичної) щодо персоналу, пацієнтів і громадян, які мешкають по сусідству з ЛПЗ;
2. вживання спиртних напоїв, нелегальних наркотиків або інших психотропних засобів;
3. мати при собі холодну або вогнепальну зброю;
4. погрожувати персоналу як у закладі, так і поза його межами;
5. намагатися винести метадон / бупренорфін із кабінету ЗПТ;
6. шуміти поблизу закладу, створюючи проблеми для інших громадян;

7. здійснювати торгівлю й обмін ПАР, наркотиками або прекурсорами.

За порушення цих правил Ви можете бути виписані до закінчення лікування.

Інша інформація. Оскільки Ваша участь у програмі повністю добровільна, Ви можете відмовитися від участі в ній у будь-який час. Ухвалене рішення не брати участь у програмі не відіб'ється на наданні лікувальної допомоги, що Вам може бути показана в цей час або в майбутньому. Ви можете задавати питання про цю програму в будь-який час.

Стигматизація і дискримінація пацієнтів, залежних від ПАР. Окремою й важливою проблемою, що виникає при роботі з пацієнтами, залежними від ПАР, є їхня стигматизація.

Стигматизація (від грецької «ярлик», «клеймо» на тілі раба або тварини) – таврування, нанесення стигми. У контексті проблем наркотичної залежності й ВІЛ-інфекції слово «стигматизація» означає розповсюджене в суспільстві навішування соціальних ярликів на тих, хто страждає від наркотичної залежності або інфікований ВІЛ. У цьому сенсі стигматизація — це асоціація якості (як правило, негативної) з конкретною людиною або групою людей, хоча цього зв'язку насправді немає або він не доведений. Відомо, що стигму створюють люди й суспільство, вона процвітає в умовах відносин з позиції сили й ґрунтується на соціальній нерівності й забобонах, підсилюючи їх. Підтримується стигма як у відкритій, так й у прихованій формах.

Іншою важливою складовою при роботі зі споживачами наркотиків є проблема їхньої дискримінації.

Дискримінація (Discriminatio — розрізнення) – обмеження прав і обов'язків людини за певною ознакою. Обмеження прав може бути підкріплене законодавством (правова дискримінація, де-юре), прийнятою в країні релігією або може ґрунтуватися винятково на сформованих моральних нормах (неофіційна, дискримінація де-факто). Як ознака може виступати будь-яка значима відмінність людини, наприклад, раса, національність, громадянство, спорідненість, стать, релігійні переконання, сексуальна орієнтація, вік, інвалідність, рід занять, хвороба тощо. Традиційно під дискримінацією розуміли обмеження прав за ознаками, які «не є прийнятними підставами в умовах, у яких вони мають місце», але сама «прийнятність» не має точного визначення. Звичайно вважається неприйнятним обмеження прав за ознаками, які об'єктивно не впливають на здатність людини до реалізації цих прав. Так, раса, національність, сексуальна орієнтація, політичні або релігійні переконання зазвичай не впливають безпосеред-

ньо на здатність людини до виконання певної роботи, тому врахування їх при вирішенні питання щодо надання роботи не обґрунтоване і може вважатися дискримінацією.

Стигма й дискримінація можуть мати місце в системі охорони здоров'я, родині, в'язниці, на роботі, у правових інституціях (судових, законодавчих), системі освіти, засобах інформації тощо.

До того, що підсилює стигму й дискримінацію, відносять: стать, сексуальну орієнтацію, расу, релігійні переконання, місце проживання, професію, соціальний стан, хворобливість (наркотичну залежність, туберкульоз, ВІЛ й т. п.).

Виділяють два різновиди стигми: «відчутна» й «фактична».

1. Стигма, яка «відчувається» — це сором і страх перед можливою дискримінацією (у нашому випадку пов'язаною з хворобою).
2. «Фактична» стигма — це досвід фактичної дискримінації.

Одним з найважливіших компонентів подолання стигми й дискримінації є ретельне дотримання прав пацієнтів, у тому числі права на достовірну інформацію щодо пропонованого їм і проведеного лікування.

Основи взаємин пацієнтів з персоналом при ПТАО. Ці взаємини базуються на довірі й партнерстві. У медичній практиці традиційно присутній певний «патерналізм», коли лікар активно «лікує», а пацієнт «лікується», пасивно виконуючи вказівки лікаря. При хронічних захворюваннях, як-от діабет, бронхіальна астма, залежність від ПАР тощо, взаємини повинні носити партнерський характер. Так, лікар може пояснити пацієнтові, які ліки і як уживати, як змінити харчову дієту й стиль життя, але, зрештою, від пацієнта залежить, наскільки чітко він/вона буде дотримуватися вказівок лікаря. У такий спосіб лікувальний персонал і пацієнт повинні перебувати в одній площині й розділити відповідальність за результати лікування.

Існує сфера відповідальності пацієнта. Від нього очікується соціально прийнятна поведінка. Наприклад, агресивність стосовно персоналу або інших пацієнтів, паління й вживання спиртних напоїв в установі — не допускаються.

Так само існує сфера відповідальності лікувального персоналу й лікувальної установи. Пацієнт прийматиме лікувальний план лише тоді, коли він буде відповідати очікуванням, соціальним нормам й особистісним потребам пацієнта. Члени мультидисциплінарної команди (МДК) — лікар, медична сестра, соціальний працівник — готують і здійснюють лікувальний план на принципах конструктивного парт-

нерства. Для того, щоб він був прийнятний для пацієнта, слід заохочувати його висловлювати свою думку про лікувальний план і вносити, де можна, корективи. Тоді участь пацієнта буде більше продуктивною. У випадку щирих партнерських відносин і співпраці між пацієнтом і лікувальним персоналом, зазвичай, досягається задоволення обох сторін, підкріплене роботою й результатами лікування. Взаємини між персоналом і пацієнтом мають будуватися на:

– дотриманні прав пацієнта брати активну участь у терапевтичному процесі, зокрема, ставити питання, висловлювати власну думку про план лікування тощо;
– досягненні загальної згоди відносно плану лікування.

Недотримання режиму лікування є результатом неузгодженого лікувального плану. Кінцевим результатом взаємин лікар-пацієнт у програмах ПТАО є згода обох сторін, що:

– пацієнт бажає поліпшити своє здоров'я, почувати себе краще;
– лікар бажає працювати з пацієнтами, які будуть дотримуватися плану лікування.

ЧАСТИНА 2

Тема 1. Мультидисциплінарний підхід при лікуванні СІН. Цілі та переваги командної роботи. Структура МДК та комунікація в команді

Мультидисциплінарна команда — фахівці різних спеціальностей, які працюють скоординовано над наданням послуг одному й тому ж клієнтові і в такій спосіб забезпечують комплексність допомоги.

Для ефективної роботи МДК важливо розподілити обов'язки та уникнути дублювання функцій. Оскільки кваліфікація окремих фахівців може подекуди перетинатися (наприклад, соціальний працівник може мати значний досвід в психологічному консультуванні), необхідно чітко встановити професійні межі. Частково цього можна досягнути шляхом створення посадових інструкцій для членів МДК. Також варто провести тренінг з командної роботи, спрямований на підвищення ефективності розподілу обов'язків у команді. Відповідальність за цю роботу покладається на керівника команди — лікаря, який залучає до цієї роботи медичну сестру, психолога або соцпрацівника та інших. Згуртованість, а значить ефективність зусиль команди залежить від стадії її розвитку, зрілості. Можна виділити 5 стадій (М.В. Фирсов, Б.Ю. Шапиро. «Психология социальной работы: содержание и методы психосоциальной практики»):

1. «Адаптування» — члени команди придивляються один до одного і демонструють свої можливості та потреби, визначаються в правильності вибору. Вирішальну роль відіграє керівник.
2. «Конфліктна» — члени команди проявляють та оцінюють слабкі та сильні сторони, утворюються угрупування, можлива боротьба за лідерство та пошук компромісів. Трапляється протистояння між керівником та підлеглими.
3. «Експериментування» — потенціал групи зростає, але часто це відбувається нерівномірно, ривками, зростає інтерес до пошуку різноманітних методів та засобів.

4. «Успішне розв'язання проблем» — реалістичне та творче. Функції лідера можуть переходити від одного члена команди до іншого, кожен пишається своєю приналежністю до команди.
5. «Надійні зв'язки». В середині команди — взаємини складаються в основному неформально, що дозволяє демонструвати високі показники роботи та стандарти поведінки.

Принципи функціонування МДК:

Компліментарність навичок. Недоцільно, щоб в одній команді декілька спеціалістів володіли ідентичними навичками, — це може створювати проблеми з точки зору розподілу ролей у команді та призводити до зниження працездатності.

Спільність цілей. Щоб група фахівців перетворилась на працездатну команду, необхідно визначити цілі, досягненню яких присвячена діяльність всієї команди.

Спільність ідеології: Слід визначити основні теоретичні принципи, базові цінності та методи роботи, які поділяють всі члени команди.

Відповідальність всередині групи. Група може ефективно функціонувати лише при наявності високого рівня відповідальності членів команди один перед одним, а також перед клієнтом та установами, які контролюють роботу.

Специфічні професійні рішення. Приймаються керівником команди або одним із фахівців вузької спрямованості (в межах посадових інструкцій), і, зазвичай, стосуються стратегії, методів та деталей професійного впливу на випадок.

Рішення по роботі з випадком. Приймаються керівником команди спільно з психологом або фахівцем з соціального супроводу щодо того, яких фахівців, коли і на яких умовах слід залучати до роботи, а також як використовувати їх професійний потенціал найефективніше.

Управлінські рішення. Оцінка рівня роботи команди, аналіз стратегії діяльності всередині групи та інші рішення, які приймаються групою. Рішення, пов'язані з плануванням роботи команди, ухвалює керівник.

Склад МДК. До складу МДК входять лікар-нарколог (або інший лікар, який пройшов спеціальну підготовку з питань ЗПТ), медична сестра, психолог та/або соціальний працівник та/або консультант з питань хімічної залежності та/або кейс-менеджер. До складу МДК можуть входити також лікар-інфекціоніст та\або фтизіатр.

У закладах, де надають ЗПТ, МДК створюється наказом керівника ЛПЗ. МДК збирається щонайменше 1 раз на тиждень або за потребою. Усі рішення МДК протоколюються.

Функціонування МДК. Функціонування МДК має особливості через залучення інших фахівців (фтизіатра, інфекціоніста). Тому задля виконання завдань, які стоять перед командою, слід надати кожному можливість набути навичок спільної роботи та комунікації у команді.

Лікар:

- оцінює стан пацієнта згідно з діагностичними критеріями МКХ-10 та приймає діагностичні рішення;
- організує діагностику інфекційних захворювань (ВІЛ-інфекції, вірусних гепатитів, туберкульозу) шляхом направлення пацієнта на консультацію та лабораторні обстеження до відповідних установ;
- визначає необхідне дозування препарату (метадону, метадикту, бупренорфіну) та коригує його у разі необхідності. Також призначає інші ліки (включно з психотропними), якщо мають місце супутні психічні розлади;
- контролює стан пацієнта, вносить необхідні корективи у фармакологічні та соціально-психологічні інтервенції. У разі потреби направляє пацієнтів на консультації та для лікування в інші ЛПЗ;
- бере участь у роботі комісії з доцільності призначення наркотичних засобів, лікарсько-консультативної комісії та МДК;
- проводить консультації пацієнтів, які перебувають на стаціонарному лікуванні в інших ЛПЗ або планують таке лікування. Спільно з лікарями цих ЛПЗ приймає рішення щодо необхідності та організації безперервності лікування ЗПТ на період стаціонарного лікування пацієнтів;
- готує пропозиції до МДК щодо виписки пацієнтів і надання можливості прийому замісного препарату (ЗП) вдома;

Медична сестра:

- виконує призначення лікаря, здійснює дозування препарату згідно з призначенням та контролює його прийом пацієнтами;
- стежить за соматичним та психічним станом пацієнтів і доповідає лікарю про помічені зміни;
- веде необхідну документацію;
- проводить уриноконтроль на наявність нелегальних наркотиків та психотропних речовин за призначенням лікаря;
- забезпечує дружню атмосферу та підтримку пацієнтів ЗПТ;
- допомагає іншим членам МДК у проведенні соціально-психологічних реабілітаційних заходів.

Психолог:

- проводить первинне консультування;
- оцінює психологічний стан пацієнтів, разом із пацієнтом складає індивідуальний робочий план психосоціальної реабілітації;
- проводить індивідуальні та групові сесії психологічного консультування;
- проводить сімейне консультування членів родини клієнтів (за потребою клієнта);
- здійснює моніторинг стану пацієнтів та оцінку ефективності лікування ;
- підтримує створення та роботу групи самодопомоги клієнтів ЗПТ;
- здійснює за певним графіком професійну супервізію персоналу;
- втілює заходи, спрямовані на профілактику «вигорання» членів МДК;
- бере участь у засіданнях МДК.

Фахівець з соціального супроводу:

- проводить індивідуальне та групове консультування (якщо є психолог, то за певним розкладом);
- надає допомогу у вирішенні соціальних проблем (оформлення документів, соціальної допомоги, пошук житла, працевлаштування тощо);
- організує взаємодію між персоналом та пацієнтами для покращення стосунків, уникнення конфліктів та створення дружньої атмосфери в лікувальному закладі;
- веде роботу зі зменшення шкоди (інформування та інші інтервенції щодо безпечної сексуальної поведінки, захист прав наркоспоживачів тощо);
- бере участь у засіданнях МДК.

Тема 2. Визначення показань та протипоказань для призначення ПТАО. Відбір пацієнтів та обстеження. Первинна індукція

ПТАО показана всім особам віком 18 років і старшим, яким встановлено діагноз синдрому залежності від опіоїдів відповідно до критеріїв МКХ–10, хто здатний дати інформовану згоду на участь у терапевтичній програмі та не має протипоказань.

До протипоказань належать такі стани:

- декомпенсована печінкова недостатність (при застосуванні опіатних агоністів може розвинутися печінкова енцефалопатія);
- алергія або гіперчутливість до метадону, бупренорфіну, або одного з інших компонентів лікарської форми;
- гострі стани, що потребують невідкладної медичної допомоги в інших лікувальних закладах.

Найбільш інформативним для встановлення діагнозу — синдром залежності — є синдром відміни опіоїдів або гострий абстинентнй синдром. Особливо важливо встановити наявність ГАС, коли йдеться про призначення бупренорфіну, оскільки, якщо його призначити на тлі попередньої дії «вуличних» опіоїдів, можна викликати преципітацію ГАС і таким чином погіршити стан пацієнта, що призведе до його відмови від лікування.

Симптоми ГАС виникають через 6–8 годин після останнього вживання опіоїдів короткої дії типу морфіну або героїну. Ознаки ГАС можна умовно поділити на три групи:

1. Симптоми очікування (4–6 годин після останнього вживання) включають страх перед появою симптомів ГАС, тривогу та активізацію поведінки, спрямованої на пошук наркотиків.
2. Ранні прояви (8–10 годин після останнього вживання) складаються з наростання тривоги, емоційної нестійкості, позіхання, нудоти, пітливості, нежиті, сльозотечі, розширення зіниць, почуття спазмів у шлунку; поведінка спрямована на пошук наркотиків.
3. Повна картина ГАС (1–3 доби після останнього вживання) протікає у формі різкої тривоги, тремору, пілоерекції («гусячої шкіри»), спазмів та болю у м’язах, блювоти, проносу, зниження артеріального тиску, тахікардії, жару, ознобу, безсоння та непереможного потягу до наркотику.

Для встановлення діагнозу опіоїдної залежності не потрібна наявність усіх симптомів ГАС. Але необхідно виявити щонайменше три з перелічених критеріїв залежності за МКХ-10 (див. стор. 21).

Виробники препаратів, що використовуються для ПТАО, вказують, що дана терапія може бути протипоказана особам з дихальною недостатністю, травмами голови, підвищеним внутрішньочерепним тиском, виразковим колітом, печінковою або нирковою колькою та особам в стані алкогольного сп'яніння. Тому в кожному конкретному випадку лікар приймає рішення, беручи до уваги всі ці застереження.

Не всі пацієнти, які потребують призначення ПТАО, мали в минулому спроби лікування та перебувають під наглядом нарколога, тому встановлення діагнозу залежності є головним при вирішенні питання про призначення ПТАО. Діагноз залежності від опіоїдів встановлюється відповідно до критеріїв МКХ–10. Встановлення діагнозу залежності є компетенцією лікаря нарколога, а в складних випадках ЛКК. Згідно з чинним законодавством встановлення діагнозу залежності можливе як в умовах стаціонару, денного стаціонару, так і в амбулаторних умовах (Закон України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними», Закон України «Про психіатричну допомогу»).

На початку призначення ПТАО та в ході проведення терапії лікар повинен оцінювати інтенсивність проявів ГАС для забезпечення адекватності дозування агоніста опіоїду та профілактики передозування. Окрім того, необхідно зважати на те, що дехто намагатиметься отримати доступ до ПТАО, не маючи ознак фізичної залежності, тому важливо знати об'єктивні прояви ГАС, пов'язаного із відміною опіоїдів.

Окрім показань та протипоказань, при оцінці необхідності ПТАО лікар повинен враховувати, що супутні соматичні, психічні розлади та вживання інших ПАР можуть значно ускладнювати супровід пацієнтів. Особливу небезпеку становить поєднане вживання пацієнтами речовин, що мають седативну дію (алкоголь, бензодіазепіни, антидепресанти) у дозах, що значно перевищують середньо-терапевтичні. Ін'єкційні стимулятори, які пацієнти часто використовують паралельно з опіоїдами, при тривалому вживанні здатні викликати важку енцефалопатію. В таких випадках лікареві слід дуже уважно оцінити ступінь залежності пацієнта саме від опіоїдів, звернути увагу на прояви ураження центральної та периферійної нервової систем, а також оцінити ризик передозувань при призначенні агоністів опіоїдів. В сумнівних випадках

доцільно також проводити визначення наркотиків в сечі за допомогою швидких тестів.

Дуже важливо приділяти увагу захворюванням, які можуть підвищувати ризик небажаних ефектів агоністів опіоїдів. Наприклад, метадон сприяє вивільненню гістаміну, який може посилювати ризик загострення у хворих на бронхіальну астму. У разі призначення лікування астми, дози метадону слід переглянути для зменшення негативних наслідків. Також необхідно враховувати взаємодію метадону з іншими препаратами (наприклад, з антиконвульсантами або адреноміметиками). **Агоністи опіоїдів слід призначати з застереженнями у випадах ниркової недостатності, при мікседемі, недостатності надниркових залоз, гіпотиреоїдизмі, гіпопітуітаризмі, гіпертрофії простати, стриктурах сечовивідних шляхів та цукровому діабеті.**

Якщо виявлено наведені вище стани, лікареві слід приймати рішення про призначення ПТАО дуже виважено та, за можливості, шукати поради у інших спеціалістів.

Одночасно, здійснюючи відбір пацієнтів у терапевтичну програму та оцінюючи застереження, слід також пам'ятати, що наслідки, які можуть виникнути в разі відмови пацієнту в такому лікуванні та подальшої наркотизації сурогатами опію, є значно шкідливішими, порівняно з прийомом метадону або бупренорфіну.

Збір інформації про пацієнта. В ході опитування пацієнта необхідно з'ясувати анамнез життя (особливості дитячого розвитку, взаємини з батьками, рівень успішності в школі; епізоди насилля, стосунки з оточенням, наявність власної сім'ї, роботи; проблеми з законом тощо); анамнез вживання ПАР (вік, причини початку наркотизації та характер вживання на момент призначення ПТАО; причини припинення та повернення до вживання; періоди утримання; паралельне вживання інших ПАР; проблеми зі здоров'ям та соціальні проблеми, пов'язані з наркотизацією; спроби та результати лікування, реабілітації); анамнез захворюваності (гострі стани та хронічні хвороби, перенесені пацієнтом протягом життя; причини втрати працездатності; наявність даних лабораторних та інших діагностичних обстежень в минулому та на момент огляду, консультативних висновків спеціалістів, дані про диспансерний нагляд в інших лікувальних закладах).

Об'єктивний огляд пацієнта. Об'єктивний огляд включає дослідження соматичного, неврологічного та психічного статусів. При дослідженні соматичного статусу особлива увага приділяється діагностиці захворювань, що потребують посиленого медичного супроводу (ВІЛ/

СНІД, вірусних гепатитів В та С, легеневому та позалегеневому ТБ, хронічним захворюванням легень, септичним станам, новоутворенням, трофічним виразкам та тромбофлебітам). Огляд пацієнта: пальпація живота, перкусія та аускультація органів грудної клітки, вимірювання артеріального тиску дозволить своєчасно запідозрити чи діагностувати патологію, призначити додаткові обстеження та консультації інших спеціалістів. Обов'язковим є огляд шкірних покровів, місць введення наркотичних речовин, рубців, абсцесів, трофічних виразок, що додатково може надати лікарю об'єктивну інформацію про інтенсивність наркотизації, схильність до ризикованої поведінки та наявність соматичних ускладнень. Оцінка неврологічного статусу включає огляд стану шкірних покровів, склер, розміру зіниць та їх фотореакцію. При огляді пацієнтів, які мають в анамнезі зловживання стимуляторами, необхідно звертати увагу на прояви ураження центральної та периферійної нервової систем. У складних випадках, при виявлені ознак вогнищевого ураження нервової системи, грубих порушень координації та наявності судомних нападів в анамнезі необхідно призначити консультацію невролога.

Оцінюючи психічний статус пацієнта, необхідно звертати увагу на наявність порушень свідомості, сприйняття та мислення пацієнта; прояви депресії (пригнічений настрій, апатія, порушення сну тощо) та ретельно з'ясувати анамнез — епізоди лікування в психіатричних закладах та спроби суїциду.

Оцінка результатів лабораторних та інструментальних досліджень. До початку ПТАО рекомендується провести низку обстежень, які можуть допомогти виявити протипоказання до призначення ПТАО: загальні обстеження крові та сечі, біохімічне обстеження крові(печінкові проби), цукор крові та RW, електрокардіографію та флюорографію органів грудної клітки. Ці обстеження в подальшому слід проводити регулярно, 1 раз на півроку, флюорографія — 1 раз на рік або частіше, залежно від клінічних показань. Жінкам в обов'язковому порядку рекомендується огляд гінеколога. Призначення та обсяг додаткових обстежень та консультацій інших спеціалістів залежать від тієї чи іншої виявленої соматичної патології та активності патологічного процесу.

При прийомі хворих треба усвідомлювати, що, з одного боку, бажано мати в програмі обстеженого пацієнта, особливо з метою запобігання інфікування туберкульозом інших учасників; з іншого ж — відтермінування прийому до лікувальної програми таких пацієнтів часто

веде до того, що вони взагалі не з'являються більше і не звертаються по допомогу. Лікар має оцінити ризики і найкращим рішенням буває таке, коли хворого беруть на лікування, а обстеження проводять вже на тлі призначення замісного препарату, що значно зменшує вірогідність «втрати» такого пацієнта.

Якщо на момент огляду немає можливості призначити ПТАО через брак вільних місць, або кількість охочих потрапити до програми значно перевищує темпи набору клієнтів, складають список очікування для ПТАО. До нього включають тільки осіб, які мають показання до призначення ПТАО та бажають стати клієнтами терапевтичної програми

Стосовно осіб, які нещодавно звільнилися з місць позбавлення волі або вийшли з лікувальної програми, спрямованої на повну відмову від наркотиків, потрібно пам'ятати, що у них можливе зниження рівня толерантності до опіоїдів. У таких випадках підвищується ризик передозування метадону. Щодо таких осіб слід уважно оцінювати критерії залежності та прояви гострого абстинентного синдрому перед призначенням лікування.

Гострі психотичні розлади або ураження когнітивної функції у пацієнтів можуть вплинути на їхню здатність надавати інформовану згоду, що є обов'язковою умовою прийому до програми ПТАО. Депресивні розлади, які часто спостерігаються у осіб, залежних від наркотиків, можуть зникати без лікування антидепресантами після початку ПТАО та стабілізації. Однак, інша психіатрична патологія може стати причиною зниження прихильності до лікування та потребує окремої корекції.

Медичне обстеження пацієнтів, яке проводиться перед призначенням ПТАО й є обов'язковою процедурою, повинно бути комплексним та всебічним.

Усім споживачам ін'єкційних наркотиків необхідно надати передтестове консультування відповідно до національного протоколу з добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію та запропонувати провести дослідження крові на визначення антитіл до ВІЛ. Лікар зобов'язаний пояснити пацієнту доцільність тестування та важливість дізнатися результат для вибору подальшої тактики. Після отримання результату дослідження, незалежно від його результату, проводять післятестове консультування. В разі позитивного результату тестування пацієнту рекомендують додаткове обстеження в СНІД-центрі або у інфекціоніста, динамічне диспансерне спостережен-

ня в інфекціоніста та надають вичерпну інформацію щодо можливості отримання медичних послуг. Пацієнтам з негативним результатом тестування на ВІЛ лікар повинен надати консультацію відповідно до зазначеного протоколу та рекомендувати пройти повторне обстеження через 6 місяців.

Згідно з результатами первинного медичного огляду та лабораторно-інструментальних обстежень лікар приймає терапевтичне рішення про доцільність призначення ПТАО, складає індивідуальний план лікування, обстеження та можливих реабілітаційних заходів.

В першу чергу приймають до ЗПТ СІН, у яких діагностовано:

- позитивні аналізи на наявність ВІЛ-інфекції;
- туберкульоз, що вимагає активної терапії (якщо є бациловиділення — тільки в умовах туберкульозних відділень);
- вагітність (підтверджена);
- гепатити В, С;
- септичні стани;
- онкологічні захворювання.

Пріоритетне надання можливості отримувати ПТАО пацієнтам, що мають перелічені стани, є дуже важливим з точки зору громадського здоров'я, але лікар повинен пам'ятати, що **терапія повинна бути доступна усім особам, яким вона показана.**

На сьогодні у світі найширше застосовуються два препарати для замісної терапії — метадон та бупренорфін. В Україні на початковому етапі впроваджувалась лише терапія сублінгвальним бупренорфіном, але з появою метадону в деяких випадках буде поставати питання про те, який саме препарат є більш доцільним варіантом для ЗПТ.

За результатами рандомізованих клінічних досліджень, метадон має більшу, порівняно з бупренорфіном, ефективність щодо утримання пацієнтів у лікуванні, зменшення вживання героїну, а також коштує дешевше. Однак, за даними проведеного мета-аналізу, застосування вищих доз бупренорфіну може приводити до результатів, подібних до дії метадону. Виходячи з цього, замісну терапію метадоном слід вважати оптимальним методом лікування, а бупренорфін є допоміжним засобом для тих пацієнтів, яким метадон застосовувати небажано, небезпечно чи неефективно. Бупренорфін, можливо, є більш безпечним препаратом, особливо його комбінація з налоксоном, але поки що недостатньо даних, щоб надавати йому перевагу тільки на цій підставі, тим більше в Україні, де доступ до бупренорфіну є вкрай обмеженим. В контексті замісної терапії ефективність препарату є більш важливою

характеристикою, ніж рівень його безпечності, оскільки опіоїдна залежність, яку не лікують, є серйозною загрозою для життя.

Призначення замісних препаратів жодним чином не має бути пов'язане з якимось моральними принципами, а мусить базуватися виключно на зваженому клінічному рішенні. Слід так само уникати «маніпулювання» дозою, підвищуючи її як «нагороду» або знижуючи як «покарання» пацієнта. Участь пацієнта в прийнятті рішень щодо його лікування, включаючи питання зміни дози, сприяє налагодженню добрих терапевтичних взаємин між персоналом та пацієнтом, а також підвищує довіру та відповідальність пацієнтів.

Існує три фази підтримувальної терапії агоністами опіоїдів: індукція, стабілізація та підтримувальна фаза.

Індукція — процедура призначення перших доз агоністів опіоїдів і перша фаза регулярного прийому препаратів під медичним спостереженням. Завдання індукції — усунення гострого абстинентного синдрому. Частіше всього індукцію агоністами опіоїдів проводять в амбулаторних умовах. В складних випадках, при наявності факторів ризику, рекомендується призначати початкові дози замісних препаратів в умовах стаціонару. Тривалість госпіталізації для проведення індукції в таких випадках 2–5 днів. Призначення дози і вміст метадону в крові протягом перших 6 днів від початку лікування відображено у табл. 2.

Проведення індукції метадоном. При проведенні індукції метадоном слід керуватися загальним положенням: «start low, go slow, but aim high» («починай низько, йди повільно, але прагни високо»). Оцінки ступеня залежності й толерантності є ненадійними й не мають бути основою для початкових доз метадону, які, за хибної оцінки, можуть викликати передозування. Перший прийом метадону рекомендується не раніше ніж через 6–8 годин після останнього прийому опіатних наркотиків. Початкова доза має бути в межах 20–30 мг. Астенізованим пацієнтам не рекомендується призначати понад 10 мг. Підвищення дози протягом першого дня можливе через 3–4 години після прийому першої дози, при наявності симптомів ГАС. В такому випадку до початкової дози додають 5–10 мг і продовжують динамічне спостереження за станом пацієнта. Якщо через 3–4 години зберігаються скарги пацієнта та присутні об'єктивні дані, необхідно додати ще 5 мг метадону. Сумарна доза метадону в перший день не повинна перевищувати 40 мг.

Концентрація метадону та суб'єктивний ефект будуть посилюватися протягом перших 3–4 днів навіть при постійній дозі. Тому не рекомендується підвищувати дозу на 2-й та 3-й день після початку терапії.

Таблиця 2

Призначення дози і вміст метадону в крові протягом перших 6 днів від початку лікування

(J.T.Payte. Opioid Maintenance Pharmacotherapy – A Course for Clinicians)

Параметр	День 1	День 2	День 3	День 4	День 5	День 6
Схема індукції A (доза в мг)	30	30	30	30	30	30
Залишкова концентрація на початок дня (50 %)	0	15	22.5	26.5	28.125	29.0625
Сумарна концентрація після прийому наступної дози	30	45	52.55	56.25	58.125	59.0625
Схема індукції B	30	30	40	40	40	40
Залишкова концентрація на початок дня (50 %)	0	15	22.5	31.25	35.625	37.8125
Сумарна концентрація після прийому наступної дози	30	45	62.5	71.25	75.625	77.8125
Схема індукції C	30	40	50	60	60	60
Залишкова концентрація на початок дня (50 %)	0	15	27.5	38.75	49.375	54.6875
Сумарна концентрація після прийому наступної дози	30	55	77.5	98.75	109.375	114.688
Схема індукції D	30	50	70	70	70	70
Залишкова концентрація на початок дня (50 %)	0	15	32	51	60.5	65.25
Сумарна концентрація після прийому наступної дози	30	65	102	121	130.5	135.25
Схема індукції L	30	40	50	60	70	80
Залишкова концентрація на початок дня (50 %)	0	15	27.5	38.75	49.375	59.6875
Сумарна концентрація після прийому наступної дози	30	55	77.5	98.75	119.375	139.688

Починаючи з 4-го дня, дозу метадону можна підвищувати на 5–10 мг щоденно, але сумарно не більш ніж 20 мг на тиждень. Враховуючи, що в перші 2–3 тижні концентрація та ефект метадону зростає навіть при постійній дозі, необхідно робити перерви в підвищенні дози.

Головним критерієм адекватності дози в період ранньої індукції (перші 2 тижні) є стан пацієнта через 3–6 годин після прийому препарату, тобто на піку дії. Якщо в цей період зберігаються симптоми гострого абстинентного синдрому, дозу потрібно підвищити на 5–10 мг. Якщо пацієнт скаржиться, що призначеної дози метадону «не виста-

чає» на весь день або у нього безсоння і симптоми відміни вранці, це не є приводом до підвищення дози того ж дня. Під час огляду слід брати до уваги як суб'єктивні, так і об'єктивні симптоми ГАС. Потрібно пам'ятати, що деякі пацієнти схильні перебільшувати свої симптоми.

Необхідно проінформувати пацієнта, що метадон при пероральному вживанні досягає максимальної концентрації через 4 години. Стан дискомфорту при недостатній дозі метадону може спровокувати вживання «вуличного наркотику», що в свою чергу може викликати передозування. В ході індукції пацієнту необхідно постійно пояснювати, що метадон діє дещо інакше, ніж героїн або розчин екстракту макової соломки. Ефект метадону виникає поступово і для повного усунення абстинентного синдрому потрібно близько 5–7 днів. Протягом цього періоду пацієнту потрібно повністю відмовитися від «вуличних наркотиків», снодійних та алкоголю, оскільки паралельне вживання цих речовин суттєво збільшує ризик передозування.

Індукція метадоном триває від 7 до 14 днів, в середньому 10 днів. Протягом періоду індукції лікар має звертати особливу увагу навіть на незначні симптоми перенасиченості або інтоксикації: надлишок енергії, збудження, порушення сну, підвищений настрій («ненормальна нормальність») та інше. Кожен симптом передозування (сонливість, загальмованість, дрімота) в перші дні індукції потребує зменшення дози метадону.

Треба пам'ятати, що метадон є «підступним» препаратом. Його особливість в тому, що дуже важко визначити період напіввиведення, оскільки цей показник дуже коливається залежно від індивідуальних особливостей. Є такі особи, в кого період напіввиведення дорівнює 6–8 годинам і є такі, в кого він 96 годин. Орієнтуватися на середній показник — 24 години ризиковано, тому слід діяти максимально обережно, щоб не викликати передозування. Ще одна важлива якість — метадон раніше викликає толерантність стосовно психічних ефектів і пізніше стосовно пригнічення дихального центру, через це людина може суб'єктивно не відчувати передозування, але через кілька годин перестати дихати увісні.

Проведення індукції бупренорфіном. Призначення перших доз бупренорфіну рекомендується не раніше ніж через 12 годин після останнього прийому опіатів короткотривалої дії при наявності проявів гострого абстинентного синдрому. При призначенні препарату раніше, до проявів симптомів відміни, бупренорфін завдяки антагоністичному ефекту може погіршити стан пацієнта та спровокувати роз-

виток ГАС. В перший день призначають бупренорфін в дозі 4 мг, якщо дані про толерантність пацієнта сумнівні — 2 мг. Через 1,5–2 години, при збереженні симптомів гострого абстинентного синдрома, дозу бупренорфіну можна підвищити ще на 2–4 мг. В перший день індукції достатньо 8 мг бупренорфіну, однак при необхідності (збереження об'єктивних проявів ГАС), доза може бути підвищена до 16 мг. Протягом другого та третього дня, якщо у пацієнта далі спостерігаються прояви синдрому відміни, дозу бупренорфіну підвищують на 2–4 мг, але не більше 16 мг сумарно. Як правило, тривалість індукції бупренорфіном в середньому становить 3 дні.

Період індукції є найбільш небезпечним щодо виникнення передозувань АО. Абсолютна більшість випадків передозування серед пацієнтів пов'язана з вживанням інших психотропних речовин (алкоголю, барбітуратів, нелегальних опіоїдів, снодійних, транквілізаторів), не призначених лікарем, тому всі пацієнти повинні бути повною мірою поінформовані про ризики, пов'язані з вживаннями інших легальних або нелегальних психотропних речовин. Має значення також коливання толерантності при пропусках прийому доз та загальному ослабленні організму.

Частіше передозування трапляються серед пацієнтів, що отримують метадон, на 3–4 день індукції, вдома, під час сну (через години після пікової концентрації метадону в крові). Тому під час індукції метадон видають зранку, щоб пік концентрації припадав на день (через 3–4 годин) коли пацієнти перебувають в лікувальному закладі під наглядом медичного персоналу. Пацієнти з підозрою на передозування мають залишатися в медичній установі під наглядом до зникнення загрози. Членів сімей слід попередити, що сильне хропіння під час сну в період індукції може бути ознакою перевищення дози, про що треба повідомити медичний персонал. Пацієнтів та, за можливості, родичів пацієнтів необхідно проінформувати про ознаки передозування опіоїдами, які можуть проявлятися так:

- різке звуження зіниць;
- нудота;
- пригнічення свідомості;
- сонливість, куняння;
- нестійка хода, сплутана мова;
- хропіння;
- артеріальна гіпотензія;
- зниження частоти серцебиття (брадікардія);

– поверхневе дихання (гіповентиляція);
– хрипи при диханні (набряк легень);
– кома.

Атидотом у випадках передозування агоністами опіоїдів є антагоніст — налоксон. Треба мати на увазі, що його дія коротша, ніж дія метадону, тому після перших годин покращення стану може знову наступити його погіршення. Тоді потрібно повторно вводити налоксон. Зазвичай, його вводять внутрішньом'язово в дозах від 0,4 до 1,2 мг залежно від стану пацієнта. Пацієнт має перебувати під наглядом протягом 12–16 год з моменту передозування. При необхідності введення налоксону повторюють.

На стадії індукції пацієнтам слід рекомендувати утримуватись від керування автотранспортом і технікою, доки не досягнуто стану стабілізації та не визначена постійна доза, яка дозволяє пацієнтові відчувати себе водночас комфортно та без ознак інтоксикації. Опіатна інтоксикація може виникати в період підбору дози, якщо доза не співпадає з рівнем нейроадаптації. Оскільки важко передбачити, який ефект справлятиме змінена доза бупренорфіну або метадону, пацієнти мають утримуватися від діяльності, яка потребує значної концентрації уваги та швидкості реакції. Наукове дослідження свідчить, що вживання метадону або бупренорфіну може мати слабкий вплив на швидкість реакції, але їхній вплив на стиль керування є дуже незначним, порівняно з іншими факторами, як-от тип особистості.

Тема 3. Фаза підтримки. Ефективне дозування. Супровід пацієнтів в фазі підтримки. Контроль прихильності до ПТАО. Значення токсико-хімічних досліджень сечі

Після завершення індукції починається етап стабілізації (2 — 6-й тиждень). Якщо завданням індукції є усунення синдрому відміни, то стабілізації — подолання потягу до нелегальних наркотиків, блокада усіх опіоїдних рецепторів, а також досягнення ефекту перехресної толерантності. Цей ефект полягає в тому, що блокуються гострі ейфоричні відчуття у разі вживання пацієнтом нелегальних опіатів.

У фазі стабілізації при лікуванні метадоном доза може поступово підвищуватися. Темпи підвищення дози залежать від базової денної дози метадону. Рекомендується підвищувати дозу на 5–10 мг/день, але загалом не більше 20 мг протягом тижня.

Оптимальний діапазон доз метадону для більшості хворих коливається від 80 мг до 120 мг на добу. Для деяких пацієнтів може бути достатньою доза від 40 до 60 мг, а в деяких випадках дозу необхідно підвищити до 180 мг. Пацієнтам, що одночасно отримують ВААРТ, або протитуберкульозні препарати, як правило, недостатньо середньотерапевтичних доз метадону через взаємодію цих препаратів. В таких випадках доза метадону може досягати 400 мг і більше.

Для зменшення спроб вживання «вуличних наркотиків» та утримання пацієнтів у терапевтичній програмі дози 60 мг і нижче вважаються менш ефективними. Низькі дози метадону можуть бути виправдані для пацієнтів, які не мають ознак вживання нелегальних опіоїдів, не виявляють симптомів відміни або потягу до опіоїдів, мають підвищений ризик передозування або перебувають на етапі завершення терапії.

Призначення високих доз метадону (120 мг та більше) може бути виправданим для деяких пацієнтів, яким властива значно підвищена толерантність до опіоїдів, або природно прискорений метаболізм метадону. Прискорення метаболізму може виникати вторинно — внаслідок застосування деяких медичних препаратів (ВААРТ, протитуберкульозні препарати, деякі групи антибіотиків та антиконвульсантів тощо). Якщо таких чинників не зафіксовано, підвищення дози понад 120 мг має бути обумовленим наявністю симптомів та скарг, що регулярно з'являються та мають об'єктивний характер.

Метою фази стабілізації бупренорфіном, як і при лікуванні метадоном, є подолання потягу до нелегальних наркотиків, а також досягнен-

ня «ефекту блокади». Застосування оптимальної дози бупренорфіну блокує гострі ейфоричні відчуття у випадку вживання пацієнтом нелегальних опіатів. На цьому етапі доза збільшується поступово. Параметри підвищення дози складають 2 мг на день, але не більше 8 мг протягом тижня. Оптимальний діапазон для більшості хворих коливається в межах 8–16 мг на добу. Для деяких пацієнтів буде достатньо й меншої дози (4–6 мг), інші, відповідно до свого стану, потребують 24–32 мг.

Показником стабілізації є задовільне самопочуття, відсутність ознак ГАС і побічних ефектів від прийому бупренорфіну, відмова пацієнта від прийому нелегальних наркотиків і ризикованої поведінки. Фаза стабілізації бупренорфіном триває від одного тижня до одного місяця.

Завдяки клініко-фармакологічним особливостям бупренорфіну збільшення дози у стабільних пацієнтів викликає не підсилення ефекту, а продовжує дію препарату. Це дає змогу застосовувати бупренорфін через день або 4 рази на тиждень у вигляді подвійних доз. Умовами для застосування таких схем є попередня стабілізація на одинарній дозі за звичайною схемою, згода пацієнта, відсутність ознак вживання наркотиків, психотропних речовин або алкоголю та добре самопочуття і сон пацієнта на другий день після прийому подвійної дози. Приклади 4-денної схеми: Пн, Ср, Сб (подвійні дози) + Пт (одинарна доза) або Пн (одинарна доза) + Вт, Чт, Сб (подвійні дози).

Досягнення фази стабілізації означає, що пацієнт вже суттєво зменшив вживання нелегальних опіоїдів, не має симптомів відміни протягом доби та дотримується постійної дози. Але деякі хворі можуть просити підвищити дозу внаслідок епізодичних проявів ГАС, посилення потягу до наркотику або зриву в уживання нелегальних опіоїдів. В цю фазу можна підвищувати дозу метадону на 5–10 мг, але не частіше ніж 1 раз на 5–7 днів. Доза бупренорфіну під час підтримувальної фази підвищується по 2 мг на день.

Інколи пацієнти висловлюють бажання зменшити дозу замісного препарату. Найчастіше таке відбувається, коли пацієнт відчуває побічну дію або небажаний седативний ефект препарату. Лікар повинен ретельно оцінити стан пацієнта перед тим, як зменшувати дозу. Треба розуміти, що зменшення дози може привести до підвищення ризику вживання нелегальних опіоїдів, тому необхідно ставитись до таких вимог з осторогою. Лікар або інший член МДК повинен інформувати пацієнтів, шо метою підбору дози є досягнення повної блокади опіоїдних рецепторів, після чого введення інших (нелегальних) опіоїдів не буде викликати ейфоризуючого ефекту. Якщо стан дозволяє, пацієнт не має про-

пусків та не вживає нелегальних наркотиків, доза може бути зменшена. Тривалість фази підтримки – 1 рік і більше.

Важливим фактором медичного супроводу в підтримувальній фазі є **моніторинг стану пацієнтів.** Для здійснення ефективного супроводу необхідна тісна взаємодія лікаря та середнього медичного персоналу терапевтичної програми, який щоденно безпосередньо контактує з пацієнтами. При виявленні медичною сестрою ознак інтоксикації, проявів гострого абстинентного синдрому, погіршення психічного, соматичного статусу та самопочуття пацієнта, порушення режиму прийому агоніста опіоїду пацієнта обов'язково повинен оглянути лікар. Всі перераховані зміни, що свідчать про «дестабілізацію» пацієнта, можуть бути викликані продовженням ризикованого вживання пацієнтом не призначених лікарем ПАР. Продовження вживання наркотичних речовин може бути підтверджене за допомогою урино-контролю. Рандомізоване обстеження полягає у призначенні дослідження всім пацієнтам щонайменше 1 раз на місяць протягом перших трьох місяців лікування, надалі — 1 раз на квартал. При підозрі щодо вживання нелегальних наркотиків проводять спрямований урино-контроль позачергово. Процедура урино-контролю має виконуватися з дотриманням етичних норм і одночасно забезпечувати достовірність результатів. Лабораторний аналіз можна здійснювати як за допомогою стандартних тест-систем, так і методами тонкошарової хроматографії. Вибір конкретної методики залежить від можливостей того чи іншого ЛПЗ. На нинішньому етапі немає доказів, що тести на вживання нелегальних наркотиків підвищують ефективність лікування в програмах ПТАО. Епізодичне вживання опіоїдів або інших ПАР під час лікування слід розглядати як симптом хронічного захворювання, який у жодному разі не має бути приводом для виписки пацієнта або покарання, а лише до перегляду лікувальної тактики та спроби стабілізації пацієнта. При цьому потрібно брати до уваги всі фактори, що сприяють подальшому вживанню нелегальних наркотиків, зважувати та пояснювати пацієнтові ризики, пов'язані з продовженням вживання інших ПАР на фоні метадону, порівнюючи з нормальним режимом лікування та проводити корекцію дози ЗП. Рекомендується при цьому посилити заходи психосоціальної підтримки, нагляд і поточний контроль стану пацієнтів

Медичний персона повинен ретельно оцінювати можливий стан інтоксикації пацієнтів. Медсестра перед видачею дози має переконатись, що в пацієнта немає інтоксикації опіоїдами, алкоголем або інши-

ми ПАР. Показові симптоми — сплутана мова, порушення рівноваги, нестійка хода, пригнічення свідомості або, навпаки, розгальмованість, звужені зіниці. Якщо під час візиту пацієнт перебуває в стані інтоксикації будь-яким депресантом ЦНС, у тому числі алкоголем, чергову дозу йому не видають, а пропонують прийти пізніше, через 2–4 години. Якщо й під час повторного візиту ще спостерігаються ознаки інтоксикації, препарат у цей день пацієнт не отримує.

Під час лікування виникають ситуації, коли пацієнт пропускає прийом двох або більше призначених доз агоністами опіоїдів. У таких випадках перед продовженням терапії його оглядає лікар. Якщо в пацієнта змінився рівень толерантності, або є інформація про вживання ним ПАР, можлива корекція дози. Для пацієнтів, які отримували метадон, пропуск 1–2 днів поспіль не вимагає коригування; після 3-х днів перерви рекомендовано призначати половину звичайної дози, після 4-х — не більш ніж 25–30 мг метадону. Якщо пацієнт не приймав метадон 5 днів поспіль або більше, препарат призначають за схемою початкової індукції. Пацієнтам, які отримували бупренорфін, після пропуску тривалістю до тижня безпечно призначати звичайну дозу; якщо ж пропуск тривав понад тиждень, препарат призначають за схемою індукції. В таких випадках пацієнта повинен оглянути лікар.

Інколи, при застосуванні мета дону, після прийому дози препарату виникає блювота. В таких випадках доза метадону, яка була втрачена через блювоту, не видається повторно, якщо свідком цього не був медичний персонал. Навіть найсильніша блювота не здатна повністю спорожнити ШКТ, тому слід дотримуватися таких правил:

- якщо блювота виникла менш ніж за 15 хвилин після вживання метадону, можна повторно видати 50–75 % повної дози. Якщо повна доза становить 120 мг та більше, можна видати лише 50 %;
- якщо блювота виникла за 15–30 хвилин після вживання метадону, можна видати повторно лише 25–50 % повної дози;
- якщо блювота була більше ніж за 30 хвилин після отримання метадону, повторна доза не видається.

В ході лікування деякі пацієнти потребують зміни замісного препарату. Наприклад, у випадку важких побічних дій препаратів. Перехід з бупренорфінової програми до метадонової не викликає особливих труднощів у зв’язку з тим, що метадон має більш виражену дію агоніста, ніж бупренорфін. Перша доза метадону може бути призначена

через 24 години після останнього прийому бупренорфіну. У перший день доза метадону призначається згідно з загальною практикою (20–30 мг), з можливістю підняти її у перший день до 40 мг.

Більш складним є випадок, коли пацієнти на замісній терапії метадоном переходять на бупренорфін. Це може бути наслідком різноманітних ускладнень (взаємодія з іншими препаратами, швидкий обмін метадону, небажані побічні дії, як-от надмірна седація). Часто переходу з метадону на бупренорфін вимагають пацієнти, які хочуть вийти з програми ЗПТ через проміжний етап лікування бупренорфіном (вважається, що бупренорфіновий синдром відміни значно легший за метадоновий). Головною умовою переходу з метадонової ЗПТ до бупренорфінової є попереднє зниження дози метадону до 30–40 мг на добу. Щоб запобігти штучному синдрому відміни, перші дози бупренорфіну призначаються не раніше 24–32 годин після останнього прийому метадону. Навіть з огляду на це, цілковитий перехід на бупренорфінову ЗПТ може потребувати від декількох днів до 1–2 тижнів.

Ведення пацієнтів в фазі підтримки здійснюється за індивідуальним планом лікування та обстеження, який складається разом із пацієнтом на початку терапії. Зміни в плані лікування обов'язково узгоджуються з пацієнтом. Призначення позачергових обстежень та консультацій спеціалістів відбувається при появі клінічних проявів загострення тієї чи іншої соматичної патології, в разі виникнення гострих станів та за бажанням пацієнта. Планові лабораторні дослідження крові та сечі у пацієнтів рекомендується проводити не рідше 1 разу на 6 місяців, флюорографічне обстеження легень не рідше 1 разу на рік. Особливої уваги заслуговує проведення обстеження крові на виявлення антитіл до ВІЛ, яке також рекомендується проводити 1 раз в півроку. Лікар повинен володіти навичками проведення добровільного консультування та тестування, надавати пацієнтам інформацію щодо ризиків та профілактики інфікування інфекціями, які передаються через кров. Особливої уваги заслуговують пацієнти з подвійною/потрійною патологією (СІН/ВІЛ, СІН/ВІЛ/туберкульоз). Ведення таких пацієнтів обов'язково включає залучення профільних спеціалістів та формування та підтримку прихильності пацієнта до ВААРТ та протитуберкульозного лікування. Створення доброзичливої атмосфери в терапевтичній програмі протягом всього періоду лікування позитивно впливає на прихильність до лікування та соціальної реабілітації пацієнтів.

Тема 4. Соціально-психологічний супровід клієнта. Методи психосоціальної роботи. Соціальний супровід клієнтів ПТАО

Соціальна робота допомагає найбільш вразливим членам суспільства адаптуватися до соціальної структури, яка їх оточує, та отримати можливість максимально використати свій особистісний (людський) потенціал. Соціальна робота як професія базується на певних цінностях, тобто ідеях, переконаннях, на які можна спиратися як на набір критеріїв при прийнятті рішення. Авторитетний дослідник, професор Лондонської школи економіки Ш. Рамон виділяє п'ять основних цінностей соціальної роботи:

1. *Розширення прав і можливостей*. Йдеться про роботу з клієнтами, внаслідок якої вони б навчилися самостійно долати свої проблеми, відчули себе впевненіше. Цього можна досягти, наприклад, шляхом залучення клієнтів до планування та оцінювання послуг соціальних служб. Коли клієнт не має жодного впливу на організацію та планування послуги, він стає пасивним отримувачем допомоги і перетворюється на об'єкт впливу соціальних працівників. А це ще більше сприяє безпорадності та уникнанню відповідальності за своє життя. Таким чином встановлюється розподіл влади і відповідальності, що веде до партнерських стосунків між клієнтом та соціальним працівником.
2. *Насамперед — людина*. Кожен клієнт має право отримати допомогу не тільки через те, що це може бути вигідним, а, в першу чергу, тому, що він — людина і це збагачує життя нашого суспільства. Кожний клієнт може бути корисним і цінним для суспільства і для себе. У кожної особистості є свої риси, особливості, які можуть подобатися одним людям, і не подобатися іншим. Соціальний працівник — не виняток, йому слід за цими приємними, не дуже приємними і неприємними рисами навчитися бачити людину.
3. *Повага до особистості*. Це таке ставлення, яке не дозволяє професіоналам вважати людей, залежних від їхньої допомоги, як до менш достойних і неспроможних. Надзвичайно важливий прояв поваги до особистості — дозволяти людям робити помилки.
4. *Право на самовизначення*. Під цим розуміють право кожного розв'язувати свої проблеми, виходячи зі своїх можливостей,

та з того, що кожна людина краще знає свої проблеми й саму себе. Це суперечить стереотипу, що професіонали знають краще за клієнта, що і як йому необхідно робити. Роль професіонала у тому, щоб поділитися з клієнтом своїми знаннями, викласти їх зрозумілою мовою і зробити їх доступними для нього.

5. *Право на залежність*. Кожна людина має право на взаємну залежність і підтримку в разі потреби. Іноді люди стають залежними один від одного на якийсь час і на це є свої причини.

Соціальний працівник також має вірити в те, що кожна людина може змінитися на краще. Професіонал має створити умови для змін особистості. Якщо зміни не відбуваються, то, скоріше за все, у соціального працівника не вистачає знань, умінь, можливостей для втілення цих змін.

Соціальний супровід: основні завдання, принципи та моделі. Соціальний супровід — це спланований процес взаємин між пацієнтом та соціальним працівником, який включає різні моделі роботи та стратегії втручання. Суть процесу полягає в тому, що фахівець з супроводу допомагає клієнту розібратися в ситуації, що склалася, визначити пріоритетні проблеми й доступні зараз способи розв'язання цих проблем. Потім фахівець з супроводу (соціальний працівник, психолог, кейс-менеджер) надає клієнту конкретні послуги і, таким чином, допомагає впоратися з проблемами. Сучасні дослідники виділяють шість етапів циклу соціального супроводу, представлені на мал. 6[6].

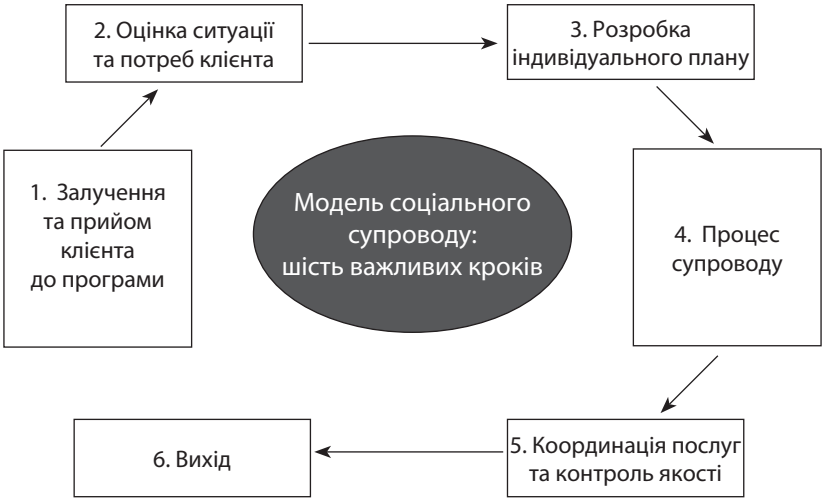
Роль фахівця з супроводу в основному полягає в координуванні зусиль різних служб допомоги, участь яких у роботі з клієнтом передбачена індивідуальним планом.

Для розуміння поняття «клієнт» важливим є термін **соціальне виключення**. **Соціально виключені люди** — це люди, які позбавлені можливості брати участь у загальноприйнятих видах діяльності. Соціальне виключення породжується тим, що людина не має доступу до певних ресурсів у суспільстві. Соціальне виключення не можна подолати, працюючи з окремим випадком, воно долається шляхом роботи з громадою.

Спеціаліст із супроводу покликаний по можливості усувати адміністративні та організаційні перешкоди і складнощі, що виникають у

---

[6] «Рекомендации по организации программ социального сопровождения для уязвимых групп»
Практическое пособие для социальных работников, «СПИД Фонд Восток-Запад» (AFEW), Алматы, 2007



Мал. 6. Етапи циклу соціального супроводу

клієнта при отриманні необхідних послуг. Функція соціального супроводу полягає в тому, щоб звертатися до осіб, які надають необхідні клієнту згідно з планом роботи послуги, та допомагати налагодити взаємодію. Дії, які при цьому належить вчинити клієнтові, соціальному працівникові та іншим особам, у тому числі членам родини клієнта, повинні бути чітко визначеними.

Основні завдання соціального супроводу пацієнтів ПТАО такі:

1. Провести необхідну оцінку та скласти план надання всебічної допомоги, що стосується основних сфер життя клієнта: психосоціальної, медичної, фінансової тощо.
2. Переконатися, що для клієнта доступні всі види послуг і що вони відповідають його потребам.
3. Полегшити доступ та розширити спектр необхідних послуг.
4. Забезпечити безперервність догляду на всіх етапах із залученням різних організацій.
5. Зменшити ймовірність дублювання послуг і стежити за якістю їх надання.
6. Надавати підтримку самостійній діяльності клієнта та членів його родини.
7. Збільшити обізнаність клієнта про вплив ПТАО на його здоров'я та про необхідність здорового способу життя.

При цьому, соціальний супровід має відображати підхід до надання послуг, при якому дотримується право клієнта:

- на особисте життя та конфіденційність;
- на уважне неупереджене ставлення та повагу;
- на самовизначення і самостійність у виборі;
- на отримання медико-соціальних послуг високої якості.

Зазначене вище припускає наявність як мінімум двох ключових компонентів програми: фахівця із супроводу (соціального працівника, психолога, кейс-менеджера) і набору послуг, доступних клієнтові. Програма соціального супроводу передбачає, що клієнт залишається в контакті з фахівцем до тих пір, поки не будуть вирішені або, принаймні, визначені шляхи вирішення проблем, з якими людина звернулася до установи соціальної служби (див. мал. 6).

Моделі соціального супроводу [7]. У сучасній літературі описано декілька моделей соціального супроводу в галузі ВІЛ/СНІДу. Вони відрізняються за кількома складовими: цільова аудиторія, середовище, роль фахівця з соціальної роботи та набір пропонованих послуг. Найчастіше згадуються три моделі:

Модель брокера — сфокусована на тому, щоб «зв'язати» клієнта з необхідними йому «ресурсними центрами», зазвичай, за межами організації або служби, що надає послуги з соціального супроводу. В цій моделі взаємини між фахівцем із соціальної роботи й клієнтом обмежені, оскільки завдання соціального супроводу складається лише у визначенні потреб клієнта та направленні його до постачальників послуг. Охоплення клієнтів при використанні такої моделі звичайно є високим. Фахівець із соціальної роботи несе відповідальність за оцінку потреб клієнта та за виконання лікувального плану.

Реабілітаційна модель — стосунки між фахівцем із соціальної роботи та клієнтом формують механізм отримання послуг. Визначаючи сильні та слабкі сторони клієнта, фахівець із соціальної роботи намагається подолати бар'єри, які заважають клієнтові самостійно функціонувати у спільноті. Поступово він розвиває сильні сторони та допомагає клієнтові позбутися слабких або зменшити їхній вплив. Коли бар'єри успішно подолані, взаємини з клієнтом припиняються, або стають менш інтенсивними.

Модель повної підтримки — побудована на фундаментальних принципах реабілітаційної моделі з використанням інтегрованої

[7] HIV Case Management: A Review of the Literature. Boston University School of Public Health, 2003

МДК постачальників послуг. Відмінність цієї моделі полягає у тому, що замість направлення до інших служб всі послуги надають в одному місці. Роль фахівця з соціальної роботи в цьому випадку полягає не тільки в координуванні процесу, але й у наданні певного рівня підтримки, і в навчанні клієнтів життєвим навичкам.

Фахівці, що здійснюють соціальний супровід пацієнтів ПТАО. Фахівцеві з соціального супроводу доводиться виконувати непросту роботу: допомагати людям, які зазнають труднощів у адаптації до умов нашого суспільства, вирішувати медичні, соціальні та психологічні проблеми.

У кінцевому підсумку фахівець з супроводу покликаний допомогти своїм клієнтам стати самостійними, придбати основні соціальні навички, для того, щоб вони могли керувати своїм життям. З огляду на ці завдання, такий спеціаліст повинен бути перш за все консультантом — людиною, яка здатна зрозуміти клієнта і допомогти розкрити його потенціал.

Навіть дуже кваліфікований соціальний працівник не знає, що для людини найкраще. Це знає лише сама людина. Соціальний працівник може допомогти знайти можливі варіанти відповідей, але не самі відповіді — це робить клієнт.

Часто до фахівця з соціального супроводу ставляться як до якогось всемогутнього «психолога-супермена», що розбирається у всіх сферах людського життя, здатний з першого погляду визначити, що відбувається з клієнтом, миттєво знайти оптимальний вихід з будь-якої ситуації. Практика показує, що в деяких клієнтів такий фахівець може викликати захоплення й бажання повністю перенести відповідальність за своє життя на великого «гуру». В інших клієнтів такий «експерт» може викликати активний (відкрита агресія) або пасивний (формальне погодження) протест і спротив. Ні перше, ні друге ставлення не є конструктивним. Перше — у зв'язку з тим, що воно суперечить основному завданню консультування: допомогти клієнту самостійно приймати рішення. Друге — тому, що спротив заважає вибудовуванню довірчих стосунків, без яких вся робота соціального працівника виявиться марною.

Існує чимало моделей опису особистості «ідеального» фахівця з соціального супроводу. Ось перелік найбільш важливих характеристик, які повинен мати (бажано) спеціаліст із соціального супроводу:

- доброзичливий інтерес до людей — здатність відчувати радість від спілкування з оточуючими, особиста привабливість;

- емпатія — здатність поставити себе на місце іншої людини, прагнення зрозуміти її почуття, думки й установки;
- об'єктивність — певний ступінь емоційної відстороненості; співпереживання із збереженням контролю над своїми почуттями, не байдужа, цинічна холодність, але й не надмірна сентиментальність консультанта, який настільки емоційно занурюється в проблеми клієнта, що виявляється нездатним надати допомогу;
- повага — здатність прийняти людину такою, якою вона є, без оцінок і без прагнення переробити його особу відповідно до своїх уявлень про те, що добре і що погано;
- гнучкість — відмова від стереотипів і забобонів у спілкуванні з людьми;
- чесність по відношенню до самого себе; розуміння самого себе; усвідомлення особливостей свого характеру та темпераменту, своїх недоліків та можливостей; прийняття власної недосконалості.

Подібні вимоги до особистості фахівця з соціального супроводу можуть здатися завищеними. Але всі ці якості необхідно розвинути, а запропонований список варто сприймати, як еталон, до якого варто прагнути. У своїй щоденній роботі фахівець із соціального супроводу має дотримуватись таких принципів:

- ✓ не завдавай шкоди;
- ✓ не перебільшуй ролі допомоги;
- ✓ демонструй, що ти перебуваєш поряд з клієнтом заради нього;
- ✓ будь доступним, відкритим, природним, гнучким, толерантним;
- ✓ утримуйся від критичних суджень;
- ✓ підтримуй добрі стосунки з клієнтом;
- ✓ вір у здатність клієнта до змін;
- ✓ перетворюй незадоволення на прагнення змін;
- ✓ орієнтуйся на прагнення і бажання клієнта;
- ✓ роби тільки те, що необхідно;
- ✓ спирайся на добру волю, згоду клієнта;
- ✓ допомагай людям якомога більше дізнатися про власні ресурси і можливості їх розкриття;
- ✓ збільшуй кількість варіантів вибору для клієнта;
- ✓ будь реалістичним;
- ✓ практикуй те, що знаєш, і те, у що віриш;
- ✓ продовжуй навчання.

Важливо відзначити здатність фахівця з соціального супроводу встановлювати контакти з партнерами. Партнерська мережа складається з реальних людей зі своїми особливостями, цінностями і запитами. Важливо вміти знаходити точки дотику з різними людьми, думаючи, перш за все про благо клієнтів, а не про власні, сьогочасні почуття і бажання. Спеціаліст із соціальної роботи також повинен володіти повною інформацією про те, де і коли клієнт може отримати необхідну допомогу (працевлаштування, нічліг, страхування тощо), а також вміти координувати її надання та отримання.

На етапі здійснення втручань реалізується план з використанням різноманітних стратегій діяльності та теоретичних моделей. Для розв'язання соціальних проблем можливо звернення за допомогою до членів родини, представників влади, які надають допомогу наркозалежним. Для того, щоб полегшити процедуру звернення, фахівці з соціального супроводу пацієнтів ПТАО можуть:

a) надати клієнту назву, адресу, телефон установи, з обов'язковим зазначенням прізвища фахівця, його посади, прізвищ інших осіб, до яких можна звернутись;
b) пояснити, яким чином туди дістатись (у великому місті краще забезпечити пацієнта планом-картою);
c) заздалегідь домовитись про візит пацієнта;
d) якщо проблема складна або пацієнт ПТАО не в змозі самостійно висловити свої потреби, скорочено записати на папері. В таких випадках доречно зазначити як потреби клієнта, так і бажану допомогу. Іноді буває необхідно забезпечити супровід (друзі, інші пацієнти ПТАО, родичі або безпосередньо сам фахівець із соціального супроводу).

До найбільш поширених соціальних проблем пацієнтів, які отримують ПТАО, можна віднести:

1. Втрата документів (паспорт, свідоцтво про народження, військовий квиток тощо).
2. Відсутність постійного місця проживання.
3. Відсутність реєстрації.
4. Відсутність постійного місця роботи.
5. Відсутність групи інвалідності у тих, кому вона показана, субсидій на комунальні послуги, допомога по догляду за дитиною та інші.
6. Низький рівень життя.

Багато хто з пацієнтів ПТАО не мають або втратили навички звернення за допомогою. Тому фахівець із соціального супроводу допома-

гає пацієнтам захищати свої права, а в деяких випадках здійснює представництво інтересів своїх клієнтів, а саме:

- вивчення потреб і прав пацієнтів (документів, матеріального стану родини, стану здоров'я окремого пацієнта, які надають підстави для отримання соціальних гарантій), застосовуючи при цьому знання законодавства й нормативно-правових документів, процедур та умов надання відповідних послуг;
- інтерпретація інформації та узгодження з пацієнтом плану дій (обговорення зібраної інформації, роз'яснення законодавчої бази, визначення стратегії та тактики дій, прийняття рішень, планування наступних кроків);
- досягнення домовленості (проведення телефонних переговорів та особистих зустрічей із надавачами послуг);
- використання офіційних механізмів (написання формальних звернень, позовів до суду, участь у судових процесах, забезпечення доступу пацієнта до послуг професійного юриста).

На цьому етапі основним завданням фахівця з соціального супроводу є не замінити клієнта, виконуючи замість нього щоденні справи, а вказати найкращий шлях та навчити, як це робити самостійно. Розв'язання проблеми за пацієнта лише поглиблює прірву між ним та суспільством.

Навички та знання для якісного та ефективного здійснення соціального супроводу умовно поділяються на універсальні та спеціалізовані.

До універсальних навичок і знань належать: навички консультування та роботи з партнерськими організаціями, навички роботи з клієнтами в кризових станах, знання принципів і правил організації соціального супроводу та вимог щодо дотримання конфіденційності.

До спеціалізованих навичок фахівця з соціального супроводу, який надає допомогу пацієнтам ПТАО, належать:

- знання підходів і концепцій у сфері наркотичної залежності, а також проблем, пов'язаних з вживанням наркотиків;
- знання філософії, практики та політики найпоширеніших, науково обґрунтованих моделей лікування;
- навички доступного опису процесу оздоровлення та профілактики рецидиву;
- навички постійного супроводу при веденні наркозалежних пацієнтів;
- досвід розв'язання інших проблем, пов'язаних з наркотичною залежністю;

– вміння визначити роль, яку родина, соціальні мережі та суспільні системи можуть зіграти в процесі лікування й одужання клієнта;
– знання варіантів страхування та можливостей медичного догляду, доступних клієнтові, визначення користі, яку вони можуть йому принести;
– вміння визначити культуральні та інші особливості клієнта і врахувати їх у процесі призначення та надання йому клінічної допомоги;
– розуміння важливості міждисциплінарного підходу до лікування наркотичної залежності.

Методи психосоціальної роботи. Психосоціальна допомога клієнтам, які отримують ПТАО, спрямована на:
– зменшення частоти або повну відмову від вживання «вуличних» наркотиків;
– вирішення проблем, які виникли внаслідок зловживання наркотиками (юридичні, соціальні, сімейні та інші);
– зниження рівня ризикованої поведінки, в тому числі, ризику інфікування ВІЛ, вірусними гепатитами та іншими інфекціями, що передаються через кров та статевим шляхом;
– зменшення вірогідності повернення до зловживання нелегальними наркотиками в подальшому (рецидиву);
– зменшення кримінальної активності;
– стабілізацію емоційного стану пацієнта;
– формування прихильності до лікування у зв'язку з соматичними захворюваннями.

Індивідуальні методи (консультації). На етапі залучення до ПТАО перші дві індивідуальні консультації присвячені ознайомленню клієнта з лікувальною програмою, отриманню відомостей про історію вживання й попереднього лікування та розробці, разом з клієнтом, плану індивідуальних консультацій.

На етапі стабілізації індивідуальні консультації бажано проводити раз на тиждень. Їх завдання — допомогти розпізнавати та уникати подразників, що призводять до вживання нелегальних наркотиків, вміти вести альтернативну діяльність при виникненні потягу до вживання ПАР, спонукати до участі в здоровій діяльності та участі в групах взаємодопомоги.

На підтримувальному етапі індивідуальні консультації проводять 1–2 рази на місяць. Їхнє завдання — допомогти пацієнту утриму-

ватися від нелегальних наркотиків, вміти розпізнавати емоційні подразники, навчитися навичкам опанування проблемних ситуацій в житті без повернення до вживання ПАР та усвідомити процес зриву.

Групові методи. Під груповою роботою розуміють метод надання допомоги групі осіб з подібними життєвими проблемами, які об'єднані близькими інтересами, шляхом залучення членів групи до процесу розв'язання проблем, що має кожен з членів групи. Групова робота має низку позитивних факторів, що зумовлюють терапевтичний ефект:

- універсалізація — узагальнення проблем, потреб, почуттів, мотивів. Люди починають розуміти, що інші відчувають подібне та мають такі самі проблеми. Зникає відчуття унікальності своєї проблеми, почуття відчуженості та самотності, підвищується самооцінка;
- зворотній зв'язок — отримання щирої та правдивої інформації про себе, свою проблему та шляхи її розв'язання з боку інших людей. При цьому різні погляди дають простір для вибору;
- згуртування — відчуття підтримки з боку інших членів групи, розуміння того, що всі сприймають іншого як особистість;
- навчання на міжособистісній взаємодії. Спостереження за поведінкою людей у групах доводить, що в процесі групової роботи пацієнти діють у групах так само, як і в житті, оскільки приходять до груп з певними моделями поведінки. Працюючи в групі, пацієнт може дійти до розуміння чогось важливого в собі, включаючи поведінку, фантазії, очікування, прагнення, думки;
- підсилення надії (ефект позитивного настрою). Пацієнти бачать позитивний результат, здобувають надію, а терапевт, у свою чергу, звертає увагу групи на позитивні наслідки групової роботи;
- орієнтація на альтруїзм дозволяє учасникам по-іншому поглянути на себе.

Одним з різновидів групової роботи в напрямку соціально-психологічної реабілітації пацієнтів ПТАО є проведення *консультативних занять*.

Консультативні заняття використовують певні психологічні теорії: психоаналітичні, трансактного аналізу, гуманістичні, когнітивні. Вони можуть бути зосереджені на відносинах, почуттях, досягненні особистісних змін завдяки груповій взаємодії. Окрім консультативних занять, у соціальній роботі з пацієнтами ПТАО також часто зустрічаються інформаційні групи, групи самодопомоги тощо.

Пацієнти ПТАО часто деморалізовані та впевнені, що їм нема чого запропонувати іншим. Кращий спосіб допомогти людині — це дозволити їй допомогти вам. Альтруїзм побічно призводить до підсилення уважного ставлення до інших людей, до зменшення надлишкової зосередженості на собі.

Терапевтичні ефекти групи та групової роботи складають основу для подальших змін пацієнтів, а тому фахівцю (психологу, соціальному працівникові), який відповідає за групову роботу, необхідно активізувати та заохочувати прояви цих ефектів. Таким чином, групи можуть бути корисною ареною для вирішення проблем, надання емоційної підтримки та розвитку впевненості у собі хворих, які є пацієнтами ПТАО.

До методів групової роботи відносять: інтерв'ю, консультацію, соціально-психологічний тренінг, лекцію, бесіду, дискусію; організацію групи взаємодопомоги.

1. Метод групового інтерв'ю (метод фокус-групи) використовують для виявлення та дослідження широкого кола проблем цільової групи, він дозволяє за короткий час зібрати інформацію про пацієнтів. Технологія проведення групового інтерв'ю: підготовка обладнання та приміщення; комплектування групи; власне проведення групового інтерв'ю (встановлення контакту з групою; обговорення питань, завершення, підсумки).
2. Метод групового консультування. На відміну від групового інтерв'ю, застосовується в роботі з конкретною групою, що існує тривалий час і має спільну проблему, а також тоді, коли проблема одного з членів групи потребує спільних дій групи. Групове консультування дозволяє не тільки виявити та проаналізувати проблему групи, а й мобілізувати усіх членів групи на спільні дії, спрямовані на розв'язання проблем, подолати внутрішні перешкоди на шляху спільних дій.

Організація та проведення групової роботи. Кожна конкретна група є унікальною та має власний неповторний досвід. Разом з цим, можна говорити про певні етапи групової роботи та загальний зміст діяльності на кожному з них.

Групова робота складається з планування, проведення переговорів та узгодження діяльності, проведення зустрічей групи, завершення роботи та її оцінки.

1. Планування. На цій фазі можна визначити контекст, в якому буде працювати групи, зокрема: різні потреби та можливі форми участі зацікавлених сторін (кожна з них привносить влас-

ний досвід), очікування, переконання, надії та побоювання; цінності та припущення, на які спирається прийняття рішення відносно запропонованих методів втручання; наявність ресурсів та підтримки групи. На цьому етапі необхідно також визначити цілі та завдання групи. Результативною є така група, в якій є чіткі та зрозумілі для всіх цілі. У процесі роботи одні групи більше зорієнтовані на завдання, ніж інші, однак досягнення правильно поставленої мети є завжди важливим. Звичайно, необхідне узгодження програми та методології з усіма зацікавленими сторонами (зокрема, іншими членами МДК програми ПТАО).

2. Фаза переговорів та узгодження, в ході якої формується група та визначається, якою вона буде: відкритою чи закритою; гомогенною чи гетерогенною; довгостроковою чи короткостроковою; великою чи малою; спрямованою на вирішення внутрішніх чи зовнішніх проблем; з добровільною чи обов'язковою участю. Ідеальним є склад групи у 5–9 осіб, оскільки це дозволяє швидко її консолідувати. Якщо група розширюється, більше уваги треба приділити організаційній роботі, щоб кожен з її членів включився в те, що відбувається, та не виникало фракцій усередині групи. Ще до проведення зустрічей групи психологи або соціальні працівники часто проводять індивідуальні зустрічі з потенційними учасниками групи. Це дозволяє налагодити особисті стосунки, вивчити відповідні очікування та занепокоєння, мотивувати пацієнтів до активної участі в групі. Група, безумовно, є соціальним мікроскопом, і в ній відображуються ті соціальні установки, ставлення влади та форми дискримінації (наприклад, сексизм чи расизм), які превалюють у соціумі. Враховуючи це, консультантові необхідно ще на підготовчому етапі вжити заходів для протидії упередженому ставленню. Важливим є також визначення основних правил групи. Правила приймаються за згодою членів групи і можуть бути різноспрямованими, однак, існують такі правила, прийняття яких бажане для кожної групи: дотримуватися конфіденційності; говорити від першої особи; не перебивати, не перемовлятися; у зверненні до інших членів групи використовувати імена, замість вживання займенників («він», «вона»); дотримуватися принципу «тут і зараз» (перевагу надавати розгляду актуальних проблем, аналізу думок та почуттів, що виникають у

процесі роботи групи, навіть якщо ці думки та почуття стосуються минулих подій); дотримуватися добровільності участі та висловлювань, правила «стоп», уникати критики інших членів групи та проявляти повагу до них тощо.

3. Фаза проведення зустрічей групи. Кожна зустріч учасників групи може бути побудована за заздалегідь складеним сценарієм або зосереджена на певній проблемі, привнесеній членом групи. Ведучому групи потрібно враховувати, що деякі теми можуть об'єднати присутніх, а деякі — загальмувати груповий розвиток. У програмах ПТАО групова робота передбачає можливість участі пацієнта впродовж 6 місяців в 12 групових психотерапевтичних сесіях; 12 заняттях освітньої програми, які проводяться у вигляді інтерактивних лекцій, присвячених різним аспектам хімічної залежності, сімейних та сексуальних стосунків, духовним проблемам тощо, а також 12 тренінгах навичок поведінки (асертивність, спілкування, вирішення конфліктів та ін.).

Вибір тематики для групових занять з пацієнтами, залежними від ПАР, залежить від етапу терапії. Зібранням новачків притаманний мотивувальний характер, вони покликані допомогти пацієнтам глибше усвідомити власні проблеми. Тому групові зустрічі з ними можуть мати таку тематику: «Як я уявляю собі зміни в своєму житті», «ПТАО та прийом «вуличних» наркотиків», «Що провокує моє вживання «вуличних» наркотиків», «Яка соціальна та психологічна підтримка мені потрібна», «Як проявляється моя залежність та як я з цим справляюся». У подальшому темами можуть бути: «Як покращити моє здоров'я», «Як отримати якісну медичну допомогу», «Скоєні правопорушення, які досі мене турбують», «Як змінити власну поведінку», «Як знайти роботу», «Чим відрізняється залежна людина від незалежної», «Що значить любити себе і чому це важливо», «Взаємини в сім'ї», «Конфлікти. Як я їх вирішую», «Як долати негативні емоції», «Як бути другом», «Моя система підтримання здоров'я», «Отримання підтримки в одужанні збоку інших людей» і т.п.

Однією з важливих особливостей групової роботи є організація отримання зворотного зв'язку учасників групи один від одного. Це дозволяє слідкувати за тим, що відбувається в групі та з кожним її членом. З боку консультанта зворотний зв'язок може набувати форму конструктивної критики, метою якої є позитивна поведінка пацієнта, а не підсилення його почуття провини. Тому позитивні оцінки повинні

завжди передувати негативним. Критиці можна піддавати тільки певні прояви поведінки, а не особистість.

4. Фаза завершення роботи в групі. Консультант допомагає учасникам групи побачити та пережити почуття, які виникають у них, акцентує увагу на позитивних почуттях, що пов'язані з завершенням роботи групи; допомагає сформувати план подальших дій пацієнту, який полишає групу.

Одним із важливих факторів в одужанні пацієнтів ПТАО є участь в *групах самодопомоги*. Групи самодопомоги об'єднують людей, що мають спільний досвід, життєву ситуацію або проблему, які збираються разом для розв'язання своїх індивідуальних проблем, одночасно допомагаючи здолати проблеми іншим членам групи. Завдяки участі в групах самодопомоги пацієнти ПТАО отримують необхідну інформацію стосовно залежності та методів її лікування, психологічну підтримку, надію на одужання та повернення до суспільства. Групи самодопомоги пацієнтів ПТАО спрямовані на подолання кризових ситуацій; на підвищення самооцінки, впевненості в собі, на надання моральної підтримки в розв'язанні психологічних та соціальних проблем; обмін досвідом з іншими членами групи. Більшість зборів таких груп відбуваються на базі лікувальних закладів, де ці пацієнти отримують ПТАО. Групи самодопомоги пацієнтів ПТАО, як правило, створюють самі учасники, але такі групи можуть бути створені й за ініціативою та при сприянні медичних працівників або фахівців, які здійснюють соціальний супровід пацієнтів ПТАО. Здійснюючи допомогу в організації та проведенні груп самодопомоги пацієнтів ПТАО, *важливо пам'ятати*, що це повинна бути дійсно само- та взаємодопомога, а не звичайна терапевтична група, яку проводить фахівець — фасилітатор.

Такі групи не мають статусу юридичної особи, а існують лише для надання відповідної інформації та психологічної підтримки своїм членам. Найчастіше в цих групах використовують програму «12 кроків», християнську або іншу духовну концепцію, за допомогою якої учасники поліпшують свій психологічний стан, отримують надію та підтримку.

Пацієнтам ПТАО можна рекомендувати участь у групах Анонімних Наркоманів. Традиційно ці групи орієнтовані на повну відмову від вживання наркотиків, але, згідно традицій Анонімних Наркоманів, вживання призначених лікарем наркотичних препаратів не вважається порушенням тверезості. Але, як свідчить досвід, нерідко трапляються випадки, коли пацієнти ПТАО піддаються тиску та дискримінації з боку окремих членів спільноти Анонімних Наркоманів: обмеження в

правах учасника групи (позбавлення права голосу), примус («підштовхування») до виходу з програми ПТАО задля досягнення «повної хімічної чистоти». Свого часу подібні випадки спонукали зародження та подальший розвиток руху *Анонімних Метадонщиків*.

Групи Анонімних Метадонщиків (АМ)[8] виникли в 1991 році в місті Балтимор (США) на базі центру ПТАО. Приводом для появи груп АМ став випадок, коли координатор центру «Man Alive» Гаррі Суіні відвідав збори Анонімних Наркоманів, сподіваючись привітати пацієнтку центру з нагоди отримання нею відзнаки на рік тверезості. Коли ця жінка висловилась на групі про те, як їй допомагала протягом цього року ПТАО, у неї відібрали відзнаку в зв'язку з тим, що учасники тієї групи вважали препарати ПТАО забороненою наркотичною речовиною. Гаррі Суіні був обурений поведінкою та вчинком групи. Він вирішив створити програму «12 кроків» для пацієнтів, які отримують ПТАО. Суіні побудував свою програму на засадах та принципах програми одужання Анонімних Алкоголіків. Тільки перший із дванадцяти кроків згадує про алкоголь : «Ми визнали своє безсилля перед алкоголем, визнали, що більше не мали змоги керувати своїм життям». Єдиною зміною, яка була потрібна, щоб застосувати всі 12 кроків для пацієнтів ПТАО, була заміна на «…нелегальними наркотиками та алкоголем» замість «…алкоголем». На сьогодні в світі працюють сотні груп АМ. Рух Анонімних Метадонщиків існує не лише в США, а й в Ізраїлі, Іспанії, Великій Британії, Австралії, Китаї, Скандинавських країнах. Зароджується він і в деяких регіонах Україні.

Головною метою програми Анонімних Метадонщиків є вміння жити в гармонії з самим собою, навчатися позитивному способу життя та допомагати всім, хто страждає на хімічну залежність, досягти та зберегти тверезість.

[8] http://www.methadone-anonymous.org/

Тема 5. Розвиток навичок оцінювання стану клієнта. Психологічне консультування

Оцінювання стану клієнта. Збір анамнезу. Процес первинної чи повторної оцінки потреб клієнта покликаний забезпечити виконання таких завдань: регулярно збирати та оновлювати інформацію про клієнта з тим, щоб визначити його потреби; зміцнювати довірливі взаємини з клієнтом. Клієнт має право на комплексну оцінку свого стану. За допомогою інтерактивної роботи фахівець з соціального супроводу та клієнт визначають стан здоров'я клієнта, його психологічні особливості та низку соціальних факторів. Основне джерело інформації про потреби — сам клієнт, однак оцінка може включати інформацію від членів сім'ї, з медичних установ та інших джерел, якщо клієнт дав згоду на їх використання. Під час оцінки обговорюють та документують такі питання: вживання ПАР; актуальний стан здоров'я; доступні фінансові ресурси; харчування, житло (доступні можливості); джерела отримання соціальної підтримки (сім'я, друзі, інші джерела); потреба в юридичній консультації; емоційний стан та психічне здоров'я.

Оцінювання проблем, пов'язаних із вживанням. Починається з визначення істинних причин, що змусили клієнта звернутися до вас. Якщо клієнт перебуває під впливом алкоголю або наркотиків, зробити якісну оцінку досить важко. У такій ситуації слід зосередити основні зусилля на встановлення рап**о**рту. Треба вислухати клієнта, але офіційну оцінку відкласти до наступної зустрічі. Необхідно дати йому чітку інструкцію, щоб він утримався від вживання алкоголю або наркотиків перед наступною зустріччю.

Вивчення анамнезу (історії) вживання наркотиків клієнтом допоможе вам визначити, чи носить ця проблема хронічний характер.

Вживання ін'єкційних наркотиків: Запитайте вашого клієнта про те, як часто він робить собі ін'єкції, які дози зазвичай вводить. З'ясуйте, скільки грошей він витрачає на наркотики щотижня. Розмова на цю тему може відкрити можливість запитати клієнта про джерело доходів, отже, про його кримінальну діяльність. З'ясовуючи схему споживання ін'єкційних наркотиків, ви також можете розпитати клієнта про його поведінку щодо небезпечного використання голок і шприців.

Більшість клієнтів, у яких є сильний потяг до наркотиків, змушені вживати різні ін'єкційні наркотики, оскільки одна й та сама бажана для них речовина не завжди виявляється доступною.

Для отримання більш повної картини розпитайте клієнта про минулий досвід лікування. Таким чином, ви зможете виявити умови, за яких він зможе утримуватися від вживання наркотиків або вживати їх і меншій кількості. Спробуйте визначити причини, які змушували клієнта повертатися до вживання ПАР. Така інформація допоможе намітити цілі роботи з клієнтом і буде особливо корисна при плануванні профілактики рецидивів. Обговорення минулих, нехай навіть нетривалих, періодів, коли клієнт утримувався від вживання наркотиків, також може надати йому впевненість у власних силах.

Вживання алкоголю: Точні дані про кількість алкоголю, який споживає клієнт, служать основою для порівняння з результатами, досягнутими на пізнішій стадії роботи, а також є одним з показників ступеня його алкогольної залежності. Запитайте клієнта, як часто він випиває. Чи робить він це щоденно, чи бувають у нього періоди запоїв. Дізнайтеся, скільки алкоголю клієнт вживає на тиждень, у звичайний день, коли він просто випиває, і в день, коли він п'є дійсно багато. Відповідаючи на ці питання, клієнт може відчути деяке збентеження у зв'язку з необхідністю називати точні обсяги. Тоді може виявитися корисним перебільшити передбачувану вами кількість спожитого клієнтом спиртного. Тоді він зможе відтворити реальну картину і без почуття ніяковості визнати, що випиває дійсно багато. Попросіть вашого клієнта описати послідовність подій протягом звичайного дня, коли він вживає спиртне. Поставте йому кілька запитань, що стосуються подій і діяльності, які зазвичай пов'язані з прийомом алкоголю. Наприклад, запитайте клієнта про те, коли приблизно він починає пити; про час, який він витрачає на прийом алкоголю; про кількість і тип вживаних спиртних напоїв; про те, коли і як він перестає пити.

Професійна діяльність і матеріальне становище. Чи є у клієнта постійна робота? Помітив він якісь зміни в ефективності своєї роботи за той період, протягом якого він вживав наркотики? Які джерела доходів (заробітна платня, інвалідність, утримання, кримінал)? Чи є у нього постійне житло?

Сімейний стан і соціальна підтримка. З ким живе клієнт? Які люди є для нього значущими? Чи відчуває він підтримку своєї родини, друзів? Чи наявне вживання алкоголю або інших речовин в історії родини? Поширене надмірне вживання наркотиків чи алкоголю серед значущих людей? Заохочували вони його рішення почати лікування?

Наявність власної сім'ї та дітей на утриманні. Насильство в сім'ї. Неблагополуччя в подружньому житті. Корисно дізнатися, чим захо-

плюється ваш клієнт зараз, а також, яке хобі було в нього в минулому. Це хобі може стати альтернативою вживанню наркотиків.

Якщо під час візиту до вас клієнта супроводжують особи, які можуть впливати на нього, дізнайтеся, як вони ставляться до його проблеми, пов'язаної з вживанням наркотиків. Чи існують розбіжності в оцінці ступеня серйозності цієї проблеми? У такій обстановці доцільно завести розмову про наслідки зловживання ПАР. Наприклад, відмова від вживання наркотиків не обов'язково допоможе налагодити взаємини з оточенням або вирішити всі сімейні проблеми. Лікування клієнта буде більш ефективним, якщо його підтримають близькі. Розгляньте можливість безпосередньої участі в лікуванні членів сім'ї клієнта, його друзів або партнера, в тому випадку, якщо вони виявлять таке бажання. Якщо дружина чи подруга вашого клієнта бере безпосередню участь у його лікуванні, необхідно допомогти їй вирішити її проблеми, а не покладати на неї відповідальність за зловживання її партнером ПАР.

Чи пред'явлено зараз вашому клієнтові звинувачення в якомусь правопорушенні? Чи притягувався він до відповідальності?

Важливо оцінити ризик інфікування ВІЛ. Є два чинники, які збільшують ризик зараження ВІЛ-інфекцією:

Ін'єкційні наркотики: Як часто клієнт робить ін'єкції наркотиків? Як часто він і його знайомі, що вживають наркотики, користуються однією і тією ж голкою? Як часто і наскільки ефективно клієнт стерилізує шприць перед повторним використанням?

Сексуальна поведінка: Скільки сексуальних партнерів було у клієнта в минулому місяці? Чи користується він презервативами під час сексуальних контактів? У яких ситуаціях він не користується презервативами? Скільки разів за останній місяць ваш клієнт практикував секс без презерватива?

Якщо ваш клієнт піддає себе або оточуючих ризику зараження ВІЛ-інфекцією, необхідно вжити певних заходів, щоб запобігти подібному поводженню в майбутньому. Оцінити знання вашого клієнта про те, які дії є безпечними, а які — ризикованими. Навіть якщо клієнт володіє цими знаннями, він може й далі поводити себе ризикованим чином.

Проблеми фізичного здоров'я. Результати медичного обстеження можуть бути корисними. Інформація дозволить вам намітити відповідні цілі лікування. У кінцевому підсумку, результати медичного обстеження допоможуть вам посилити мотивацію клієнта, який прагне поліпшити стан здоров'я.

Психічні порушення. Багато клієнтів, які мають проблеми, пов'язані з вживанням наркотиків, страждають психічними розладами. Крім того, для них характерні різкі перепади настрою. Симптомами депресії є постійний сумний настрій, відсутність інтересу до звичайної діяльності, апатія, порушення сну та / або апетиту, відчуття власної нікчемності або думки про самогубство. Оцінити ступінь ймовірності суїциду і, якщо це необхідно, вжити заходів для безпеки клієнта.

Тривожний клієнт може відчувати гіпертрофоване та стійке занепокоєння з приводу деяких життєвих обставин, або стійку тривогу з проявами фобії. Фізичні симптоми тривоги включають порушення сну, деякі симптоми вегетативного характеру, зокрема утруднене дихання, біль в області серця та прискорене серцебиття. Тривога може бути виявлена за допомогою «Опитувальника тривоги Бека».

Оцінювання — процес динамічний. Стан здоров'я та обставини життя клієнта можуть змінюватися, відповідно змінюються і його потреби. Спеціаліст з соціального супроводу повинен регулярно проводити додаткове оцінювання потреб клієнта, але в будь-якому випадку потрібно це робити щонайменше кожні три місяці.

Якщо клієнт потребує виключно інформування та перенаправлення, з ним також потрібно контактувати (принаймні телефоном) щомісяця для виявлення нових потреб. Клієнти, які отримують послуги соціального супроводу у програмі ПТАО, повинні проходити задокументоване оцінювання щомісяця.

Визначення потреб клієнта. Складання індивідуального плану.

Послугу надає психолог (за відсутності — фахівець з соціального супроводу). Вона включає в себе:

- оцінку психологічного стану клієнта, складання разом з клієнтом індивідуального плану та регулярний його перегляд;
- розробку взаємно погодженого плану тем індивідуальних консультацій, дотримання його та перегляд у випадку змін у стані клієнта;
- консультування членів родини клієнтів (за запитом) відповідно до індивідуального плану;
- здійснення моніторингу стану клієнтів, оцінка ефективності лікування та отримання соціальних послуг;
- підтримку роботи групи взаємодопомоги, створеної клієнтами ЗПТ.

Консультування. Консультування направлене на зміну поведінки. Завдання консультування: підсилення мотивації, навчання соціаль-

ним навичкам, навчання прийняттю рішень, поліпшення міжособистісних та сімейних відносин. Консультування — збірна назва різних видів діяльності, від звичайного опитування та надання рекомендацій з використанням базових навичок консультування до спеціальних психотерапевтичних видів втручання. Мета консультування є надання допомоги людям у вирішенні їхніх життєвих проблем. Консультування допомагає клієнту навчитись новим моделям поведінки, сприяє розвитку особистості. У процесі консультування робиться акцент на відповідальності клієнта: він приймає рішення, а консультант створює умови, які мотивують та заохочують до правильного вибору.

Психологічне консультування — це процес взаємодії двох чи більше людей у атмосфері довіри, коли спеціальні знання психолога спрямовані на надання психологічної допомоги клієнту чи групі клієнтів в оперативному розв'язанні проблем, виявленні особистісних ресурсів чи створенні перспективних програм розвитку. Психологічне консультування — сфера практичної професійної діяльності психолога, пов'язана з наданням допомоги людям, які її потребують, у вигляді рекомендацій щодо вирішення життєвих психологічних проблем. Такі рекомендації клієнт отримує в ході особистого спілкування з психологом-консультантом як підсумок аналізу проблеми, вивчення того, як вона виникла в житті клієнта. Результатом послуги психологічного консультування має бути поновлення здатності клієнта до самодопомоги, вирішення власних життєвих труднощів. Традиційно психологічне консультування розглядається як процес, спрямований на допомогу людині у розв'язанні (у пошуках шляхів подолання) проблем і труднощів психологічного характеру.

Структура індивідуального консультування наркозалежних. На першій зустрічі потрібно інформувати клієнта про правила та умови участі в програмі ЗПТ. Потрібно пояснити клієну, які види діяльності пов'язані з одужанням, та з'ясувати, яку він має підтримку. Під час другої зустрічі складають попередній індивідуальний план.

Приклад плану клієнта ПТАО:

- Своєчасно отримувати препарати ПТАО відповідно до режиму роботи сайту.
- Пройти флюорографічне обстеження (протягом тижня), обстеження на ВІЛ, гепатити В і С (протягом 2-х тижнів),
- Брати участь у індивідуальних консультаціях (щосереди) та групових заняттях (щочетверга).
- Утримуватися від вживання заборонених ПАР.

– Стати на облік у службі зайнятості).
– Пройти консультування вузьких фахівців (наприклад, консультація хірурга, дерматолога при потребі).
– Уникати спілкування з людьми, які вживають нелегальні наркотики (не зустрічатися, не дзвонити, не відповідати на їхні дзвінки).
– Брати участь у групах взаємодопомоги.

При написанні плану використовують «SMART-підхід» формулювання найближчих цілей. «SMART» — абревіатура, утворена від великих букв англійських слів: Specific — конкретний; Measurable — вимірний; Achievable — досяжний; Realistik — реалістичний / прагматичний; Timed — визначений за часом. Одна з помилок консультантів-початківців — формулювання плану одужання загальними фразами, які не мають конкретного наповнення. Тому потрібно звертати увагу,

щоб в плані кожна ціль мала чіткий, конкретний результат;
щоб можна було виміряти досягається ціль чи ні;
щоб ціль була така, яку можна досягнути;
щоб ціль відповідала бажанням клієнта; та
щоб були вказані конкретні терміни її досягнення.

На етапі індукції ЗПТ перші дві індивідуальні консультації присвячені ознайомленню клієнта з лікувальною програмою ПТАО, отриманням відомостей про історію вживання, попереднього лікування та розробці, разом з клієнтом, плану індивідуальних консультацій.

На етапі стабілізації індивідуальне консультування бажано проводити раз на тиждень. Його завдання — допомогти розпізнавати та уникати подразників, що призводять до вживання нелегальних наркотиків та з'ясувати фактори, що можуть сприяти їх подальшому вживанню, навчити вести альтернативну діяльність при виникненні потягу до вживання ПАР, спонукати до участі в здоровій активності та в групах взаємодопомоги задля формування прихильності до ЗПТ. Цей період триває в середньому до 3-х місяців за умови, що за цей період клієнт робить певні успіхи. На підтримувальному етапі необхідно допомогти клієнту утримуватися від вживання нелегальних наркотиків, вміти розпізнавати емоційні подразники, оволодіти навичками розв'язання проблемних ситуацій без повернення до вживання «вуличних» наркотиків, пояснити поняття зриву та рецидиву. На всіх етапах потрібно проводити індивідуальне та групове консультування з питань безперервності ЗПТ у разі госпіталізації клієнтів, профілактики виносу препаратів ЗПТ за межі кабінету ЗПТ, формування прихильності до ЗПТ.

На етапі проходження детоксикації, за бажанням клієнта, необхідно збільшити частоту зустрічей з психологом і/або фахівцем з соціального супроводу до 1–2 консультацій на тиждень, а по закінченні консультацій підвести підсумок досягнень за цей період. При відсутності у клієнта можливості пройти реабілітацію рекомендувати підтримувальні зустрічі 1 раз на місяць після виходу з програми. Мета цих консультацій — нагадати клієнту про його відповідальність в одужанні, запропонувати підтримку та зворотний зв'язок, допомогти розробити власний план одужання та бути настороженим до симптомів рецидиву в кризових ситуаціях.

Рекомендовані теми індивідуальних консультацій:.

- Люди, місця, речі.
- Структурування особистого часу.
- Подолання потягу до вживання наркотику.
- Ситуації підвищеного ризику.
- Вживання алкоголю, марихуани та інших наркотиків.
- Запобігання зриву та переривання ЗПТ. Розпізнання процесу рецидиву.
- Стосунки в одужанні.
- Розвиток стилю життя вільного від нелегальних наркотиків.
- Відпочинок та вільний час.
- Робота та розпорядження грошима.

Консультування клієнтів з ВІЛ-позитивним статусом.

Якщо у клієнта ВІЛ-позитивний статус, то залежно від його психічного та фізичного стану, процес консультування має свої особливості. Основну проблему клієнта — наявність ВІЛ-інфекції — вирішити неможливо, можливо тільки змінити ставлення людини до цього факту. Таким чином, необхідно працювати над формуванням моделі поведінки, яка дозволить клієнту долати труднощі, пов'язані з ВІЛ-позитивним статусом. Якщо пацієнт отримує ВААРТ, слід поінформувати про можливість взаємодії препаратів ВААРТ та ЗПТ.

Завдання консультанта полягає в тому, щоб допомогти клієнту виявити свої емоції та продемонструвати розуміння ситуації. При цьому слід переконати клієнта в тому, що його звернення до консультанта з бажанням розповісти про свої страхи та переживання є нормальним та природним, сприяти формуванню впевненості в тому, що ці страхи можна подолати.

Консультування — особливий вид допомоги, заснований на емпатії, шанобливому ставленні до потенційних можливостей клієнта, щирості (конгруентності) почуттів.

Важливо розуміти, що будь-які форми неадаптованої поведінки виникають тоді, коли людині пред'являють вимоги вищі за її здатність адекватно на них відповідати. Підвищити ймовірність проявів психічних побічних явищ (ППЯ) можуть:

- ситуації, пов'язані зі станом голоду, втоми, роздратованості, нездужання, м'язового болю, свербежу та ін.;
- ситуації, пов'язані з монотонністю, тривалим очікуванням (наприклад, багатогодинна подорож у автобусі, стояння в довгій черзі) чи навпаки, різкою зміною обставин, необхідністю швидко переключитися з одного виду діяльності на інший;
- соціальні ситуації: обман, неуважність (наприклад, з боку продавців), ситуації, в яких треба відстоювати свої інтереси, сварка з близькими тощо;
- особливості навколишнього середовища та клімату (наприклад, спека).

Існує досить багато методів допомоги, що сприяють розвитку факторів стабілізації. Це може бути призначена психіатром фармакотерапія психічних побічних явищ, яка значно скорочує інтенсивність цих проявів. Крім допомоги психіатра, зменшенню ймовірності прояву побічних явищ у психічній сфері сприяє підтримання задовільної фізичної форми. Слабкість, м'язові болі, відсутність апетиту — всі ці симптоми можуть викликати роздратування і знижений настрій, а, отже, можуть бути чинниками дестабілізації. З усіх питань, пов'язаних з побічними проявами, слід консультуватися з лікарем.

Вираженість ефектів ППЯ залежить від способу життя клієнта: регулярного сну, режиму харчування, регулярної фізичної активності. Завдання консультанта в цій ситуації, використовуючи мотиваційні технології, підтримувати зусилля та допомагати клієнту вести здоровий спосіб життя. Якщо клієнтові доводиться стикатися з несподіваними обставинами, можна розповісти йому про те, що в таких ситуаціях існують три варіанти поведінки: настоювати на своєму, підкоритися ситуації або чужій волі чи знайти компромісне рішення з урахуванням власних планів і обставин. Таке рішення має бути прийнятним для ситуації і всіх її учасників, реалістичним і здійсненним для людини, а якщо задіяні кілька осіб — для всіх сторін. При даному варіанті ймовірність експлозивних реакцій набагато менша, ніж у двох попередніх випадках, але він вимагає від усіх сторін, що задіяні у ситуації, докладуть значних зусиль і навичок прийняття рішень.

Навички прийняття рішення — це навички та вміння, які дозволяють людям розуміти стан і потреби один одного і домовлятися про компромісне рішення. Для того, щоб знайти компроміс, треба вміти усвідомлювати, контролювати і конструктивно виражати свої емоції, визначати і формулювати потреби і володіти здатністю донести це до оточення (тобто володіти комунікативними навичками). Відпрацювання цих навичок входить як до програми індивідуального консультування, так і до групових тренінгів комунікативних навичок і навичок прийняття рішень, управління стресом і гнівом тощо.

Розвиток навичок прийняття рішення допоможе не тільки клієнту, але і його родині та близьким. Реакції і поведінка близьких можуть бути як дестабілізаторами, так і навпаки, стабілізаторами, можуть допомогти подолати складну ситуацію. Дестабілізуючими можуть бути реакції, засновані на припущенні, що своєю поведінкою клієнти намагаються домогтися від близьких якихось преференцій. Виходячи з цього, логічним є протистояння, маніпуляції, ігнорування прохань або вимог, виховні впливи (покарання, залякування та ін.). Всі ці дії можуть тільки спровокувати зриви і погіршити ситуацію. Так розпочинається рух по замкнутому колу, результатом якого є відчай, самотність, безсилля, розвал сімейних відносин. Через загрозу розпаду сім'ї деякі клієнти вирішують припинити терапію.

Тому важливо на консультації донести до клієнтів та їхніх близьких таке: розуміння природи ППЯ; усвідомлення, що людина реагує таким чином саме тому, що не може справитися з деякими ситуаціями; важливість володіння навичками спільного прийняття рішень; можливість звернутися за підтримкою; настання моменту усвідомлення необхідності піклуватися про себе самостійно.

Щоб мінімізувати ППЯ, клієнту необхідно: оптимізувати режим дня, харчування та лікування; проконсультуватися з психіатром і, за потреби, вдатися до медикаментозного лікування; розвивати навички контролю емоцій і прийняття рішень; спільно з близькими брати участь у лікуванні та шукати шляхи виходу зі складних ситуацій; забезпечити собі систему соціальної підтримки.

Завданням консультанта є:

- розробити разом з клієнтом систему підтримки та план заходів, і за необхідності направити клієнта до груп взаємодопомоги або до сімейного консультанта.
- виявити потенційні перешкоди для прийому препарату ЗПТ (подорожі / відрядження, непостійний графік роботи, жит-

тєві проблеми, відсутність постійного житла тощо) і скласти план подолання різних потенційних бар'єрів;

- обговорити, як справлятися з помилками та перервами в схемі лікування. Переконати, що краще повернутися до схеми лікування, ніж кинути, що помилки природні і часом неминучі, проте вони служать досвідом, щоб уникнути їх повторення в майбутньому;
- щоб пацієнт проговорював свою схему лікування, мав графік прийому препаратів, візуальні нагадування, отримував текстові та візуальні матеріали з проблеми та контактну інформацію.

Тема 6. Кейс-менеджмент (ведення випадку). Робота за індивідуальними планами. Документація

Кейс-менеджмент (case management) – «робота з випадком» чи «соціальний супровід» – «процес, в якому об'єднується оцінка, планування, допомога та підтримка в отриманні послуг, які відповідають потребам здоров'я клієнта, здійснюється через спілкування і пошук наявних ресурсів для досягнення якісних та визначених результатів». Кейс-менеджмент — достатньо розповсюджений метод на Заході, його використовують в індивідуальній і соціальній роботі з різними клієнтами: безхатченками, пацієнтами лікарень, людьми, які живуть з ВІЛ, неблагополучними сім'ями, людьми, які звільняються з місць позбавлення волі, людьми похилого віку, емігрантами, залежними людьми тощо. Роботу кейс-менеджерів будують за таким алгоритмом:

- встановлення контакту, аналіз ситуації, мотивація, складання індивідуального плану та підписання інформованої згоди щодо медико-соціального супроводу клієнта;
- індивідуальний супровід, а також переадресація в інші установи;
- моніторинг досягнутих цілей (в т.ч. коригування плану) та аналіз досягнень.

Кейс-менеджери спільно з клієнтами складають план заходів із супроводу (направлення на обстеження, госпіталізація, правова допомога тощо), координують взаємодію з окремими профільними закладами.

Кейс-менеджмент клієнтів ПТАО — один із методів роботи, який одночасно спрямований як на вирішення психологічних, соціальних проблем, проблем зі здоров'ям, так і на роботу з соціальною системою, в якій живе клієнт (від направлення до організацій партнерів до адвокації). Таким чином, кейс-менеджер програми ПТАО повинен володіти загальними навичками соціального працівника, як-от вміння консультувати, повинен поділяти етичні правила соціальних працівників. В ідеальному випадку кейс-менеджери мають спеціальну освіту, яку вони отримали на факультетах соціальної роботи чи медичних факультетах, але часто ці обов'язки виконують спеціалісти з одужання, фахівці, що отримали відповідний тренінг та мають навички спілкування з наркоспоживачами та представниками різних медичних та соціальних служб. Кейс-менеджмент пацієнтів ПТАО — це супровід клієнта та допомога у розв'язанні його проблеми від початку до кінця. Його метою є надання

послуг найефективнішим способом, а клієнти — люди з багатьма психосоціальними проблемами і/або проблемами зі здоров'ям.

Традиційні стадії кейс-менеджменту програми ПТАО:

1. Встановлення контакту. Визначення, чи підходить ця програма клієнту; інформування про наявні види допомоги, залучення в програму.
2. Оцінювання — визначення можливостей та потреб клієнта.
3. Планування, визначення цілей — розробка разом з клієнтом чіткого плану, що містить цілі, які відповідають потребам клієнта, і використовує можливості, виявлені при оцінюванні. Слід ставили досяжні цілі, чітко визначати час, необхідний для виконання плану та постійно переглядати і за необхідності уточнювати заплановані інтервенції. Інтервенція — це послуга чи вид допомоги, які відповідають певному етапу плану. Наприклад, направлення клієнта туди, де він зможе отримати необхідні йому послуги чи допомогу.
4. Моніторинг/оцінка — перевірка виконання запланованих завдань та досягнення очікуваних результатів.
5. Завершення — закриття випадку після виконання плану та досягнення бажаних результатів щодо потреб, виявлених на стадії оцінювання.

Систему супроводу слід адаптувати до конкретних медичних і соціальних потреб клієнтів, які мають різне виховання, походження і проблеми, зокрема, обумовлені наявністю ВІЛ-інфекції. Послуги супроводу повинні відповідати загальними принципами надання допомоги, зокрема, визнання права клієнта на підтримання високої якості життя, недоторканність приватного життя, конфіденційність, самовизначення, недискримінаційне і неупереджене ставлення, милосердний догляд, гідність і повагу.

Основні функції. Клієнт отримує своєчасний доступ до медичних і психосоціальних служб допомоги. Основні функції соціального супроводу включають:

- інформування та направлення до відповідних служб;
- оцінювання потреб клієнта і його можливостей отримати підтримку;
- захист, відстоювання інтересів клієнтів, пов'язаних з участю в ПТАО (час отримання препарату, який би дозволяв клієнту працювати, безперервність ПТАО при госпіталізації, участь у засіданнях МДК при вирішенні питань виключення клієнтів з

ЗПТ тощо). Інформування медичних працівників про наявність у клієнтів стресових ситуацій, які можуть потребувати корекції дозувань препарату ЗПТ.

- допомога в отриманні соціальних, психологічних або юридичних послуг;
- складання комплексного індивідуального плану отримання послуг;
- координацію діяльності служб, що беруть участь у реалізації складеного індивідуального плану;
- моніторинг процесу супроводу та оцінку ефективності індивідуального плану;
- періодичний перегляд та внесення змін до індивідуального плану.

Клієнту може знадобитися допомога в пошуках житла, юридичне консультування або інші послуги. При цьому пошук житла та юридична консультація не є соціальним супроводом. Натомість соціальний супровід — це визначення потреби в цих видах допомоги та організація їх надання. Послуги слід завжди надавати з позиції інтересів клієнта. Стандарти ведення випадку включають вимоги щодо:

- навчання та підбору персоналу;
- визначення прав і обов'язків клієнта;
- організації процесу прийняття клієнта в програму;
- проведення оцінки та повторної оцінки потреб клієнта;
- складання індивідуального плану;
- супроводу і направлення;
- організації моніторингу і подальшого спостереження;
- планування виходу з програми;

Установи, що надають послуги, повинні наймати фахівців з досвідом роботи в соціальній сфері та здатних, щонайменше, координувати послуги, збирати та надавати інформацію й направляти клієнтів, які звернулися за підтримкою, вести необхідну документацію.

Направляючи клієнтів ПТАО до відповідних служб, кейс-менеджер виконує роль сполучної ланки між клієнтами та постачальниками послуг. До обов'язків кейс-менеджера входить спілкування з установами, починаючи з тої, де клієнт отримує ПТАО, і до всіх тих, куди клієнт направлений (з його згоди); захист інтересів клієнта, якщо останній не здатний відстоювати їх самостійно.

Моніторинг та подальше спостереження здійснюється для виконання таких завдань:

- проконтролювати доступність послуг, які клієнт планує отримати;
- визначити та усунути бар'єри, з якими стикається клієнт при виконанні заходів індивідуального плану;
- визначити, чи зберігається у клієнта потреба в послугах супроводу;
- допомогти установам, що надають послуги, планувати та прогнозувати обсяг роботи з клієнтами.
- планувати вихід з програми та заходи на перехідний період.

Планування виходу з програми здійснюється для:

- забезпечення плавного виходу з програми клієнта, який більше не потребує послуг з супроводу або не бажає їх далі отримувати;
- надання кейс-менеджеру можливості інтенсивно працювати з активними клієнтами, які звертаються за послугами;

Вихід клієнта з програми — це планомірний процес, в ході якого клієнту надається можливість поступово перейти до самостійного життя та повністю взяти на себе відповідальність за своє здоров'я і благополуччя.

Деяким клієнтам необхідний лише мінімальний пакет послуг, наприклад, інформування і направлення в організацію, що надає певні види послуг, тому вони спілкуються з кейс-менеджером періодично.

Тема 7. Правові аспекти конфіденційності інформації пацієнтів ПТАО

Відповідно до статті 286 Цивільного Кодексу України «Право на таємницю про стан здоров'я» фізичній особі гарантується право на нерозголошення інформації про стан здоров'я.

Пацієнти ПТАО, як і всі громадяни України, мають право на таємницю щодо стану їхнього здоров'я, факту звернення за медичною допомогою, діагнозу, а також даних, отриманих при медичному обстеженні. Всі відомості, які є у медичних працівників (списки, журнали, протоколи видачі препаратів тощо) належать до такої інформації.

Реалізація права на таємницю про стан здоров'я фізичної особи гарантується обов'язками інших осіб. Відповідно до статті 286 Цивільного Кодексу, фізична особа (в закладі охорони здоров'я це лікарі, медичні сестри, інші посадові особи) зобов'язана утримуватись від поширення інформації про стан здоров'я пацієнта, факт його звернення за медичною допомогою, а також про результати його медичного обстеження та інших відомостей, які стали відомі при виконанні нею службових обов'язків або з інших джерел, наприклад, випадкове отримання інформації або отримання інформації від самого хворого з попередженням про неможливість її подальшого поширення. Забороняється вимагати або надавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування пацієнта.

Право на таємницю про стан здоров'я фізичної особи охороняється також кримінальним законодавством, зокрема: ст. 145 Кримінального Кодексу України «Незаконне розголошення лікарської таємниці» та Законом України «Про інформацію», у якому (стаття 46) передбачено, що не підлягають розголошенню відомості, **які стосуються лікарської таємниці.** Обов'язок збереження лікарської таємниці передбачений і Клятвою лікаря, затвердженою Указом Президента України № 349 від 15 червня 1992 р.

У Статті 37 Закону «Про інформацію» зазначені документи та інформація, що не підлягають наданню для ознайомлення за запитами. Не підлягають обов'язковому наданню для ознайомлення за інформаційними запитами офіційні документи, які містять у собі конфіденційну інформацію; інформацію, що стосується особистого життя громадян; інформацію, що не підлягає розголошенню згідно з іншими законодавчими або нормативними актами. Установа, до якої звернуто

запит, може не надавати для ознайомлення документ, якщо він містить інформацію, яка не підлягає розголошенню на підставі нормативного акта іншої державної установи, а та державна установа, яка розглядає запит, не має права вирішувати питання щодо її розсекречення;

Власник інформації має право призначати особу, яка здійснює володіння, використання і розпорядження інформацією, і визначати правила обробки інформації та доступ до неї, а також встановлювати інші умови щодо інформації. У Статті 46. «Неприпустимість зловживання правом на інформацію» зазначено, що не підлягають розголошенню відомості, що стосуються лікарської таємниці, крім випадків, передбачених законом.

Стаття 47. Відповідальність за порушення законодавства про інформацію.

Порушення законодавства України про інформацію тягне за собою дисциплінарну, цивільно-правову, адміністративну або кримінальну відповідальність згідно з законодавством України.

Відповідальність за порушення законодавства про інформацію несуть особи, винні у вчиненні таких порушень, як використання і поширення інформації стосовно особистого життя громадянина без його згоди особою, яка є власником відповідної інформації внаслідок виконання своїх службових обов'язків.

У ст. 78 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» закріплюються професійні обов'язки медичних працівників зберігати лікарську таємницю, а саме: медичні і фармацевтичні працівники зобов'язані дотримуватись вимог професійної етики і деонтології, зберігати лікарську таємницю;

В Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та Цивільному кодексі, як і в самому Кримінальному кодексі, не визначено, що інформація повинна бути задокументованою. Тобто будь-яка інформація (письмова чи усна), що стосується факту звернення за медичною допомогою, медичного огляду чи його результатів, інтимного чи сімейного життя пацієнта, становить лікарську таємницю.

Однак, за передбачених законодавством обставин, право на таємницю про стан здоров'я фізичної особи може бути обмежено. У ст. 6 Закону України «Про психіатричну допомогу», зазначена можливість передання відомостей про стан психічного здоров'я без згоди особи чи її законного представника з метою:

а) організації надання особі, яка страждає на тяжкий психічний розлад, психіатричної допомоги;

б) провадження дізнання, попереднього слідства або судового розгляду за письмовим запитом особи, яка проводить дізнання, слідчого, прокурора та суду.

Основним фактором ризику розголошення лікарської таємниці є відповіді на запити, що приходять на адресу медичного закладу з вимогою надання інформації про пацієнта з прокуратури, правоохоронних органів, запити інших установ і організацій.

Законодавством України передбачені випадки, коли медичні заклади повинні надати відомості, що становлять лікарську таємницю. **Лікарська таємниця не зберігається при запитах судово-слідчих органів**[9] **та, у деяких випадках, при запитах медичних закладів.**

Надання відомостей, які становлять лікарську таємницю, на письмові запити правоохоронних органів має свої особливості та можливе виключно

- **якщо в провадженні наявні справи про злочин у межах досудового слідства,**
- **в порядку перевірки заяви або повідомлення про злочин до порушення справи (ст. 97 КПК).**

[9] В запиті має бути вказано, по якій карній чи адміністративній справі вимагається інформація.

ЧАСТИНА 3

Тема 1. Завершення лікування. Показання до припинення ПТАО. Схеми проведення детоксикації

Згідно з рекомендаціями ВООЗ, тривалість підтримувального етапу повинна становити щонайменше 2 роки, хоча деякі пацієнти продовжують лікування з користю для себе протягом багатьох років. Тривалість лікування визначається, у першу чергу, досягненням основних цілей замісної терапії, а потім — готовністю пацієнта до детоксикації та повної відмови від наркотиків. Після досягнення цілей ЗПТ, тобто фізичної, психологічної та соціальної стабілізації, пацієнт може мати шанс на те, щоб після детоксикації завершити ЗПТ. В таких випадках рекомендовано після детоксикації пройти ще додатковий курс психологічної реабілітації.

Треба чітко усвідомлювати, що наркозалежність — хронічна хвороба і не завжди є висока вірогідність повної відмови пацієнта від наркотику, навіть після довготривалого лікування. Як у випадках інших хронічних хвороб (гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, бронхіальна астма тощо) припинення терапії веде до рецидиву. При наркозалежності наслідками рецидиву може бути смерть від передозування, зараження ВІЛ чи вірусним гепатитом або ув'язнення. Тобто треба зважити усі чинники раніше, ніж пропонувати пацієнтові припинення лікування.

Підтримувальна фаза може бути завершена детоксикацією і повною відміною препарату в плановому порядку, або у випадку адміністративної виписки.

Планова виписка здійснюється після досягнення терапевтичних цілей і повної детоксикації (припинення прийому бупренорфіну чи метадону), що проводиться тільки за згодою хворого.

Адміністративна виписка здійснюється в таких ситуаціях:

- неможливість продовжувати лікування внаслідок відсутності пацієнта (зміна місця проживання, тюремне ув'язнення тощо);
- грубе порушення режиму і правил ЗПТ (фізичне насильство, повторні спроби крадіжки препарату, торгівля наркотичними засобами в межах ЛПЗ або поблизу);

– систематичні пропуски візитів до клініки (понад 10 протягом місяця).

Адміністративна виписка проводиться після розгляду МДК фактів порушення режиму. Рішення фіксується письмово. У випадку грубих порушень режиму (фізичне насильство, спроби крадіжки препарату, торгівля наркотичними засобами) і відсутності в терапевтичній програмі протягом понад 10 днів без поважної причини пацієнт відразу виписується з програми. У випадку менш грубих порушень режиму виписка проводиться після курсу короткочасної детоксикації (схеми детоксикації див. нижче). МДК також може прийняти на своєму засіданні рішення про можливість та терміни повторного прийняття до програми, якщо пацієнт має таке бажання.

Лікарі й інші працівники мусять усвідомлювати, що виписка є крайнім заходом щодо хворого, оскільки позбавляє його можливості одержувати медичну допомогу для лікування свого захворювання, і може бути виправданою лише в тому випадку, коли поведінка хворого загрожує безпеці та здоров'ю інших пацієнтів чи персоналу або у випадках, коли лікування не має ніяких позитивних наслідків.

Рішення про планове завершення терапії може прийняти МДК на прохання самого пацієнта й тільки за відсутності ознак вживання нелегальних опіоїдів. Необхідно враховувати при цьому не тільки його побажання, але й реальні можливості. Недостатній потенціал пацієнта щодо переходу до вільного від наркотиків життя є передумовою рецидиву і може стати причиною повернення до ризикованої поведінки. У такій ситуації краще продовжити ЗПТ, ніж піддавати пацієнта такому ризикові. Тому, готуючись запропонувати пацієнтові завершення терапії, варто врахувати всі зміни, що відбулися в його стані: соматичні, психологічні, сімейні, правові, пов'язані з працевлаштуванням тощо. Якщо все-таки прийнято рішення про проведення детоксикації і завершення терапії, то дозу замісного препарату слід зменшувати поступово. Вибір темпу зменшення дози залежить від фізичного та психічного стану пацієнта та наявності часу. Дуже важливо узгоджувати зменшення дози з пацієнтом та посилити психологічний супровід під час усього періоду детоксикації, щоб підготувати пацієнта до появи симптомів відміни, зменшити тривогу та ризик вживання нелегальних опіоїдів.

За тривалістю детоксикація може бути умовно поділена на коротко — та довгострокову. Довгострокова детоксикація може відбуватися впродовж 1–6 місяців, але клінічне спостереження має бути дуже пильним, щоб детоксикація не перетворилася на довгий період субоп-

тимального дозування з коливаннями дози внаслідок тиску особистісних проблем пацієнта та персоналу програми ЗПТ. Загальне правило довгострокової детоксикації метадоном: знижувати дозу можна на 10 мг за тиждень до рівня 40 мг, потім знижувати не швидше 5 мг на тиждень. При детоксикації бупренорфіном доза щотижнево знижується на 4 мг до рівня 8 мг, потім знижувати не швидше ніж 2 мг на тиждень. Приклад 4-місячної детоксикації наведений у табл. 3.

Таблиця 3

Приклад 4-місячної схеми детоксикації бупренорфіном або метадоном

Добова доза бупренорфіну, мг	Добова доза метадону, мг	Тривалість
16	60	14 днів
14	50	14 днів
12	40	14 днів
10	30	14 днів
8	20	14 днів
6	15	14 днів
4	10	14 днів
2	5	14 днів

Короткострокова детоксикація замісними препаратами триває менше 1 місяця та може бути успішною тільки за умови повного розуміння цілей та ризиків процесу детоксикації. Короткострокові схеми зазвичай застосовують при невисоких підтримувальних дозах, дотримуючись тих самих правил, що і при довгостроковій детоксикації. За більш високих підтримувальних доз темпи зниження може бути прискорено, але не більш ніж до 20 мг метадону або 8 мг бупренорфіну на тиждень. Під кінець детоксикації доза обов'язково повинна зменшитись до мінімальної. У табл. 4 наведено приклад двотижневої схеми детоксикації.

Лікар може внести зміни до чинної схеми — якщо пацієнт ще не готовий до подальшого зниження, він може «затриматися» на якийсь час на одній дозі або навіть тимчасово її збільшити.

Слід пам'ятати, що після повного припинення прийому агоніста опіоїдів у більшість пацієнтів відчуватиме симптоми відміни протягом кількох тижнів або навіть довше. Лікар може призначити додаткові препарати (снодійні, транквілізатори, антидепресанти).

Таблиця 4

Приклад двотижневої схеми детоксикації бупренорфіном або метадоном

Добова доза бупренорфіну, мг	Добова доза метадону, мг	Тривалість
12	25	3 дні
8	20	3 дні
6	15	3 дні
4	10	3 дні
2	5	2 дні

Іноді на фінальній стадії детоксикації доцільно лікування в стаціонарі з використанням клонідину, знеболювальних засобів неопіоїдної групи, снодійних або бензодіазепінів.

Після проведення детоксикації вкрай важливим є створення системи підтримки шляхом залучення до групи самодопомоги або програми 12 Кроків. Також можна рекомендувати участь у реабілітаційних програмах, за допомогою яких хворі опановують спосіб життя, вільний від наркотиків.

Короткострокові схеми детоксикації за допомогою бупренорфіну або метадону також можна застосовувати для детоксикації від нелегальних опіатів. Доступні наукові дані свідчать про те, що детоксикація бупренорфіном зазвичай протікає легше завдяки меншій тривалості симптомів відміни.

Слід пам'ятати, що навіть у випадку успішної детоксикації ризик повернення до вживання нелегальних опіатів залишається значним. Тому важливою для пацієнтів є можливість змінити попередні плани й перейти на триваліший режим детоксикації або навіть повернутися до ЗПТ.

Тема 2. Нормативно-правова база ПТАО в Україні

У законодавчих актах України ПТАО має назву ЗПТ. Впровадження замісної підтримувальної терапії в Україні здійснюється відповідно до:

1. Законів України:

1.1. Закон України «Про внесення змін до Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення».

Цим Законом прийнято нову редакцію вказаного закону, в т.ч. змінено назву закону на таку: «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених ВІЛ, та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».

У статті 4 «Державні гарантії у сфері протидії поширенню хвороб, зумовлених ВІЛ» нової редакції Закону ЗПТ визначена як складова програми зменшення шкоди, держава гарантує забезпечення ЗПТ серед інших гарантій щодо протидії хворобам, зумовленим ВІЛ:

– запобігання поширенню ВІЛ-інфекції серед осіб, які вживають наркотичні засоби та психотропні речовини ін'єкційним способом, за допомогою програм реабілітації таких осіб та програм зменшення шкоди, що, серед іншого, передбачають **використання замісної підтримувальної терапії для осіб, які страждають на наркотичну залежність,** та створення умов для заміни використаних ін.'єкційних голок і шприців на стерильні з подальшою їх утилізацією (п.8);
– реалізації послідовної політики, спрямованої на формування толерантного ставлення до людей, які належать до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, (п.13); — провадження інформаційної діяльності, спрямованої на формування толерантного ставлення та неприпустимість дискримінації людей, які належать до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, та людей, які живуть з ВІЛ (п.14);

1.2. Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки».

Серед основних завдань Загальнодержавної програми визначено розширення доступу споживачів ін'єкційних наркотиків, передусім ВІЛ-інфікованих, до замісної підтримувальної терапії та реабілітаційних програм, серед очікуваних результатів зазначено забезпечення доступу до замісної підтримувальної терапії та реабілітаційних програм не менш як 20 тис. споживачів ін'єкційних наркотиків. Передба-

чається можливість фінансування цього заходу за кошти Глобального Фонду для боротьби з туберкульозом, СНІДом та малярією та за кошти з Державного бюджету.

1.3. Закон України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори»: у статті 4 «Державна політика у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів» зазначено, що державна політика у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів спрямована також і на ***зменшення шкоди*** від наслідків незаконного вживання наркотичних засобів, психотропних речовин.

Як зазначено у Законі України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених ВІЛ, та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», програми зменшення шкоди, передбачають використання замісної підтримувальної терапії для осіб, які страждають на наркотичну залежність.

При впровадженні ЗПТ необхідно дотримуватися Законів України, які визначають загальні вимоги до обігу наркотичних засобів у закладах охорони здоров'я, а саме:

Закон України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори», який визнчає:

- державну політика у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
- заходи контролю за обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
- загальний порядок здійснення діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
- особливості ліцензування діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, а також ліцензійних умов;
- підстави для видачі ліцензії на здійснення діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів або відмови у видачі та анулювання зазначеної ліцензії;
- порядок видачі дозволу на використання об'єктів і приміщень, призначених для здійснення діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
- умови здійснення окремих видів діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їхніх аналогів і прекурсорів;

Закон України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності», яким визначені:

– види господарської діяльності, що підлягають ліцензуванню (т.ч. розроблення, виробництво, виготовлення, зберігання, перевезення, придбання, реалізація (відпуск), видача, ввезення на територію України, вивезення з території України, використання, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів), порядок їх ліцензування, державний контроль у сфері ліцензування, відповідальність суб'єктів господарювання та органів ліцензування за порушення законодавства у сфері ліцензування;
– документи, що необхідно подати до органу ліцензування для одержання ліцензії.

Важливо звернути увагу, що Законом зазначено, що ліцензіат (в нашому випадку — це заклад охорони здоров'я, на базі якого впроваджується ЗПТ) зобов'язаний повідомляти орган ліцензування про всі зміни даних, зазначених у документах, що додавалися до заяви про видачу ліцензії. У разі виникнення таких змін ліцензіат зобов'язаний протягом десяти робочих днів подати до органу ліцензування відповідне повідомлення в письмовій формі разом з документами або їх нотаріально засвідченими копіями, які підтверджують зазначені зміни. Це стосується в т.ч. всіх змін у складі персоналу, визначеного наказом головного лікаря щодо проведення ЗПТ. Якщо після отримання ліцензії до закладу були прийняті нові фахівці або на момент отримання ліцензії вони не були визначені як такі, які мають доступ до роботи з наркотичними засобами, то перед призначенням цих осіб працювати в ЗПТ, на них необхідно отримати всі необхідні кваліфікаційні характеристики і про ці зміни повідомити орган ліцензування.

Закон України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними».

Закон України «Про лікарські засоби». Даний закон регулює правовідносини, пов'язані зі створенням, реєстрацією, виробництвом, контролем якості та реалізацією лікарських засобів, визначає права та обов'язки підприємств, установ, організацій і громадян, а також повноваження у цій сфері органів державної виконавчої влади і посадових осіб. Закон встановлює, що лікарські засоби допускаються до застосування в Україні після їх державної реєстрації, крім випадків, передбачених цим Законом.

Постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2009 р. № 333 «Деякі питання державного регулювання цін на лікарські

засоби і вироби медичного призначення», якою затверджено Національний перелік основних лікарських засобів і виробів медичного призначення, до якого внесені бупренорфін та метадон.

Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів» від 6 травня 2000 р. № 770 згідно з якою бупренорфін та метадон включені в список 1 таблиці II як наркотичні засоби, обіг яких обмежено.

Як вже зазначалось, при впровадженні ЗПТ необхідно дотримуватись всіх вимог щодо роботи з наркотичними засобами, які визначені Постановами Кабінету Міністрів України:

- **Про затвердження Порядку провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом від 3 червня 2009 р. № 589**
- **Про затвердження Порядку ліцензування діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів від 05.12.2007 р № 1387.**

Оскільки до законодавства періодично вносяться зміни, рекомендуємо періодично знайомитись з чинною редакцією зазначених законодавчих актів на сайті Верховної Ради України www.rada.gov.ua, розділ «Законодавство».

ЗПТ в закладах охорони здоров'я проводиться відповідно до наказів МОЗ :

- від 10.11.2008 № 645 «Замісна підтримувальна терапія в лікуванні хворих із синдромом залежності від опіоїдів»;
- від 10.08.08 р. № 476 «Про затвердження стандарту лікування ВІЛ-позитивних людей, які є споживачами ін'єкційних наркотиків»;
- від 12.07.2010 р. № 551 «Про затвердження клінічного протоколу ВААРТ терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків»
- від 21.01.2010 р. № 11 «Про затвердження Порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у закладах охорони здоров'я України»
- від 24.05.2005 р. № 226 «Про затвердження Положення про Національний перелік основних лікарських засобів і виробів медичного призначення та Положення про Експертну раду з формування, внесення змін та доповнень до Національного переліку основних лікарських засобів і виробів медичного призначення»;

– від 02.02.2010 р. № 66 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з культивування рослин, включених до таблиці І Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, розроблення, виробництва, виготовлення, зберігання, перевезення, придбання, реалізації (відпуску), ввезення на територію України, вивезення з території України, використання, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, включених до зазначеного Переліку».
– від 19.07.2005 № 360 «Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог замовлень на лікарські засоби і вироби медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень». Ці правила визначають:
– виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і вироби медичного призначення;
– порядок відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, що додається;
– інструкцію про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень;
– форму журналу обліку отруйних та сильнодіючих лікарських засобів, що підлягають предметно-кількісному обліку в закладах охорони здоров'я.

Наказами МОЗ проводиться розподіл препаратів ЗПТ між регіонами України (як гуманітарної допомоги) відповідно до потреб регіонів. На виконання наказів МОЗ повинні бути видані відповідні накази МОЗ АР Крим та обласних управлінь охорони здоров'я, на підставі яких керівником закладу чи установи повинні бути видані відповідні накази по закладу чи установі.

При облаштуванні приміщень в закладах охорони здоров'я, які будуть використовуватись для ЗПТ необхідно забезпечити виконання наказу Міністерства внутрішніх справ України «Про затвердження Вимог до об'єктів і приміщень, призначених для здійснення діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів та зберігання вилучених з незаконного обігу таких засобів і речовин» від 15.05.2009 № 216.

Тема 3. Універсальні складові, поняття, цілі та завдання консультативної допомоги пацієнтам ПТАО

Важливою складовою частиною організації роботи ПТАО є психологічне консультування учасників програм, щоб допомогти їм подолати соціальні й психологічні проблеми. Така допомога має бути організована професійно й відповідати певним вимогам. Процес консультування передбачає взаємодію між консультантом-фахівцем і клієнтом(ами), тобто тим(и), хто звернувся по допомогу або інформацію.

У спілкуванні клієнта з психологом/соціальним працівником-консультантом важливі такі складові:

1. особистість клієнта і його переживання;
2. особистість психолога-консультанта (єдність професіоналізму й особистісних рис);
3. поступове формування терапевтичного альянсу між клієнтом і психологом.

Ці складові є універсальними для всіх підходів до консультування.

Консультування — спільна назва різних видів діяльності, від звичайного опитування та надання рекомендацій з використанням базових навиків консультування до спеціальних психотерапевтичних видів втручання. Консультування клієнтів ПТАО спрямовано на зміну незадовільних форм поведінки і покращання якості життя учасників програм. Метою консультування клієнтів програми ПТАО є надання допомоги у розв'язанні їхніх життєвих проблем. Консультування допомагає клієнту ПТАО навчитись новим моделям поведінки, сприяє розвитку особистості. У процесі консультування робиться акцент на відповідальності клієнта — саме він приймає рішення, а консультант створює умови, які мотивують та заохочують правильний вибір.

Консультативну допомогу надають спеціалісти у різних ситуаціях професійної взаємодії. Однак є значна відмінність між тими завданнями, вимогами, відповідальністю, умовами проведення і технічними особливостями, з якими їм доводиться працювати. Якщо порівняти ситуації звернення клієнта до представника іншої професії, що, умовно кажучи, належить до сфери діяльності «людина-людина» — юриста, учителя, лікаря, священика, керівника, навіть продавця — і ситуації звернення клієнта по психологічну допомогу, виявляється дуже багато відмінностей.

Звертаючись до представників інших комунікативних професій, клієнт:

а) – знає, чого він хоче (у ситуаціях психологічної допомоги людина не завжди здатна чітко сформулювати, чого власне вона хоче, іноді прямо заявляючи: *«Сам не знаю, чого хочу»*);
б) – обізнаний тією чи іншою мірою про норми взаємин із представником цієї професії (у ситуації психологічної допомоги клієнт часто має досить фантазійне уявлення про можливості взаємодії в процесі консультування);
в) – досить добре розуміє ступінь відповідальності й обмежень — свою й професіонала (ступінь відповідальності за результат психологічної консультації дуже варіюється залежно від парадигмальної орієнтації консультанта: у психоаналітика вона вища, у біхевіориста майже рівна із клієнтом, у гуманістично орієнтованого психолога — мінімізується).

Про форму взаємодії та відповідальність сторін клієнт і консультант мають домовитись на першій зустрічі.

Психологічне консультування — це процес взаємодії двох чи більше людей у атмосфері довіри, коли спеціальні знання психолога спрямовані на надання психологічної допомоги в оперативному розв'язанні проблем клієнту чи групі клієнтів, виявленні особистісних ресурсів чи створенні перспективних програм розвитку.

При наданні консультативної допомоги існують певні труднощі, пов'язані як зі специфікою професії, так і з невизначеністю статусу й прерогатив консультанта. Одна із складностей полягає в тому, що консультант працює не з ситуацією, а з переживанням, системою цінностей, взаємин і станів людини.

При роботі з клієнтами програм ПТАО спеціалістові важливо пам'ятати про особливості особистісної структури та соціальної взаємодії цих людей. Є певні спільні риси та «тонкі місця», які потребують особливої професійної уваги психолога. Робота консультанта полягає в тому, щоб разом із клієнтом переформулювати актуальну проблему в особистісне завдання, що дозволяє дійсно надати допомогу, а не орієнтувати клієнта в системі стандартних оцінок, про що переважно запитують самі клієнти. Наприклад: *«… От розкажіть/поясніть/доведіть/поспівчувайте мені(йому); скажіть як таке можна …; от що робити …?»* і тому подібне. Головним завданням консультанта-психолога має бути не видача готових рецептів на всі випадки життя клієнта, а надання можливості клієнтові самому вчитися впорядковувати свої емоції, вчинки, стосунки.

Основним і загальним методом, який реалізують у рамках різних підходів до консультування, є бесіда, тому що вона є ситуацією при-

йняття фахівцем професійних рішень щодо проблем клієнта. Це саме та ситуація, де проявляються й формуються професійно важливі якості консультанта, здійснюється особистісна й професійна рефлексія на ситуацію взаємодії з клієнтом. Предметом взаємодії є внутрішній світ клієнта, метою — зміна ставлення клієнта до нього, знаходження альтернатив діям, переживанням і думкам, зміна поведінки клієнта. Основним способом впливу консультанта на клієнта в ході інтерв'ю-бесіди є постановка запитань. Вітчизняні психотерапевти Лосєва В.К., Луньков А.І. виділили цілі й способи формулювання запитань:

Таблиця 5

Цілі й способи формулювання запитань

Завдання	Способи	Приклади
Одержання інформації	Конкретизація. Вербалізація переживання	«Коли це почалося?» «У чому конкретно виражається?» «Наведіть останній випадок» «Що цьому передувало?»
Перевірка й уточнення гіпотези	Інтерпретація. Встановлення закономірностей. Причинний і цільовий аналіз	«Чи так я Вас зрозумів?» «Чи можна сказати, що...?» «Це завжди приводило до...?» «Чи були винятки?»
Введення інформації	Проблематизація. Інформування про вікові, професійні й інші норми	«Чи вважаєте Ви, що це виняткова ситуація, що не зустрічається в інших? » «Чи бачили Ви такий самий прояв у інших?» «Чи вважаєте Ви це типовим, нормальним...?»

Цими ж авторами сформульовані вимоги до конструювання запитань.

Таблиця 6

Основні вимоги до конструювання запитань

Запитання НЕ повинно	Запитання має
1. Містити можливість односкладової відповіді «так» або «ні»	1. Бути відкритим
2. Бути оціночним	2. Припускати, що буде прийнятна будь яка відверта відповідь
3. Містити можливість емоційного приєднання до психолога	3. Виключати можливість маніпуляції психологом
4. Бути риторичним	4. Допомогти пацієнту самому знайти відповідь
	5. Служити осмисленню мети клієнта, а НЕ бути засобом емоційної розрядки психолога

Результатом послуги психологічного консультування клієнтів програми ПТАО має бути поновлення здатності до самодопомоги, вирішення власних життєвих труднощів. Традиційно психологічне консультування розглядається як процес, спрямований на допомогу людині у розв'язанні (у пошуках шляхів розв'язання) проблем і труднощів психологічного характеру.

Клінічний досвід демонструє, що консультанти впливають на клієнта. Як би не пояснювався цей вплив, у дослідженні з ефективності психотерапевтичної практики доведено, що результативність психологічної допомоги залежить не стільки від методу, скільки від досвіду й особистості консультанта. Крім того, у всіх підходах до консультування діють ті самі фактори. Цапкін В.Н. відзначає деякі з них:

по-перше, ослаблення напруженості на початковій стадії інтерв'ю,

по-друге, розширення репертуару когнітивних (мислення) схем клієнта,

по-третє, зміна поведінки клієнта за рахунок нового емоційного досвіду, отриманого на сесії,

по-четверте, переконання, явне або приховане, і,

по-п'яте, засвоєне або усвідомлене ставлення клієнта до нових форм поведінки.

В роботі програм ПТАО соціально-психологічну допомогу клієнтам надають як професійні психологи, так і інші фахівці, залучені до надання послуг. **Тому дуже важливо чітко розмежувати поняття про соціальну, психологічну, психокорекційну та психотерапевтичну допомогу**. В нашому суспільстві ще недостатньо високий рівень знань про ці види професійної взаємодії. Та важливішим, на наш погляд, є розуміння самими фахівцями спільних та розбіжних особливостей такої допомоги. Кожен з видів такої допомоги має свої завдання, умови, засоби, проблеми, на які він спрямований, та рівень відповідальності, що визначається підготовкою спеціаліста (освіта, досвід) та посадовими обов'язками. Програми ПТАО в першу чергу приділяють увагу проблемам соціального та соціально-психологічного характеру. Саме на них націлені заходи з ресоціалізації (тобто відновлення соціального благополуччя) людей, які його втратили. Консультування соціального характеру включає питання про найближче оточення, умови життя, працевлаштування, загальні права й обов'язки клієнтів ЗПТ. Його можуть проводити як фахівці, що отримали спеціальну вищу освіту, так і залучені до виконання таких обов'язків люди з власним успішним до-

свідом виходу зі складних життєвих ситуацій (вживання наркотиків, інфікування ВІЛ/СНІД тощо).

Ефективність такого консультування залежить, в першу чергу, від особистості самого консультанта, але важливими є також спеціальні навички та вміння, котрі можна отримати на спеціалізованих тренінгах та семінарах. Тренінги також можуть включати певні психологічні блоки для використання в роботі. Тому подібне консультування найчастіше може бути соціально-психологічним за своїми структурою й завданнями. Але говорити про психокорекцію або психотерапію консультантам ЗПТ не варто. Це може виявитися досить шкідливим як для клієнта, так і для консультанта, який не має в своєму арсеналі достатніх засобів і вмінь. Згадаємо про посадові обов'язки та рівень відповідальності. Крім того, занадто великий рівень очікування без відповідних можливостей впливає на рівень емоційного та професійного виснаження працівника не кращим чином. Психокорекційні заняття проводять психологи відповідно до своїх професійних обов'язків та планів роботи. В ЗПТ психотерапія переважно НЕ використовується, але ми наведемо її загальні завдання для порівняння і визначення меж відповідальності консультантів програм ПТАО. Порівняємо соціально-психологічне консультування й психотерапію за загально визнаними параметрами. Результати наведено в *Таблиці 7* (при цьому ми усвідомлюємо, що в реальній практиці таке розведення досить умовне).

Консультування охоплює ширше коло людських проблем (спрямоване «на розширення»), ніж психотерапія (спрямована «углиб»). Консультування й психотерапія орієнтовані на різні етапи взаємодії психолога й клієнта. Консультування відмовляється від концепції хвороби, тобто визнає право людини на більше різноманіття поведінкових реакцій і психічних станів як здорових, а не хворобливих проявів. Основною функцією консультанта є надання клієнтові необхідної інформації, стимулювання його активності для роботи над собою.

У процесі консультування фахівець, як правило, поетапно виконує основні завдання:

1) допомагає клієнтові зорієнтуватися у власних проблемах, знайти напрямок, у якому варто шукати вихід зі скрутної ситуації;
2) актуалізує особистісні ресурси й здатності клієнта, що сприяють знаходженню нових можливостей розв'язання проблем.

Відповідно, консультативна бесіда має два аспекти: діагностичний і психокорекційний. Для виконання діагностичного завдання консультантові потрібно всебічно проаналізувати необхідну інформа-

Таблиця 7

Порівняльний аналіз психологічного консультування й психотерапії

Параметри порівняння	***Психологічне консультування***	***Психотерапія***
Методи впливу	Бесіда, інтерв'ю, опитування	Клінічна бесіда, спеціальні методи (психоаналіз, гештальт-терапія)
Ціль	Реорганізація міжособистісних стосунків, розв'язання конкретних проблем	Робота з підсвідомістю, вирішення глибинних особистісних проблем
Фахівці	Психологи, соціальні працівники (диплом про вищу психологічну/соціальну освіту + практика), спеціально навчені працівники, які мають особистий досвід розв'язання таких проблем	Лікарі, психологи (диплом про вищу психологічну освіту + спеціалізація з психотерапії або клінічної психології + практика + власна психотерапія)
Локус скарг	На інших	На себе
У центрі роботи	Сьогодення, сам клієнт, соціальне оточення	Сьогодення + минуле, клієнт + терапевт
Характер взаємодії	Довірчий контакт	Терапевтичний (робочий) альянс
Тривалість	5–6 зустрічей	Десятки, а то й сотні сесій
Клієнти	Будь-яка дієздатна психічно здорова людина	Принаймні, людина, яка рефлексує

цію про клієнта і його ситуацію й визначити (ідентифікувати) проблеми, що змусили звернутися по допомогу. У першу чергу з'ясовуються причини й джерела виникнення й розвитку проблем клієнта. Корекційне завдання — це реалізація допомоги людині з використанням спеціальних прийомів і технік. Він включає психологічну підтримку, оптимізацію психічного стану й актуалізацію власних ресурсів клієнта, ефективність яких буде набагато вищою, якщо корекційна робота спирається на діагностичні результати, що допомагає встановити оптимальні форми допомоги, адекватної саме для цього випадку.

Ми звернули увагу на розмежування різних видів психологічної допомоги з метою виділити ту частину, яку можуть здійснювати спеціалісти програм ПТАО. Це допоможе їм точніше організувати консультативний процес і не брати на себе зайву відповідальність. Не менш важливо те, що, розуміючи межі своєї компетентності, консультант не буде намагатись «охопити неосяжне», зможе бути більш ефективним у виконанні професійних обов'язків.

В процесі організації психосоціальної допомоги учасникам програм ПТАО варто особливо уважно диференціювати проблеми, які намагається розв'язати клієнт. На початку роботи важливо визначитись з формулюванням основного запиту клієнта, етапністю виконання завдань, необхідною допомогою (що, де, коли, до кого звернутись, як написати, в якій послідовності тощо), варіантами результату, які задовольнятимутьочікування, відповідальністю і обов'язками сторін допомоги. Тобто, чим чіткішим буде план допомоги, тим зрозумілішими мають бути дії самому клієнтові.

Загальні принципи консультування. Клієнт може звернутись по допомогу з найрізноманітнішими проблемами та проханнями. Якими б вони не були, консультанту слід дотримуватись основних принципів організації психологічної допомоги:

1. *Доброзичливе й безоцінкове ставлення до клієнта.* Доброзичливість реалізується при уважному й чуйному ставленні до клієнта. Вона протиставляється як демонстративній шляхетності, нав'язливій активності консультанта, так і примітивному співчуттю. Безоцінковість — один із принципів, яких найважче дотримуватися. Безоцінковість не значить байдужість, вона передбачає «уважний нейтралітет» і спокійне ставлення до повідомлюваних фактів. Крім того, завжди, коли виникає спокуса оцінювати іншого за своїми міркам і життєвими еталонами, варто нагадувати собі — «дивлячись, що із чим порівнювати...».
2. *Орієнтування на норми й цінності клієнта.* У процесі консультування психологові важливо визначитися, що означає та або інша подія не для нього (консультанта), а для клієнта. Компетентним у своєму житті може бути тільки сам клієнт, психолог за нього жити, думати, діяти не може. Але варто піклуватися про те, щоб зрозуміти, що значить той або інший факт життя для того, хто звернувся за допомогою. Тільки «вмонтувавшись» у цей внутрішній діалог людини з собою, можна почати рух із

безвиході. Майстерність консультанта в цьому випадку — подарувати людині можливість говорити про себе правду.

3. *Заборона давати поради*. Це широко відомий принцип, заснований нібито на тому, що не можна брати на себе відповідальності за чуже життя. Все це так, однак ми пропонуємо подивитися на цей принцип інакше. По-перше, людина часто приходить саме за порадою, вона готова «здати» свою свободу в обмін на чітку інструкцію правильних дій; по-друге, досить поширеною є ситуація, коли психолог (соціальний працівник) дає поради, іноді називаючи їх рекомендаціями тощо. На наш погляд, тут доречно зауважити таке:
   - Давайте поради, якщо ви їх знаєте. Нерідко психолог і радий би дати пораду, але він її не знає.
   - Людина вправі вислухати пораду й діяти по-своєму.
   - Деякі життєві поняття (любов, увага, щастя й ін.) у повсякденній свідомості людей мають дуже різні тлумачення. Тому навіть дуже гарні поради можуть втілюватися в редакції «хто як зрозумів». Наприклад, психолог порадив матері, що звернулася за допомогою, розібратися у своїх стосунках із сином-підлітком. Вона повернулася додому й улаштувала наганяй дитині, при цьому підкріплюючи свої лементи й нотації тим, що їй так психолог порадив.
   - Порада повинна бути затребуваною, своєчасною (що толку після бійки махати кулаками або давати пораду «під руку»?) і доречною. Майстерність і мистецтво психолога-консультанта полягає в тому, щоб вчасно дати правильну пораду особі.

Обов'язковим до виконання принцип *не давати поради* має бути у психотерапії.

4. *Повага до особистості, анонімність і конфіденційність*. Людина має право на анонімність звернення й не розголошення її таємних думок. Поваги до особистості людини варто дотримувати беззаперечно, незалежно від віку, національності, віросповідання, статі, професії та ін.
5. *Розмежування особистих і професійних стосунків*. Цей принцип обумовлений як процесуальними аспектами консультативного процесу, так і результативними. Процесуально входити в контакт, і виходити з контакту легше, якщо немає ніяких емоційних «зчеплень» із клієнтом. Для досягнення результату

також краще не мати контактів поза консультативною взаємодією з клієнтом, тому що з медичної практики відомо, що «своїх не оперують».

6. *Активізація клієнта, прийняття ним відповідальності за те, що відбувається.* Людина звертається за консультацією в ситуаціях життєвого неблагополуччя. Але це її життя, і повністю компетентною у ньому може бути тільки сама особистість. Образно кажучи, психолог не тягне на собі клієнта з безвиході, він не залишає клієнта в безвиході наодинці, психолог знаходиться поруч, однак рухається клієнт сам. Іноді зустрічаються клієнти з пасивною позицією, що жадають, щоб за них діяли, вирішували та ін., вони навіть готові за це дуже дякувати. Головне, щоб психолог позбавив їх усіх турбот і обов'язково домігся якісного результату. *«Я ж до вас звернувся! Зробіть щось! Ви ж професіонал! Якщо ви справжній психолог — зробіть так, щоб я не хотів!»* У процесі консультування потрібна обопільна активність і відповідальність — клієнта й консультанта — для досягнення позитивного результату.
7. *Не нашкодь.* Принцип із широко відомих, популярних, але не конкретних. Навряд чи хтось з психологів організує свою професійну діяльність, прагнучи іншому шкодити. Водночас відомо, що найпростіше не нашкодити, якщо нічого не робити. Цей принцип, звичайно ж, слід пам'ятати кожному психологу, але на практиці й особливо в супервізії, варто доповнювати його чіткими коментарями, що і як можна робити в консультуванні, а чого робити не можна ніколи.

Запити і мотиви звернень за психологічною консультацією. Запит може бути неконструктивним і конструктивним.

До неконструктивних запитів В. К. Лосєва й А. І. Луньков відносять запит із граничним узагальненням і маніпулятивний запит.

- *Запит із граничним узагальненням.* Клієнт формулює свої труднощі, виходячи з установки на уникання проблем, а не на їх розв'язання *(«Я хочу всім подобатися», «Я хочу, щоб у всіх було все добре!»)*. Форма уникання, яку вибирає клієнт, — перфекціонізм, тобто прагнення до першості завжди й у всьому, бажання відповідати ідеалізованим, нереальним нормам. Перфекціонізм виступає як прагнення до досягнення, але на глибинному рівні виражає тривожність і мотивацію уникнення невдачі. На нашу думку, виконання цього запиту в повному обсязі *(за-*

вжди, у всьому та ін.) нереально, потрібно чітко й гранично ясно пояснювати клієнтам можливості консультування й працювати над трансформацією запиту в конструктивні форми.

• *Маніпулятивний запит*. Клієнт формулює свої труднощі як потребу змінити когось, він жадає допомоги в керуванні кимось без його згоди *(«зробіть так, щоб він: мене полюбив/не вживав/ не хотів» та ін.)*. Такий запит, як мінімум, неетичний. На етапі уточнення консультативного запиту важливо разом з клієнтом переформулювати неконструктивний запит у конструктивний.

НЕ МОЖНА працювати з неконструктивним запитом!

До конструктивних запитів відносять запит про допомогу в саморозвитку; запит про зняття симптому; запит про трансформації; запит про отримання інформації; запит про допомогу в самопізнанні.

- *Запит про отримання інформації*. Клієнт запитує інформацію про межі норми, про можливості психологічної зміни, про варіанти подальшого розвитку ситуації.
- *Запит про допомогу в самопізнанні*. Клієнт хоче виявити у себе певні здібності; намагається розібратися у своїй ролі з приводу того, що відбувається з ним; потребує допомоги у самоприйнятті та саморозумінні.
- *Запит про допомогу в саморозвитку*. Клієнт досить повно усвідомлює свою проблему й чітко її формулює. Як правило, у цих випадках він формулює свою потребу в допомозі конкретно *(«допоможіть навчитися спілкуватися», «допоможіть поліпшити пам'ять», «навчіть управляти своїми емоціями» тощо)*.
- *Запит про трансформації*. У таких випадках у клієнта виявляється потреба почати жити ніби «з чистого аркуша», відмовившись від жорсткого детермінізму своєї особистої історії. Він намагається знайти новий сенс життя, відокремити в собі своє справжнє від шкідливого й наносного. Це запит про допомогу в звільненні від колишнього життєвого сценарію, запит на досягнення особистісної цілісності.
- *Запит про зняття симптому*. Клієнт формулює свої труднощі через опис певних симптомів. Він скаржиться на емоційні й когнітивні порушення, описує комунікативні труднощі, проблеми зі зменшенням енергійності, працездатності. Досить докладно приводить опис психосоматичної симптоматики.

Зрозуміти особистість неможливо поза ситуацією, у якій вона перебуває, оскільки між людиною й умовами її життя існує нерозривний

зв'язок. Проблеми, що стосуються роботи консультанта, можна назвати «життєвими» проблемами, або «нормативними» труднощами, — це ті індивідуальні обставини, випадки, епізоди в житті, які залишають більш глибокий слід у душі людини, ніж вона би бажала. Причинами частого звернення до консультанта може бути як дріб'язкова справа, так і безвихідна, за словами клієнта, ситуація.

Особистісне самовизначення практичного психолога. Надання психологічної допомоги, тобто здійснення «корисних дій», — цілісна ситуація, у якій поєднуються психологія й люди, що її здійснюють. Психолог має професійно бути моральною людиною. Василюк Ф. Є. визнає, що це можливо, «коли знижуються претензії», а завдання самовдосконалення залишаються. Відповідно, професійний психолог буде втримуватися від виконання завдань, які виходять за межі його компетентності. Можливості самого психолога-практика пов'язані в першу чергу з його професійною самосвідомістю.

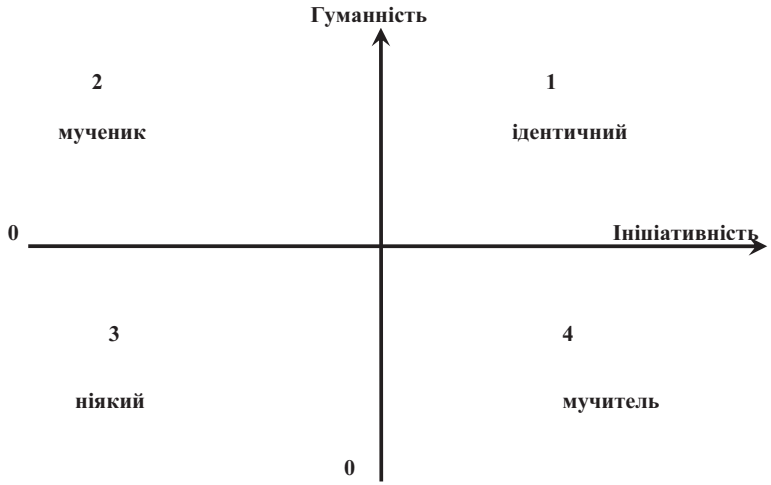
Властивості, які дослідники й самі психологи-практики виділяють як професійно важливі якості, що входять в образ «Я» психолога-консультанта, пропонуємо розглянути в системі координат: гуманність і ініціативність.

Всі особистісні властивості, що входять в образ «Я» психолога-практика, ми об'єднали в поняття «гуманність». До гуманності можна віднести духовність, емпатійність, відкритість, етичність, мудрість, порядність, стриманість, терплячість, віру в іншу людину, шляхетність та ін. Всі професійні властивості, що входять в образ «Я» та характеризують психолога-практика як фахівця, об'єднані нами в поняття «ініціативність». До ініціативності можна віднести інтелектуальність, гнучкість, технологічність, прагматичність, автентичність, спостережливість, оперативність, рішучість та ін.

Профідентичність психолога можна представити в такий спосіб:

Професійна ідентичність не може бути в **3-му квадранті**: брак і ініціативності, і гуманності веде до знеособлювання, непевності, залежності. У реальності вітчизняної психологічної практики це може бути або «сірий», бездарний випускник вузу, або чиєсь протеже. Шансів на реальну професійну успішність у нього мало.

Професіонал, що потрапив у **2-й квадрант**, дуже гарна людина, приємна у всіх відношеннях, співчутливий, чуйний, але власне, що стосується «професійно допомогти» — він слабуватий. Він за всіх страждає, усім співчуває, співпереживає й сам не знає, що із цим робити далі. Це найчастіше профідентичність психолога-початківця, що перепо-



внений бажанням допомагати, рятувати, але ще не знає як. Або це людина, яка грає роль «спасителя», але про професіоналізм тут говорити не можна. В такому положенні можуть опинитись щиросерді працівники, котрі за своїми посадовими обов'язками не повинні виконувати роль психолога, не можуть відмовити, але й конструктивно допомогти не знають як. Наслідком такої роботи буде емоційне виснаження.

Професіонал, що потрапив у **4-й квадрант**, — це людина, що добре володіє технологіями, але от щодо щиросердності, емпатійності, поваги до особистості, таїнства душі — він не багатий. Це найчастіше профідентичність емоційно та професійно вигорілої людини.

Професіонал, що потрапив у **1-й квадрант**, — це майстер своєї справи, йому вистачає й щиросердності, і технологічності. Саме цей квадрант задає профідентичність, більше того, саме в ньому може бути описана талановита особистість психолога-практика. Тут акумулюються всі його професійно важливі риси.

Психолог-консультант НЕ може насильно змінити клієнта, однак у його силах створити умови для змін клієнта. Вказують на два інструменти, які дозволять створювати умови для такої самозміни:

1) сам психолог-консультант (зі своїм світоглядом, мовними й невербальними засобами контакту, зі своєю самоцінністю);
2) умови спілкування (дистанція, площина, простір спілкування).

Розглянемо деякі засоби, якими може користуватися консультант.

Мовні засоби. Мова — це думки, виражені в словах, що виникають у голові консультанта й які він передає клієнтові. Мова консультанта повинна бути чіткою й лаконічною, добре продуманою, не варто вимовляти зайвих слів, говорити треба мало, але надзвичайно метафорично й виважено, мати дуже точні внутрішні ваги (М. Грачова, Е. Г. Ейдеміллер). Його послання повинні бути «чистими», якщо цього нема, то він не консультант, а сам є клієнтом, і йому не слід займатися консультуванням. «Нечисті» послання свідчать, що людина наповнена проблемами й:

- говорить не те, що думає (не щира, не конгруентна);
- не здатна усвідомити свої почуття (має свої невирішені психологічні проблеми і може ними індукувати інших);
- не може виразити їх у слові (її важко зрозуміти);
- не може зрозуміти іншу людину (проблема з емпатію, тоді про яку допомогу може бути мова?).

Завжди ефективні в консультаційній ситуації прості техніки: техніка активного слухання, техніка роз'яснення, техніка переконання, техніка вселення впевненості, лаконічний опис образів, метафоричні послання. Дуже важливим є вміння слухати (не перебиваючи) і чути, розуміти сторонню людину, розуміти саме її внутрішній світ, а не міряти її своїм аршином (не приписувати йому те, що нам самим би спало на думку в його становищі).

Мова тіла. Багатослівність консультанта скоріше свідчить не про красномовство психолога, а є показником його психологічного неблагополуччя. Він може маскувати підвищену тривожність, професійну гординю, самолюбство, недовіру до клієнта. Співіснування в діаді консультант-клієнт повинно бути спокійним, не напруженим. Мовчання, коли працює тільки мова тіла, невід'ємна частина консультативного процесу. У зв'язку з цим психологові треба:

- вивчати свою тілесну мову;
- збагачувати свій тілесний досвід;
- учитися усвідомлювати, що почуває тіло;
- майстерно володіти своїм тілом, щоб використовувати його для передачі своїх відчуттів.

Самоцінність. Самоцінність — цілісне утворення всередині людини, що представляє інтеграцію переживань свого «Я». Самоцінність характеризує наповненість людини життєвою енергією й силою. Самоцінність — динамічне утворення, її рівень у складні моменти життя знижується. На фоні радісних подій рівень самоцінності підвищується.

Чим вищий рівень самоцінності, тим більш наповненим відчуває людина себе і своє життя. У такому стані людина здатна адекватно оцінювати як свої сильні сторони, так і слабкі. Її «Я» не руйнується. Який би рівень самоцінності не виявляла людина, у будь-який момент вона може зробити крок для самодослідження й поповнення своєї самоцінності.

В організації психокорекційної роботи ключовим фактором буде те, якими вміннями володіє психолог-консультант. Професійна підготовка передбачає отримання навичок консультування відповідно до певних психотерапевтичних напрямків. В програмах ПТАО, як правило, використовують когнітивно-поведінковий метод, клієнт-центрований метод, техніки психодрами, системно-сімейної терапії. За умови майстерного володіння консультантом іншими методами, їх також частково можна застосовувати у роботі, але варто пам'ятати про певні особливості надання допомоги, які дещо обмежують професіонала у виборі методик.

•***Поведінковий напрямок*** у психологічному консультуванні полягає в тому, щоб дати клієнтові контроль над своїми діями, викликати конкретні зміни в його поведінці (Е. Ч. Толмей, К. Л. Халл, Д. Уотсон і Б. Скіннер). Робиться акцент на тому, що навколишнє середовище впливає на особистість людини. Консультант разом із клієнтом намагається «вжитися» в життєві умови клієнта з метою їхньої зміни. Це ґрунтується на таких основних складових біхевіоральної (поведінкової) психології:

1. Заохочується активність клієнта.
2. Визначається проблема клієнта через операціоналізацію поведінки (переведення неясних слів у конкретні, спостережувані дії).
3. Розуміння контексту проблеми через функціональний аналіз (установлення причинно-наслідкових зв'язків).
4. Визначення соціально важливих цілей для клієнта (конкретний план дій). При цьому використовуються процедури зміни поведінки:
   а) тренування наполегливості (допомагають перебороти безпорадність і неадекватність) через питання, рольові ігри, перерахування альтернатив для ухвалення рішень;
   б) тренування релаксації;
   в) моделювання поведінки й нагорода за бажане поводження поєднане з веденням записів;
   г) підтримка в клієнта бажаної поведінки.

Реалізація поведінкового підходу в практиці консультування. Початкове завдання консультанта поведінкової орієнтації полягає у тому, щоб допомогти клієнтові перевести деякі з його загальних цілей у конкретні й вимірювані. Так, якщо клієнт говорить: *«Я хотів би краще ставитися до себе»*, консультант може запитати: *«Що ти маєш на увазі? Коли ти почуваєш себе добре? Що ти можеш зробити, щоб звузити свою мету?»* Коли клієнт говорить: *«Я хочу позбутися свого комплексу неповноцінності»*, консультант може поставити зустрічне запитання: *«Яка твоя поведінка веде до почуття неповноцінності?»* Що стосується непевності людини в спілкуванні з іншими людьми, їй можна запропонувати моделювання ситуацій, рольову гру, тренування поведінки. Консультант, відіграючи роль партнера, надає зворотний зв'язок про ті враженні, які викликає клієнт у спілкуванні, і таким чином, закріплюється більш ефективна поведінка.

Клієнтцентрований напрямок у психології (К. Роджерс). Основна методологічна позиція полягає в тому, що призначення людини — жити й діяти, визначаючи свою долю. Зосередження контролю й прийняття рішень — належить самій людині, а не її оточенню; споконвічна наявність у людині прагнення до максимальної соціальної самоактуалізації, росту особистості. Завдання клієнта й психолога полягає в тому, щоб якомога повніше зрозуміти світ клієнта й підтримати його під час ухвалення відповідального рішення за допомогою «творчого, активного, почуттєвого, точного,емпатичного, неосуджуючого слухання» (К. Роджерс). Основне поняття, з яким працюють консультанти даного напрямку, — світовідчування конкретного клієнта. Психолог повинен уміти працювати із протиріччям реального і ідеального образу «Я», бути конгруентним і безоцінковим.

Психодинамічний напрямок. Психоаналітична теорія З. Фройда існує в безлічі модифікацій його послідовників: А. Адлера, Е. Еріксона, Е. Фромма, К. Хорни, К. Юнга, В. Райха. Головним завданням психоаналізу є виявлення й вивчення несвідомої сфери, що управляє людиною, а метою — усвідомлення клієнтом своїх неусвідомлюваних процесів і оволодіння способами впливу на них, подолання стереотипічності поведінки й мислення, які обумовлюються минулим. У практиці ПТАО майже не застосовується, але психологу-консультанту корисно бути знайомим з основними принципами, за якими «працює» динамічне несвідоме.

Тема 4. Інфекційний контроль за туберкульозом в лікувально-профілактичних закладах, де надається ЗПТ

Для пацієнтів та персоналу ЛПЗ, в яких надаються послуги ЗПТ, ризик зараження туберкульозом становить найбільшу загрозу, порівняно з іншими інфекційними хворобами. Пацієнтів, які вживають ін'єкційні наркотики, слід розглядати як вразливу групу, яка має підвищений ризик інфікування туберкульозом через наявність в анамнезі зловживання алкоголем, перебування в місцях позбавлення волі, соціальну дезадаптованість (безробіття, проблеми з харчуванням), знижений рівень імунітету тощо.

Мікобактерії туберкульозу (МБТ) потрапляють в організм людини різними шляхами, але домінуючим є повітряно-крапельний шлях зараження. Передача інфекції відбувається за наявності в повітрі ядер інфекційного дрібнодисперсного (1–3 мкм) аерозолю, що містить МБТ, які досягають легеневих альвеол. Інфекційний аерозоль — це повітряно-крапельна суміш, що містить МБТ, оточені часточками слизу, слини, що виштовхуються з органів дихання у навколишнє середовище під час респіраторних актів (кашлю, чхання, форсованого дихання) легень людини, хворої на туберкульоз.

Головним фактором передачі туберкульозної інфекції є повітря закритого приміщення з інфекційним аерозолем, що є більшим ризиком інфікування, ніж тісний контакт з хворим. Вірулентність МБТ в аерозолі зберігається протягом 6 годин.

Ризик зараження туберкульозом залежить від тривалості контакту із хворим, який виділяє МБТ, вірулентності МБТ, концентрації інфекційного аерозолю в повітрі та стану захисних сил організму. Головними факторами ризику передачі туберкульозу є такі:

- експозиція інфекційного аерозолю в закритих приміщеннях з вентиляцією, яка не відповідає чинним нормативам;
- рециркуляція повітря, яке містить інфекційний аерозоль.

Інфекційний контроль за туберкульозом — це система організаційних, протиепідемічних та профілактичних заходів, спрямованих на попередження виникнення та зниження ймовірності передачі мікобактерій туберкульозу від хворої до здорової особи, супер-інфекції хворих на туберкульоз у лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз.

Заходи інфекційного контролю за туберкульозом регламентуються наказом Міністерства охорони здоров'я України № 684 від 18.08.2010 року.

Система інфекційного контролю складається з таких компонентів:

– адміністративний контроль;
– інженерний контроль стану повітря закритих приміщень;
– забезпечення індивідуального захисту органів дихання медичного персоналу та пацієнтів, дотримання правил особистої гігієни;

Кожний з цих компонентів впливає окремо на 3 ланки епідемічного процесу при туберкульозі — джерело інфекції, механізм передачі та організм, чутливий до інфекції.

Адміністративний контроль — це сукупність адміністративних заходів, направлених на зниження ризику передачі туберкульозної інфекції повітряно-крапельним шляхом від хворої до здорової людини. Вони включають в себе:

- розподіл потоків хворих на тих, хто отримує препарати під наглядом – контрольоване лікування (ДОТС) та хворих з підозрою на туберкульоз;
- навчання персоналу та пацієнтів заходам інфекційного контролю за туберкульозом;
- розробка алгоритмів дотримання вимог інфекційного контролю під час надання пацієнтам ЗПТ або проведення медичних маніпуляцій та процедур у разі запровадження моделі інтегрованої медичної допомоги у закладі охорони здоров'я; дезінфекція, стерилізація; гігієна рук тощо;
- моніторинг впровадження заходів інфекційного контролю за туберкульозом;
- розробка рекомендацій щодо інфекційного контролю для кожного структурного підрозділу закладу;
- дотримання заходів охорони праці та персональної гігієни працівниками лікувально-профілактичного закладу.

Контроль стану повітря закритих приміщень має на меті розірвати ланцюг передачі МБТ через повітря і включає такі заходи**:**

- використання у структурних підрозділах закладу охорони здоров'я природної, механічної або змішаного типу вентиляції;
- проведення дезінфекції;

- придбання ламп УФО, перевірка їх технічного стану та бактерицидної дії (розрахунок необхідної кількості ламп УФО, в першу чергу — для приміщень з високим ризиком);
- контроль за роботою системи вентиляції;

Індивідуальний захист органів дихання для персоналу та пацієнтів:

- використання медичними працівниками та іншими особами, які спілкуються з хворими на заразні форми туберкульозу респіраторів. Хворі на заразні форми туберкульозу при контакті з медичними працівниками, членами сім'ї та іншими особами зобов'язані використовувати хірургічні маски (марлеві/одноразові);
- під час кашлю та чхання для закриття рота та носа використання одноразових серветок/хустинок/шматків тканини та їх знезараження після використання відповідно до вимог чинного законодавства. У разі відсутності серветок необхідно прикривати рот та ніс передпліччям або рукою під час кашлю або чхання. Ці частини тіла необхідно одразу помити водою;
- використання одноразових контейнерів для спльовування мокротиння;
- носіння хірургічних масок для хворих без бактеріовиділення, які з будь-яких причин не можуть прикривати рот та ніс під час кашлю та чхання.

Заходи профілактики туберкульозу в програмах ЗПТ. Вищезазначені універсальні заходи інфекційного контролю в лікувально-профілактичних закладах мають бути пристосовані до умов конкретної медичної установи та особливостей організації надання послуг пацієнтам. На сайтах ЗПТ, відкритих у закладах наркологічної служби, загальній мережі та частково центрах профілактики та боротьби зі СНІД найбільш раціональним є запровадження таких заходів:

- навчання персоналу заходам інфекційного контролю;
- розробка алгоритмів дотримання вимог інфекційного контролю під час надання послуг пацієнтам ЗПТ або проведення медичних маніпуляцій та процедур у разі запровадження моделі інтегрованої медичної допомоги у закладі охорони здоров'я;
- забезпечення поточного контролю стану здоров'я клієнтів під час візиту з метою своєчасного виявлення осіб з підозрою на туберкульоз;
- використання персоналом програм ЗПТ захисних масок;

- навчання клієнтів програм ЗПТ заходам гігієни під час розмови з медичним працівником, кашлю або чхання;
- запровадження ефективного та дешевого засобу профілактики — регулярного механічного або природного (створення протягу) провітрювання приміщення, в якому перебувають клієнти програми та недопущення їх скупчення в очікуванні послуг ЗПТ;
- раціональна організація робочого місця медичного працівника (лікаря, медичної сестри) з метою уникнення напрямку потоку повітря від пацієнта в сторону медичного працівника;
- оснащення робочих приміщень сайту ЗПТ лампами УФО з контролем їх бактерицидної дії;
- регулярне вологе прибирання (бажано з хімічними розчинами протитуберкульозної дії) в приміщеннях, де можливе найбільше накопичення МБТ;
- Налагодження співпраці з протитуберкульозною службою та механізму переадресації при підозрі у клієнта туберкульозної інфекції.

Тема 5. Інтегрована допомога. Організаційні аспекти

Споживачі наркотиків потерпають від багатьох медичних і психічних захворювань. Серед них найважливіші ті, що пов'язані з ВІЛ-інфекцією. Це викликає значні складнощі як для пацієнтів, так і для системи охорони здоров'я.

СІН —це такі пацієнти, які не дуже дбають про своє здоров'я, а саме: не обстежуються, рідко звертаються до лікарів і як наслідок — не знають про свій ВІЛ-статус або туберкульоз, а якщо й знають, то не виявляють прихильності до лікування, тим більше, що ці захворювання на перших стадіях не викликають болю, або інших чітких симптомів, які заважають у повсякденному житті.

Згідно стратегії ВООЗ, без лікування залежності, в тому числі проведення ЗПТ, важко досягти, щоб СІН дотримувалися режиму ВААРТ, прийому протитуберкульозних препаратів. У СІН, особливо у ВІЛ-інфікованих, виникають труднощі з отриманням необхідних медичних та психосоціальних послуг, пов'язані з:

1. поширеною стигматизацією, дискримінацією цієї групи в закладах охорони здоров'я;
2. потребою у значній кількості різноманітних послуг;
3. вузькою спеціалізацією більшості медичних фахівців;
4. незначною кількістю медичних закладів, які можуть надавати комплексні або інтегровані послуги цій категорії хворих;
5. недостатньою кількістю кваліфікованих фахівців та штатних одиниць в ЛПЗ;
6. законодавчими обмеженнями щодо надання деяких медичних послуг лікарями непрофільних спеціальностей, а саме:
   – відповідно до положення про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації, медичних факультетів університетів, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19.09.96 р. № 291 (z0696–96), зареєстрованим у Мін'юсті України 03.12.96 р. за № 696/1721, спеціалізація (інтернатура) є обов'язковою формою післядипломної підготовки випускників усіх факультетів вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації, медичних факультетів університетів, незалежно від підпорядкування та форми власності, після закінчен-

ня якої їм присвоюється кваліфікація лікаря (провізора) — спеціаліста з конкретної спеціальності та видається сертифікат встановленого зразка;

– у довіднику кваліфікаційних характеристик медичних професій, затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2002 №117, чітко розписані завдання та обов'язки, кваліфікаційні вимоги до кожної спеціальності;
– стандартами та протоколами надання медичної допомоги.

На сьогодні українська система надання медичних послуг не сприяє ефективному лікуванню пацієнтів з поєднаною патологією (ВІЛ, ТБ, наркозалежність від опіоїдів), тому що вони вимушені регулярно відвідувати кілька спеціалізованих медичних служб, а належне лікування і догляд ніким не координуються, кожний лікар відповідає за «свою» патологію.

Відомо, що основною причиною смерті 60 % хворих на СНІД, передусім СІН, став туберкульоз, що вказує на проблеми СНІД-асоційованого туберкульозу[10]. Але не дивлячись на це, в Україні СІН з поєднаною патологією ВІЛ-інфекція + ТБ мають низький доступ до АРТ.

Останнім часом багато досліджень довели, що найкращим для лікування ВІЛ-інфекції, туберкульозу, наркотичної залежності від опіоїдів є інтегрований підхід, який передбачає координоване надання широкого спектру лікувальних, соціально-психологічних та профілактичних заходів[11].

«**Інтеграція** — це комплекс методик та моделей на фінансовому, адміністративному, організаційному та клінічному рівнях, які забезпечують погодженість, послідовність та співробітництво між та всередині лікувального та соціального секторів. Метою цих методик та моделей є поліпшення якості послуг і якості життя, підвищення ефективності допомоги пацієнтам зі складними хронічними проблемами, які торкаються багатьох сфер життя» (*Коднер і Шпрейвенбер*).

Цілями такого підходу є:

- збільшення рівня виявлення ВІЛ-інфекції та туберкульозу;

---

[10] *Global Tuberculosis Control,WHO Report,2008; Національний інститут фтизіатрії та пульмонології ім. Ф.Г.Яновського АМН України, Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом, 2009*

[11] *ВООЗ,2008, UNAIDS,2008, Basu S,Smith-Rohrberg D, 2006, Дворяк С.В. Проблемы организации медицинской помощи потребителям инъекционных опиоидов. Таврический журнал психиатрии. V.15, 1(54), 2011. С. 60–65*

- залучення пацієнтів до ЗПТ;
- вища прихильності до лікування;
- більша доступність послуг;
- вища ефективність лікування в цілому;
- ефективніше витрачання коштів;
- здійснення профілактичних заходів;
- контроль над терапією, яка проводиться.

Ключовими аспектами інтегрованого підходу є:

- спільне розташування програм, що зручно для пацієнтів;
- перехресне навчання лікарів загальної практики та вузьких спеціалістів;
- ефективна терапія наркотичної залежності (ЗПТ);
- забезпечення моніторингу взаємодії ліків і побічних ефектів.

Інтегрована допомога — це підхід, при якому певна установа (центр інтегрованої допомоги — ЦІД) бере на себе відповідальність за координацію надання пацієнту комплексу медичних, психологічних та соціальних послуг для забезпечення безперервності, зручності та максимальної якості та ефективності допомоги, яка надається хворому в межах державних гарантій забезпечення громадян медичною допомогою.

На етапі широкомасштабного впровадження ЗПТ в умовах високоспеціалізованої системи охорони здоров'я в Україні все більш актуальним стає впровадження інтегрованого підходу для пацієнтів з подвійною, потрійною патологією (наркозалежність+ВІЛ-інфекція+ТБ+психічні розлади) саме в тих ЛПЗ, де надають ЗПТ. Пов'язано це з тим, що ЗПТ є вагомим мотиваційним фактором для СІН щоденно відвідувати ЛПЗ для отримання замісного препарату та соціально-психологічної допомоги й одночасно обстеження та лікування ВІЛ-інфекції, туберкульозу, інших захворювань[12].

Всі ці заходи дозволять не тільки покращити якість життя цієї категорії пацієнтів, але й залучити їх до профілактичних заходів щодо ризикованої поведінки і тим зменшити розповсюдження епідемії ВІЛ-інфекції та вірусних гепатитів, а також туберкульозу. Для ефективного лікування та скринінгу соціально небезпечних захворювань серед СІН слід намагатися сконцентрувати в одному ЛПЗ якомога більше медичних та психо-соціальних послуг для своєчасного усунення побічних явищ від поєднання ліків, контролю виконання усіх медичних при-

[12] *ВООЗ, 2009. Bruce RD, Altice FL,2007*

значень та лікування патологічних станів пацієнта в цілому. Крім того, це вигідно і в економічному сенсі.

Пакет послуг ЦІД може включати обов'язкові та додаткові послуги, перелік яких можна розширювати згідно з потребами клієнтів.

Повний спектр послуг ЦІД передбачає:

1. діагностику та лікування психічних розладів, пов'язаних із вживанням опіоїдів, в тому числі ЗПТ;
2. профілактику, діагностику та лікування ВІЛ-інфекції;
3. профілактику, діагностику та лікування вірусних гепатитів;
4. профілактику, діагностику та лікування туберкульозу;
5. діагностику та лікування супутніх психічних захворювань;
6. профілактику, діагностику та лікування інфекцій, які передаються статевим шляхом (ІПСШ);
7. послуги в сфері репродуктивного здоров'я;
8. діагностику та лікування інших захворювань, що часто зустрічаються;
9. програми зменшення шкоди від вживання наркотиків (інформування, розповсюдження шприців та презервативів тощо);
10. соціально-психологічну допомогу.

Повний пакет послуг рідко може бути доступним в рамках одного закладу, тому послуги, які не належать до спеціалізації такого закладу можуть бути надані запрошеними консультантами чи способом структурної переадресації.

Ключовою умовою роботи програми інтегрованої допомоги є мультидисциплінарний підхід, який забезпечує комплексне ведення поєднаної патології одним лікарем, який має декілька спеціалізацій або командою фахівців в тісній співпраці. Психосоціальні послуги також слід надавати за співпраці лікарів та соціальних працівників. ЛПЗ, які мають можливості сконцентрувати більшість медичних і соціальних послуг під «одним дахом», насамперед, скринінг, лікування та профілактику таких важливих захворювань як наркозалежність від опіоїдів (ЗПТ), ВІЛ-інфекція, туберкульоз, називаються ЦІД з повною інтеграцією. Якщо більшість послуг в ЛПЗ надаються при допомозі структурованої переадресації, а тільки деякі послуги, виключно профільні, на базі цього ЛПЗ, то такий ЦІД має часткову інтеграцію.

Мінімальний пакет послуг складається з:

1. Призначення і видачі препаратів ЗПТ (метадон, бупренорфін);
2. Консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію;

3. Загальний терапевтичний супровід (консультування профільними фахівцями);
4. Інформування з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу, інших доступних послуг, включно з програмами реабілітації;
5. Елементи програм зменшення ризику інфікування ВІЛ.

Функціонування ЦІД передбачає впровадження мультидисциплінарної моделі ведення пацієнтів ЗПТ, залучення до цієї діяльності відповідних фахівців ключових державних та недержавних організацій, а саме: лікарів — нарколога, інфекціоніста, фтизіатра, медичних сестер, соціального працівника та\або психолог. Комусь з цих спеціалістів доручають функцію кейс-менеджера.

Схеми медичного супроводу — ведення — учасників ЗПТ можуть бути різними залежно від можливостей та організаційної структури закладу. Як вже вказувалось, необхідно організувати доступ пацієнтів до таких основних медичних послуг: ЗПТ, діагностика і лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу. За наявності ресурсів та враховуючи можливості лікувально-профілактичних закладів, організовують доступ пацієнтів ЗПТ до медичних послуг з діагностики та лікування опортуністичних інфекцій, а також інфекцій, що передаються статевим шляхом, хірургічних і соматичних захворювань на базі самого ЛПЗ або шляхом координованої переадресації до інших медичних установ. Певні специфічні послуги для пацієнтів можуть бути організовані шляхом координованої переадресації до відповідних проектів зменшення шкоди, медико-соціального супроводу ВААРТ, догляду вдома, до проектів з формування прихильності до ВААРТ та DOTS у ЛЖВ з потрійним діагнозом — ВІЛ/СІН/ТБ. Найменше складнощів щодо організації ІД виникає, якщо ЗПТ надають на базі багатопрофільних медичних закладів (СНІД-центрів, центральних міських та районних лікарень, станцій швидкої допомоги), де, за штатним розписом, працюють лікарі різних спеціальностей, тобто, практично, немає потреби у залученні фахівців та консультантів з інших ЛПЗ або транспортуванні пацієнтів відповідно до плану лікування. В такій ситуації значно легше проконтролювати візити пацієнта до інших лікарів та їх результати. За досвідом багатьох країн Заходу, найкращих результатів досягають, коли ЗПТ надається в загально-медичних закладах і наркозалежні отримують усі необхідні послуги в одному місці.

На час написання посібника в Україні діють моделі інтегрованої допомоги на базі таких ЛПЗ:

СНІД-центрів:

Особливості:

- Повний спектр послуг «під одним дахом».
- Економічна доцільність.
- Ефективна робота МДК.
- Кейс-менеджмент — залучення фахівців з одного ЛПЗ.

Недоліки:

- Недостатньо послуг/консультацій з наркології та психіатрії.
- Протитуберкульозні препарати переважно недоступні, що робить неможливим лікування ТБ в підтримувальній стадії.

Багатопрофільних ЛПЗ:

Особливості:

- Повний перелік послуг.
- Економічна доцільність.
- Ефективна робота МДК.
- Кейс-менеджмент — залучення фахівців з одного ЛПЗ.

Недоліки:

- Переадресація в СНІД-центри для отримання ВААРТ.
- Лікування ТБ лише в обмеженій кількості закладів.
- Обмеження доступу в зв'язку з ВІЛ-статусом.

Протитуберкульозних диспансерів:

Особливості:

- Повний спектр послуг «під одним дахом».
- Економічна доцільність.
- Ефективна робота МДК.
- Кейс-менеджмент — залучення фахівців з одного ЛПЗ.

Недоліки:

- Недостатньо послуг/консультацій з наркології та психіатрії.
- Неможливість лікуватися особам, у яких немає ТБ.

Наркологічних та психіатричних лікарень:

Особливості:

- Добре організовано діагностування та лікування наркозалежності.

Недоліки:

- Спектр послуг неповний, особливо лікування супутніх захворювань.
- АРТ, ТБ лікування та консультації фахівців переважно за переадресацією.
- Вища вартість програми через переадресацію.

Існують певні складнощі з якістю надання інтегрованих послуг СІН з супутніми хворобами у державних наркологічних диспансерах. У них вузька спеціалізація, не має можливостей для детального соматичного обстеження, і їхній стиль роботи, що склався історично, часто обмежує перелік послуг з підтримки, необхідних для залучення та утримання пацієнтів. Рівень інтеграції ЗПТ з іншими видами медичної допомоги, особливо тими, що доступні на базі високоспеціалізованих медичних установ, також досить низький.

Жодна модель ЦІД поки що не об'єднала під «одним дахом» у повному обсязі такі важливі послуги як-от:

– ЗПТ;
– діагностика ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу;
– призначення та видача ВААРТ, протитуберкульозних препаратів;
– лікування психічних захворювань та ускладнень.

Згідно протоколу ВООЗ для країн СНД «Надання допомоги і лікування при ВІЛ-інфекції та СНІД» заклади, які впроваджують ЗПТ, повинні організувати на своїй базі діагностику, лікування ВІЛ-інфекції і видачу відповідних препаратів своїм пацієнтам. При такому підході досягається максимальний рівень контролю над ВААРТ, необхідний для підвищення її ефективності та скорочення ризику появи стійких штамів ВІЛ. Те ж саме можна сказати і про діагностику та лікування туберкульозу. Крім того, територіальне поєднання служб, які надають наркологічну допомогу, протитуберкульозне лікування та ВААРТ, полегшує корекцію дозування при взаємодії метадону, протитуберкульозних препаратів та ВААРТ.

Оскільки центри СНІДу та багатопрофільні лікарні мають в своїй структурі достатньо широкий арсенал фахівців різного профілю, методів лікування та діагностики, організація ЦІД на базі таких ЛПЗ є найменш затратною з фінансової та адміністративної сторони. Цим закладам повинен надаватися пріоритет при розвитку ЦІД в умовах обмеженого фінансування.

В Україні організація і забезпечення послуг з лікування ВІЛ-інфекції та видачі відповідних препаратів поза межами служби СНІД є непростим завданням і можливі лише за наявності політичної волі, фінансових ресурсів, спеціалістів відповідної кваліфікації, вільного доступу до АРВ-препаратів, простих стандартизованих методів лікування, безкоштовного добровільного доступу до консультування та тестування на ВІЛ *(Український центр профілактики та боротьби зі СНІ-*

Дом МОЗ України, 2009, stop-aids.gov.ua/attachments*)*. При Українському інституті досліджень політики щодо громадського здоров'я створено «Інформаційний центр з питань надання інтегрованих послуг СІН», ресурси якого, доступні на сайті УІДПГЗ для фахівців і керівників ЛПЗ, які впроваджують цей підхід (http://www.uiphp.org.ua/ua/resursnyicenterip).

Можливо, найбільш реальним та фінансово обґрунтованим є впровадження діагностики та лікування ВІЛ-інфекції, туберкульозу на підтримувальній стадії (ДОТ-ТБ) та інших додаткових послуг в тих наркологічних диспансерах, які надають ЗПТ понад 100 пацієнтам, не менше 30–40 % яких є ВІЛ-інфікованими та\або хворими на неактивний туберкульоз, що дасть змогу головному лікарю аргументувати введення або перепрофілювання штатних одиниць в своєму ЛПЗ.

Для тих, хто цікавиться цими можливостями, наводимо кілька варіантів.

Варіант А. Введення нової посади понад наявне штатне забезпечення закладу:

- Наказ управління охорони здоров'я ОДА (інший розпорядчий документ: розпорядження голови ОДА, рішення сесії ради — залежно від рівня делегування повноважень органам виконавчої влади) про розширення функцій (зони обслуговування і т.д.) ЛПЗ.
- Внесення змін до статутних документів ЛПЗ з визначенням розширення функцій (зони обслуговування, завдань) закладу.
- Узгодження введення нової посади з вимогами регламентуючих наказів МОЗ щодо штатного забезпечення ЛПЗ (наказ МОЗ №33 від 23.02.2000р. «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я», наказ МОЗ №122 від 12.03.2008р. «Про внесення змін до наказу МОЗ від 23.02.2000р №33) з урахуванням внесених змін в установчі документи закладу.
- Подання в вищестоящий орган управління щодо необхідності розширення кількості лікарських посад в штатному розкладі закладу по одному з варіантів: — за рахунок перерозподілу в межах визначеної кількості посад галузі на території обслуговування (компетенція управління охорони здоров'я ОДА в межах делегованих повноважень); за рахунок збільшення штатної чисельності працівників галузі на території обслугову-

вання (компетенція сесії ради з подання вищестоящого органу управління, наприклад: управління охорони здоров'я).

Варіант Б. Перепрофілювання посади в межах наявного штатного розпису:

– перепрофілювання посади наказом керівника закладу в межах наявного штатного розпису (в випадку Центру СНІДу: згідно з положеннями наказу №33 МОЗ України розподіл посад за окремими спеціальностями здійснюється керівником закладу в межах зазначеного нормативу).

Варіант В. Введення (перепрофілювання) частини посади для лікаря за сумісництвом (зовнішній сумісник):

– аналогічно до попереднього пункту.

Варіант Г. Організація робочого місця для лікаря з іншого закладу в певні години за договором між ЛПЗ:

– укладання договору про відпрацювання робочого часу лікарем-спеціалістом іншого ЛПЗ на робочому місці в закладі (табелювання та оплата праці проводиться за основним місцем роботи), внесення цих послуг до функціональних обов'язків лікаря;
– створення умов для роботи лікаря згідно договору (приміщення, обладнання і устаткування згідно табелю оснащення) у визначені години роботи лікаря-спеціаліста.

Варіант Д. Додаткове навчання наявного лікаря іншої спеціальності (якщо допускається за кваліфікаційним характеристикам первинної спеціальності):

– спеціалізація з отриманням відповідного посвідчення (наприклад, для лікаря-терапевта спеціалізація з інфекційних хворобам);
– тематичне удосконалення (наприклад «Вірусні гепатити» для лікарів-терапевтів; гастроентерологів, сімейних лікарів тощо).

Варіант Е. Використання посади, що існує (зміна функціональних обов'язків):

– введення додатково до функціональних обов'язків за наявності недовиконання навантаження на лікарську посаду лікарем — спеціалістом закладу;

- розширення зони обслуговування з наданням відповідної доплати в межах кошторисних призначень на оплату праці (згідно спільного наказу МОЗ України і Міністерства праці та соціальної політики України від 05.10.05. №308/519 «Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту»);
- залучення зовнішнього консультанта за трудовою угодою (договір ЦПХ).

Інтегрований підхід — є найкращою моделлю надання медико-соціальної допомоги СІН з супутніми захворюваннями, яка дозволяє покращити їхню якість життя, залучити до профілактичних заходів щодо ризикованої поведінки, а країні — взяти під контроль епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу.

Тема 6. Медична документація. Порядок ведення при ПТАО (амбулаторні карти, протоколи, журнали, висновки, листи призначення)

Організація лікувального процесу агоністами опіоїдів потребує ведення медичної документації. На кожного пацієнта, якому призначається замісна терапія в амбулаторних умовах, оформляється медична карта амбулаторного хворого встановленого зразка (форма № 025-у 87), в яку вносяться паспортні дані пацієнта, дата народження, адреса проживання, номер контактного телефону, дані про диспансерний нагляд з приводу того чи іншого захворювання. Якщо програма функціонує на базі денного стаціонару, — оформляється медична карта стаціонарного хворого встановленого зразка.

Первинний огляд пацієнта документується з обов'язковим викладенням анамнезу хвороби та життя, наркологічного анамнезу, об'єктивного соматичного та психічного статусу пацієнта (локального статусу). Подальші записи в амбулаторних картах передбачують ведення лікарських щоденників, плану лікування та обстеження пацієнта, при необхідності — записи висновків консультативно-лікарської комісії, консультацій суміжних спеціалістів, інше. Окрім того, при включенні пацієнта до програми лікування з використанням агоністів опіоїдів необхідно мати інформовану згоду на лікування, підписану пацієнтом (додаток 8 методичних рекомендацій «Замісна підтримувальна терапія в лікуванні хворих із синдромом залежності від опіоїдів», затверджених наказом МОЗ України від 10.11.2008р. № 645).

Агоністи опіоїдів належать до категорії лікарських засобів, обіг яких в лікувальних закладах регламентується наказом МОЗ України від 21.01.2010р. №11 «Про затвердження Порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у закладах охорони здоров'я України», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 27.05.2010р. № 347/17642, тому призначення препаратів ЗПТ здійснюється в листку призначень лікарями наркотичних і психотропних лікарських засобів і виконання цих призначень (додаток 4 Порядку), з обов'язковим записом до історії хвороби (якщо програма ЗПТ впроваджена на базі денного стаціонару), або до амбулаторних карт, коли ЗПТ надається на базі диспансерного чи поліклінічного відділень. Середній медичний персонал повинен робити відмітки в листку призначень про видачу призначеного лікарем (комісією з доцільності призначення наркотичних лікарських засобів) замісного препа-

рату з зазначенням дози та часу видачі. Листок призначень повинен зберігатися у первинній медичній документації хворого.

Рішення про призначення наркотичних лікарських засобів на строк більше трьох діб зобов'язана приймати комісія з доцільності призначення наркотичних засобів лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я з обов'язковим затвердженням цього рішення головним лікарем або його заступником з лікувальної роботи. Склад зазначеної комісії повинен бути затверджений наказом керівника ЛПЗ. Голова комісії та члени комісії повинні бути ознайомлені з даним наказом «під особистий підпис». Рішення комісії оформляється у формі висновку про призначення наркотичних лікарських засобів у двох примірниках (додаток 5 Порядку), та зберігається у первинній медичній документації хворого.

Предметно-кількісний облік наркотичних лікарських засобів у відділеннях та кабінетах лікувально-профілактичних закладів, а також на постах відділень та в кабінетах поліклініки ЛПЗ здійснюється в відповідних журналах, форми яких затверджено додатками № 6 та 7 Порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у закладах охорони здоров'я України. Ведення журналів здійснюється за встановленою формою з обов'язковим записом ініціалів хворих, номерів історій хвороби (амбулаторних карток) та зазначенням назви лікарського засобу, одиниці обліку та використаної кількості.

Для оптимізації своєї роботи МДК може також розробляти форми, затверджені головним лікарем, як-от протокол засідання МДК з консультативними висновками членів МДК, пам'ятки для пацієнтів про замісну терапію, індивідуальні картки клієнтів програми замісної терапії, інше. Перелік додаткової медичної документації може бути затвердженим наказом керівника лікувального закладу.

Робота з наркотичними, психотропними речовинами та прекурсорами в Україні регулюється законодавством, ухваленим державою з урахуванням міжнародних зобов'язань. При недотриманні ліцензійних вимог контролюючий орган (у випадку порушень медичного характеру — Державний комітет контролю за наркотиками МОЗ України; у випадку порушень правил обігу наркотичних лікарських засобів — відділ МВС по боротьбі з незаконним обігом наркотиків) вказує на порушення чинного законодавства та визначає заходи для виправлення ситуації, в тому числі може відкрити кримінальне провадження.

ЧАСТИНА 4.
ДЛЯ ЛІКАРІВ

Тема 1. Групи з особливими потребами: хворі на туберкульоз

Протягом останніх п'ятнадцяти років в Україні склалася загрозлива ситуація з захворюваністю на туберкульоз. Починаючи з 1995р., зареєстровано епідемію туберкульозу, яка невпинно прогресує. Збільшується захворюваність на поєднану патологію туберкульоз/ВІЛ-інфекція. Туберкульоз залишається основною причиною смерті хворих на СНІД (43,3 % від усіх випадків смерті). Щороку помирає від цієї хвороби 10–11 тисяч хворих, що становить понад 30 осіб на день.

Туберкульоз — це інфекційне захворювання, що викликається збудником — мікобактерією туберкульозу (Micobacterium tuberculosis) та характеризується утворенням специфічних гранульом в різних органах і тканинах (специфічне туберкульозне запалення) у поєднанні з неспецифічними реакціями та різноманітною клінічною картиною, що залежить від форми, фази, локалізації та поширеності патологічного процесу.

МБТ уражають різні органи й системи організму людини, найчастіше — легені, а також інші внутрішні органи: лімфатичні вузли, кістки й суглоби, нирки та сечостатеві органи, серозні оболонки (плевра, перикард, очеревина), головний мозок та його оболонки, печінку, селезінку, бронхи, трахею, гортань, очі, шкіру і підшкірну клітковину, вуха, наднирники, стравохід, шлунок, кишківник та ін.

Після зараження МБТ людина залишається інфікованою протягом багатьох років, можливо – всього життя, але захворювання частіше за все не розвивається. Ризик розвитку туберкульозу протягом життя людини, інфікованої МБТ, але не інфікованої ВІЛ, становить 5–10 %. Єдиним проявом інфекції в таких випадках може бути позитивна туберкулінова проба.

Споживання ін'єкційних наркотиків, зловживання алкоголем, перебування в місцях позбавлення волі є додатковими факторами під-

вищеного ризику інфікування туберкульозом. Тому, пацієнти, що вживають ін'єкційні наркотики, або отримують ЗПТ повинні мати максимально полегшений доступ до послуг з діагностики та лікування туберкульозу.

У січні 2012 р. з 6097 наркозалежних, які отримували ЗПТ, 45 % становили інфіковані ВІЛ і 16,5 % були хворі на туберкульоз.

ВІЛ-асоційований туберкульоз. ВІЛ є фактором ризику, що сприяє активації латентної туберкульозної інфекції. У міру прогресування ВІЛ-інфекції зменшується кількість і порушується функціональна активність Т-лімфоцитів (CD4), які вимірюються кількістю клітин/мм^3, знижується здатність імунної системи протистояти проникненню в організм, розмноженню й поширенню МБТ. Ризик захворіти на туберкульоз у ВІЛ-інфікованих збільшується в 5–10 разів (до 50 %). Таким чином, у кожної другої ВІЛ-інфікованої людини можна очікувати розвитку активного туберкульозу. Лікар, що призначає ПТАО ВІЛ-інфікованим СІН та здійснює медичний супровід, повинен враховувати такі фактори:

- ВІЛ-інфіковані пацієнти належать до групи ризику стосовно наявності або розвитку активного туберкульозу, як однієї з основних причин смерті;
- ВІЛ-інфекція впливає на перебіг туберкульозу та ефективність лікування.

Водночас:

- туберкульоз може бути одним із проявів III або IV стадії ВІЛ-інфекції;
- активний туберкульоз впливає на перебіг ВІЛ-інфекції та ефективність ВААРТ терапії.

Активний легеневий або позалегеневий туберкульоз, який розвивається у ВІЛ-інфікованої особи, визначається як «коінфекція туберкульоз/ВІЛ».

Клінічна картина та локалізація туберкульозу (легенева, позалегенева) значною мірою залежать від ступеню пригнічення імунітету. Клінічна картина туберкульозу на ранній стадії ВІЛ-інфекції (при кількості CD4 ≥ 500 клітин/мм^3) подібна до такої у пацієнтів, неінфікованих ВІЛ, коли виявляються характерні зміни на рентгенограмі легень та кислотостійкі бактерії (КСБ) в мазку харкотиння. На пізніх стадіях ВІЛ-інфекції (при кількості CD4 ≤ 200 клітин/мм^3) клінічна картина нагадує первинний туберкульоз легенів із негативними результатами мазка харкотиння, інфільтративними змінами на рентгенограмі без утворен-

ня порожнин; позалегеневі форми туберкульозу переважають над легеневими. Легені уражаються в наслідок гематогенної дисемінації (міліарний туберкульоз) з залученням багатьох органів і систем (лімфатичної системи, ЦНС, селезінки).

Одночасно у ВІЛ-інфікованих пацієнтів захворювання на туберкульоз може призвести до посилення імунодефіциту. В свою чергу, на тлі імунодефіциту, може розвиватись прогресування інших опортуністичних інфекцій та онкологічних захворювань, таких як кандидоз стравоходу, криптококовий менінгіт, пневмоцистна пневмонія, саркома Капоші.

Виявлення туберкульозу. Згідно зі стандартом, затвердженим наказом МОЗ України від 09.06.2006 р. №384 «Про затвердження Протоколу надання медичної допомоги хворим на туберкульоз», хворих на туберкульоз виявляє персонал ЛПЗ загальної лікувальної мережі. Діагностика туберкульозу, встановлення чи підтвердження діагнозу шляхом детального розширеного обстеження проводиться у спеціалізованих протитуберкульозних закладах. Медичний супровід пацієнтів ПТАО, які належать до групи ризику щодо захворюваності на туберкульоз, потребує знань щодо клінічних та діагностичних проявів туберкульозу. Виявлення туберкульозу в дорослих, згідно з протоколом, здійснюється поетапно і включає:

- збір скарг та анамнезу;
- рентгенологічне дослідження;
- триразове дослідження мокротиння на кислотостійкі бактерії;
- у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД додатково необхідно проводити ще й посів харкотиння на МБТ як більш чутливий метод, туберкулінову діагностику та серологічну діагностику туберкульозної інфекції.

Клінічні прояви. Під час клінічного огляду хворого лікар повинен звертати увагу на скарги хворого та симптоми, які дозволяють запідозрити туберкульоз, а саме: кашель з мокротинням протягом 2–3 тижнів і більше, біль у грудях, кровохаркання, задишку, тривалу лихоманку, підвищену пітливість (особливо вночі), загальну слабкість, зниження апетиту, схуднення. Всі ці симптоми вимагають обов'язкового обстеження на туберкульоз (табл. 8).

У хворих на позалегеневий туберкульоз одночасно з ознаками загального інтоксикаційного синдрому можуть виявлятися патологічні зміни, які відповідають місцю ураження (локальний синдром): збільшення периферійних лімфатичних вузлів, болі в кістках та суглобах,

Таблиця 8

Симптомокомплекси,
що вимагають обов'язкового обстеження на туберкульоз

Бронхолегеневі симптоми	**Симптоми інтоксикації, які тривають понад 2 тижні**
Кашель сухий або з виділенням харкотиння понад 2 тижні	Фебрильна, субфебрильна температура
Біль в грудній клітці, що пов'язаний з диханням	Схуднення, втрата апетиту, підвищена пітливість
Кровохаркання, легенева кровотеча	Слабкість

болі в животі та діарея, погіршення зору, менінгеальний синдром, ураження шкіри. Позалегеневий туберкульоз може поєднуватися з туберкулезом легень, а також розвиватися самостійно, без ураження легень. Необхідно враховувати наявність контакту з хворими на активну форму туберкульозу в анамнезі.

Рентгенологічне дослідження (рентгенографія органів грудної клітки, рентгентомографія, комп'ютерна томографія) призначається тільки при наявності скарг (кашель протягом 3 тижнів і більше, втрата маси тіла; втомлюваність; лихоманка; потіння вночі; біль у грудній клітині; втрата апетиту; кровохаркання). При наявності вогнищевих, інфільтративних, деструктивних змін, округлених утворень незалежно від локалізації, плеврального випоту, асиметричного збільшення коренів легень при рентгенологічному обстеженні легень варто підозрювати туберкульоз. Планові скринінгові дослідження (флюорографія), без наявності скарг, призначаються щорічно пацієнтам, що належать до групи ризику (особи, які перебувають під медичним наглядом у наркологічних, психоневрологічних, або протитуберкульозних закладах підлягають обов'язковому рентгенологічному обстеженню на виявлення туберкульозу).

Усім пацієнтам з підозрою на туберкульоз необхідно провести трикратне дослідження мокротиння на КСП методом мікроскопії за методом Ціля-Нільсена, який є достатньо простим і може бути впроваджений в лабораторіях усіх закладів загально-лікарняної мережі. У разі виявлення кислотостійких бактерій хоча б в одному з трьох досліджуваних мазків мокротиння, лікар повинен направити пацієнта у протитуберкульозну установу на подальше обстеження та верифікацію діагнозу.

Існує три основних варіанти тактичних дій виявлення туберкульозу для установ загальної медичної мережі:

- при наявності рентгенологічних змін, які дають підстави підозрювати туберкульоз, і виявленні кислотостійких бактерій хоча б у 1 аналізі мокротиння пацієнта направляють у протитуберкульозну установу для подальшого обстеження з метою підтвердження або виключення діагнозу туберкульозу;
- у випадку, якщо рентгенологічно визначаються інфільтративні або вогнищеві зміни в легенях, а кислотостійкі бактерії не виявлені в жодному з 3 досліджуваних мазків мокротиння, проводиться тест-терапія антибіотиками широкого спектра дії тривалістю до 2 тижнів. При цьому не можна застосовувати препарати, що мають протитуберкульозну активність (стрептоміцин, канаміцин, амікацин, рифампіцин, мікобутин, усі препарати групи фторхінолонів). У випадку відсутності ефекту від проведеної терапії антибактеріальними препаратами широкого спектра дії, пацієнта необхідно направити в протитуберкульозну установу для додаткового обстеження;
- у випадку, якщо рентгенологічно в легенях визначається дисемінація, округле утворення, порожнина, збільшення внутрішньо грудних лімфатичних вузлів, плеврит, але кислотостійкі бактерії не виявлені в жодному з 3 досліджуваних мазків мокротиння, пацієнт повинен бути направлений для подальшого обстеження, що включає інструментальну діагностику з метою морфологічної, цитологічної і мікробіологічної верифікації діагнозу, у протитуберкульозну установу.

Досить складною є діагностика позалегеневого туберкульозу. У більшості пацієнтів присутні характерні загальні симптоми туберкульозної інфекції (лихоманка, потіння вночі, втрата маси тіла) та симптоми ураження залежно від локалізації туберкульозного процесу. Ознаки туберкульозу різної локалізації наведені у табл. 9. Подано перелік туберкульозу різної локалізації (наведено залежно від поширеності окремих форм згори донизу) та прояви локального ураження. Варто зазначити, що у ВІЛ-інфікованих пацієнтів позалегеневий туберкульоз зустрічається частіше, ніж у ВІЛ-негативних, та зазвичай поєднується з ураженням легень.

Первинну діагностику позалегеневого туберкульозу виконують також в установах загальної медичної мережі та центрах СНІД за консультативної допомоги фтизіатрів, або у закладах протитуберкульоз-

Таблиця 9

Ознаки туберкульозу різної локалізації

Локалізація туберкульозу	**Ознаки туберкульозу**
Туберкульоз внутрішньогрудних л/в	Інтоксикаційний синдром (від різко вираженого до помірно вираженого), кашель, виділення харкотиння, розширення тіні коренів легень на рентгенограмі органів грудної клітини, ураження бронхів при бронхоскопії.
Туберкульоз периферійних л/в	Інтоксикаційний синдром, збільшення периферійних л/в, нориці над збільшеними периферійними лімфовузлами.
Туберкульозний плеврит	Інтоксикаційний синдром (від різко до помірно вираженого), біль у грудній клітині, задишка, сухий кашель, наявність випоту в плевральній порожнині.
Туберкульоз нервової системи і мозкових оболонок	Інтоксикаційний синдром (від різко вираженого до помірно вираженого), менінгеальний синдром (від різко вираженого до помірно вираженого), патологічні зміни в ліквoрі, вогнищеві симптоми ураження мозку.
Міліарний туберкульоз	Інтоксикаційний синдром (різко виражений), міліарні висипання в легенях при рентгенологічному обстеженні.
Туберкульоз кісток та суглобів	Інтоксикаційний синдром, локальний біль в кістках та суглобах, холодні абсцеси в м'яких тканинах, патологічні зміни в кістках і суглобах при рентгенологічному дослідженні.
Туберкульоз сечостатевої системи	Інтоксикаційний синдром, дизурічний синдром, патологічні зміни в аналізі сечі, патологічні зміни при рентгенологічному обстеженні органів сечової системи, локальні патологічні зміни слизової оболонки сечового міхура при цистоскопії.
Туберкульоз кишок, очеревини	Інтоксикаційний синдром (від різко вираженого до помірно вираженого), діарейний синдром, збільшення брижових лімфовузлів при УЗД, синдром кишкової непрохідності.
Туберкульоз шкіри	Інтоксикаційний синдром (від різко вираженого до помірно вираженого), скрофулодерма, вовчак.
Туберкульоз ока	Інтоксикаційний синдром (від різко вираженого до помірно вираженого), передній увеїт, периферійний увеїт, хореоретиніт.

ної служби за направленням лікарів інших лікувальних закладів. Встановлення остаточного клінічного діагнозу, призначення лікування та його проведення відбувається в протитуберкульозних диспансерах.

Отже, при наявності у хворого проявів інтоксикаційного синдрому, локального ураження органів, та/або рентгенологічних змін, лікар, що здійснює медичний супровід пацієнта ПТАО, повинен обов'язково направити його на подальше обстеження в протитуберкульозну установу або запросити фтизіатра для консультації. Проба_Манту»

Лікування. Враховуючи значний відсоток випадків туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих СІН, які отримують ПТАО, організація одночасного лікування СНІД, туберкульозу та опійної залежності потребуватиме тісної взаємодії лікарів різних спеціальностей. Протитуберкульозна терапія ефективна при правильному поєднанні препаратів та призначенні оптимальних доз цих препаратів, регулярному прийомі та безперервності лікувального процесу.

Тактика лікування туберкульозу залежить від поширеності специфічного процесу, наявності хіміорезистентності та побічних дій антимікобактеріальних препаратів. Наказом МОЗ України від 09.06.2006р. №384 затверджені стандартні схеми лікування залежно від визначення випадку, розповсюдженості процесу та наявності бактеріовиділення з встановленням чутливості до протитуберкульозних ліків, якими керуються у своїй роботі лікарі фтизіатричної служби.

Протитуберкульозні препарати 1-го ряду: ізоніазид (H), рифампіцин (R), стрептоміцин (S), етамбутол (E), піразинамід (Z) призначають хворим у випадку вперше виявленого туберкульозу та рецидивів захворювання, які виділяють чутливі до цих препаратів МТБ. До протитуберкульозних препаратів 2-го ряду відносять: канаміцин (Km), амікацин (Am), фторхінолони (Q), етіонамід (протіонамід) (Et), натрієва сіль парааміносаліцилової кислоти (PAS), циклосерин (Cs), капреоміцин (Cm), тіоацетазон (Th), які використовують для хіміотерапії хворих на туберкульоз із визначеною медикаментозною резистентністю МТБ до протитуберкульозних препаратів 1-го ряду.

ВІЛ-інфікованим пацієнтам при наявності в них позитивної проби Манту (виявлення «віражу» туберкулінової проби), гіперергічної реакції на туберкулін, зростання папули більш ніж на 6 міліметрів порівняно з попереднім роком, у разі виявлення при рентгенофлюорографічному обстеженні залишкових зміни після спонтанно або клінічно вилікуваного туберкульозу, а також у разі контакту з хворим на активну форму туберкульозу протягом останнього року необхідно забезпечи-

ти консультацію фтизіатра. Як правило, в таких випадках, після виключення наявності у пацієнта активного туберкульозу, призначається контрольована хіміопрофілактика туберкульозу за схемами: ізоніазид + етамбутол або ізоніазид + піразинамід щодня або двічі на тиждень протягом трьох місяців у стандартних дозах (ізоніазид — 0,3, етамбутол — 1,2, піразинамід — 2,0) або у дозах відповідно до маси тіла.

Хворим на СНІД хіміопрофілактику призначають незалежно від результатів туберкулінової проби при рівні СД4 менше 200 клітин в 1 мкл.

При одночасному призначенні ПТАО та протитуберкульозних препаратів важливо пам'ятати про взаємодію їх між собою. Так, наприклад, ріфампіцин знижує концентрацію метадону до 70 % та призводить до розвитку гострого абстинентного синдрому в пацієнтів, що зазвичай потребує корекції дози метадону. Альтернативним препаратом в такому випадку є рифабутин, вплив якого на метадон незначний.

Лікування туберкульозу проводиться в протитуберкульозному диспансері згідно клінічної категорії диспансерного обліку в умовах стаціонару або амбулаторно залежно від форми та тяжкості туберкульозу. Згідно Закону (Закон України від 05.07.2001№ 2586-III «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз»), хворі на заразливі форми туберкульозу до припинення бактеріовиділення, в тому числі соціально дезадаптовані та з супутньою патологією (хворі із залежністю від алкоголю, наркотиків), підлягають обов'язковій госпіталізації до протитуберкульозних закладів та зобов'язані пройти відповідне лікування в умовах стаціонару. В таких випадках лікування хворих на туберкульоз СІН в поєднанні з призначенням ПТАО призводить до підвищення прихильності до лікування (вчасного прийому ліків в необхідній, призначеній лікарем дозі та дотримання рекомендацій щодо режиму прийому), попереджає розвиток резистентних форм туберкульозу. Поєднане лікування залежності та туберкульозу може бути організовано шляхом створення повноцінної програми ПТАО на базі протитуберкульозних закладів. Забезпечення ПТАО на період активної фази лікування важливе і з епідеміологічної точки зору, адже знаходження пацієнтів з виділенням бактерій туберкульозу поряд із ВІЛ-інфікованими особами може призвести до інфікування останніх.

Лікування туберкульозу поза мережею протитуберкульозних закладів може здійснюватися лише на стадії відсутності бактеріовиділення (в підтримувальній фазі) в амбулаторних умовах. Згідно з концеп-

цію Загальнонаціональної програми, лікування туберкульозу повинно базуватися на принципах стратегії ДОТС, тобто максимального наближення лікування до хворих, видачі протитуберкульозних препаратів та безпосереднього контролю за їх вживанням задля досягнення максимального рівня прихильності.

У Положенні про ДОТС-кабінет («Положення про кабінет контрольованого лікування хворих на туберкульоз на амбулаторному етапі», затверджене наказом МОЗ України від 07.12.2009 № 927 «Про затвердження Положення про кабінет контрольованого лікування хворих на туберкульоз на амбулаторному етапі») зазначено, що основним критерієм щодо визначення місця розташування ДОТС-кабінетів є територіальна зручність для хворих на туберкульоз. Це обумовлює необхідність і доцільність створення умов для амбулаторного лікування туберкульозу в центрах СНІД або в кабінетах ПТАО. ДОТС кабінет може створюватися наказом керівника закладу охорони здоров'я відповідно до рішення територіального УОЗ.

Терміни та обсяг моніторингу ефективності протитуберкульозного лікування визначає фтизіатр. Лікування вважається успішним при досягненні клініко-рентгенологічної стабілізації після завершення призначеного повного курсу антимікобактеріальної терапії.

Окрім безпосереднього контролю за видачею препаратів, який є найважливішим методом забезпечення прихильності, важливим є соціальний супровід хворих на туберкульоз пацієнтів ПТАО. Підтримка з боку соціальних працівників повинна включати допомогу при організації обстежень та консультацій спеціалістів, психологічної підтримки під час лікування а також, при можливості, наданні харчових пайків, засобів особистої гігієни, забезпечення правового захисту тощо.

Профілактика. Надаючи допомогу хворим на туберкульоз, потрібно пам'ятати про заходи профілактики для попередження інфікування здорових осіб. Туберкульоз — інфекційна хвороба, яка, здебільшого, передається повітряно-крапельним шляхом. Спільне перебування пацієнтів з активним виділенням бактерій туберкульозу, здорових осіб та, особливо, осіб зі зниженим імунітетом, під час отримання ЗПТ може призвести до розповсюдження інфекції, тому слід створити умови, які б попереджували скупчення пацієнтів та давали можливість забезпечити відокремлений прийом препарату для людей, які отримують протитуберкульозне лікування (окремий пункт/вікно видачі, призначення окремого часу відвідування кабінету ПТАО).

Хворим на туберкульоз легень рекомендується користуватися масками, оскільки вони попереджають утворення інфікованого аерозолю при розмові, кашлі, чханні.

Обов'язковим є використання природної та механічної вентиляції, бактерицидних ламп з ультрафіолетовим випромінюванням, які є дієвими методами профілактики та значно зменшують ризик інфікування.

Тема 2. Групи з особливими потребами: ВІЛ-інфіковані

Епідемічна ситуація з ВІЛ/СНІД в Україні. В Україні епідемія ВІЛ-інфекції тісно пов'язана з епідемією наркоспоживання. При аналізі домінуючих шляхів передачі ВІЛ (мал. 9) було встановлено, що з 1995 по 2007 рік основним шляхом передачі збудника був парентеральний, переважно при введенні наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. У 2008 році відбулася зміна — частка статевого шляху передачі стала більшою за частку парентерального шляху при ін'єкціях наркотиків. У 2010 році частка осіб, які були інфіковані статевим шляхом склала 45%, а інфікування при введенні наркотичних речовин ін'єкційним шляхом — 33,8%. Хоча питома вага гетеросексуального шляху передачі ВІЛ зростає, ін'єкційний шлях і досі залишається найважливішим за своїм впливом на епідемію. Попри застосовані заходи профілактики ще й досі велика кількість СІН (35–60%) практикують спільне користування ін'єкційним обладнанням. Це підтримує розвиток епідемії і не дозволяє взяти її під повний контроль.

Матеріали епіднагляду свідчать про те, що нова хвиля інфікування ВІЛ статевим шляхом тісно пов'язана з небезпечною сексуальною поведінкою СІН та їхніх статевих партнерів. Тобто, на сьогодні Україна залишається в категорії країн з концентрованою стадією епідемії ВІЛ-інфекції, що зосереджена серед окремих груп населення високого ризику інфікування ВІЛ, зокрема споживачів ін'єкційних наркотиків.

З часу виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції в 1987 році і до 2010 року включно в Україні офіційно зареєстровано майже 182 тис. випадків ВІЛ-інфекції, у тому числі 37 тис. захворювань на СНІД та 21 тис. випадків смерті від нього.

Протягом 2010 року в країні зареєстровано 20,5 тис. нових випадків ВІЛ-інфекції (44,7 на 100 тис. населення). Завдяки реалізації комплексу заходів, спрямованих на призупинення епідемії ВІЛ-інфекції, зокрема серед СІН, темпи приросту захворюваності на ВІЛ, починаючи з 2006 року, невпинно знижуються. Так, якщо в 2006 році показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію в цілому по країні збільшився на 16,8% порівняно з попереднім 2005 роком, то в 2010 році — лише на 3,3% порівняно з 2009 роком,.

ПТАО є одним із найефективніших методів лікування залежності від опіоїдів та профілактики інфікування ВІЛ.

Станом на 01.06.2012 р. ЗПТ в Україні отримує 6901 наркозалежних, з яких 3041 — ВІЛ-інфіковані, 1035 пацієнтів отримують ВААРТ. Тобто,

Мал. 9. Шляхи інфікування ВІЛ серед нових офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції у 2010 р.

майже 45 % всіх пацієнтів програм ПТАО перебувають на тій чи іншій стадії ВІЛ-інфекції та потребують систематичного медичного спостереження з метою діагностики, профілактики та лікування патології, викликаної безпосередньо ВІЛ та/або опортуністичними захворюваннями, формування прихильності до ВААРТ та роботи, направленої на зменшення ризикованої поведінки. Знання перебігу ВІЛ-інфекції необхідне для надання адекватної медичної допомоги цій групі пацієнтів.

Споживачі ін'єкційних наркотиків належать до групи ризику щодо інфікування ВІЛ, тому усім пацієнтам, які починають лікування потрібно запропонувати консультування та тестування на ВІЛ. Медичні працівники повинні пояснити пацієнтам, що тестування на ВІЛ важливе для визначення подальшої тактики надання допомоги. Пацієнт має право відмовитися від проходження обстеження на ВІЛ.

Консультування та тестування на ВІЛ проводиться згідно з національним протоколом підготовленим лікарем, медичною сестрою, соціальним працівником-консультантом або психологом та повинно включати такі етапи:

– дотестове (перед-тестове) консультування, метою якого є інформування з питань ВІЛ та важливості знання ВІЛ-статусу; визначення ризиків, що можуть призвести до інфікування; отримання інформованої згоди пацієнта на проведення тестування на ВІЛ;

– серологічне дослідження крові методом імуноферментного аналізу (ІФА) або швидких тестів (експрес-тест) для виявлення антитіл до ВІЛ з підтвердженням результату, відповідно до чинного законодавства, в спеціалізованих лікувальних закладах;
– післятестове консультування, яке передбачає інформування щодо важливості профілактичних заходів незалежно від результатів тестування та доцільності отримання послуг добровільного консультування та тестування в подальшому (у разі негативного статусу). У разі позитивного результату тесту на ВІЛ необхідно надати пацієнту психологічну підтримку, рекомендувати план подальшого обстеження, інформувати про всі можливі варіанти допомоги та перенаправити пацієнта для підтвердження діагнозу в спеціалізований заклад. Як правило, підтвердження клінічного діагнозу ВІЛ-інфекції відбувається в регіональних центрах профілактики та боротьби зі СНІД.

ВІЛ-інфекція — тривала інфекційна хвороба, яка розвивається внаслідок інфікування ВІЛ та характеризується ураженням імунної системи, яке прогресує.

Виділяють такі шляхи передачі ВІЛ: статевий, через кров та від матері до дитини. Ризик інфікування підвищується, якщо людина перебуває на пізній стадії захворювання (високе вірусне навантаження (ВН) та низький рівень СД4) та в період гострої вірусної інфекції, коли також спостерігається високий вміст вірусу в крові інфікованого. Ризик навпаки зменшується, якщо хворий на ВІЛ-інфекцію отримує ВААРТ.

В період ранньої фази ВІЛ-інфекції, яка наступає після появи антитіл та триває в середньому півроку, встановлюється рівновага між ВІЛ та імунітетом, що супроводжується коливаннями ВН та вмісту антитіл. Після цього періоду кількість копій ВІЛ та чисельність CD4-клітин стабілізуються і протягом декількох наступних років за відсутності специфічного лікування їх коливання майже непомітне.

В **латентній стадії** ВІЛ-інфекції пацієнти не мають ніяких скарг, і при їх обстеженні лікарі, як правило, ніяких змін не виявляють, за винятком збільшення лімфовузлів, дослідження яких показало високу концентрацію ВІЛ як в клітинах, так і позаклітинно. Головним резервуаром вірусу на цій стадії виступає саме лімфоїдна тканина. У міру прогресування захворювання клітини лімфовузлів руйнуються, що призводить до звільнення з них вірусу. В цей час швидкість його розмноження дуже висока, що супроводжується щоденним знищенням до 10 млрд. CD4 лімфоцитів. Але всі вони заміщуються нови-

ми клітинами. Щодоби оновлюється приблизно третина всієї популяції ВІЛ, який є в організмі людини, і приблизно 6–7% CD4 лімфоцитів (тобто їх повна заміна відбувається кожні півмісяця). Безсимптомне вірусоносійство переходить у фазу персистуючої генералізованої лімфаденопатії поступово. Після цього тривалість інфекційного процесу в середньому складає від 6 місяців до 5 років. Крім генералізованої лімфаденопатії, наприкінці цієї фази можуть спостерігатися збільшення печінки, селезінки та астенічний синдром. З часом, в результаті прогресування ВІЛ-інфекції, кількість клітин СД4 значно зменшується, що призводить до зниження імунної функції та вразливості організму до інфекцій, а також є причиною виникнення онкологічних захворювань.

Стадія ранніх клінічних проявів ВІЛ-інфекції характеризується появою поверхневих грибкових, вірусних або бактеріальних ушкоджень шкіри та слизових оболонок (кандидозний стоматит, рецидивуюча герпетична інфекція, волосиста лейкоплакія язика, дисплазія шийки матки та інші хвороби), рецидивуючих бактеріальних інфекцій верхніх дихальних шляхів (синусіт, середній отит, тонзиліт, фарінгіт). Перехід в стадію СНІДу супроводжується немотивованою втратою ваги тіла (понад 10 % протягом 6 місяців), немотивованою хронічною діареєю тривалістю понад 1 місяць та лихоманкою.

СНІД характеризується приєднанням захворювань, які розвиваються в результаті імунодефіцитного стану людини, так званих СНІД-індикаторних хвороб. Серед СНІД-індикаторних захворювань найчастіше зустрічаються пневмоцистна пневмонія, цитомегаловірусна інфекція, туберкульоз (легеневий та позалегеневий), саркома Капоші, дисемінована інфекція, хронічна герпетична інфекція, рецидивуючі бактеріальні пневмонії, токсоплазмоз, ВІЛ-асоційована деменція, лімфома головного мозку. Сьогодні цей список включає близько 30 захворювань (табл. 8). У клінічній практиці не рекомендовано використовувати термін СНІД, оскільки це може негативно вплинути на емоційний стан хворого. Замість цього використовують термін ВІЛ-інфекція.

Термінальна стадія ВІЛ-інфекції діагностується у пацієнтів, у яких число CD4+- лімфоцитів знижується до рівня меншого 50 клітин у мм3. Подальше пригнічення імунної системи призводить до генералізованих вірусних, грибкових або бактеріальних інфекцій та злоякісного росту (серед пухлин найбільш типовими, крім саркоми Капоші, вважаються лімфоми), часто мають місце й різноманітні ураження центральної нервової системи. Окрім цього, необхідно пам’ятати, що

будь-які патогенні мікроорганізми викликають надзвичайно важкі клінічні стани. Треба зазначити, що нині за міжнародними стандартами, діагноз СНІДу встановлюється усім особам із СНІД-асоційованими захворюваннями (незалежно від вмісту CD4-клітин), а також тим хворим, які мають рівень лімфоцитів СД4 нижче 200/мкл, навіть при відсутності СНІД-індикаторних хвороб. Патологічний процес при ВІЛ-інфекції охоплює практично всі органи і системи людини, але основними вогнищами ураження виступають легені, шлунково-кишковий тракт і нервова система.

Таблиця 10

Клінічна класифікація стадій ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків

Клінічні ознаки	Код (МКХ-10)
ГОСТРА ВІЛ-ІНФЕКЦІЯ	
Безсимптомна	Z.21
Гострий ретровірусний синдром	B.23.0
КЛІНІЧНА СТАДІЯ I	
Безсимптомний перебіг	Z.21
Персистуюча генералізована лімфаденопатія	B.23.1
КЛІНІЧНА СТАДІЯ II	
Рецидивуючі бактеріальні інфекції верхніх дихальних шляхів (синусит, середній отит, тонзиліт, фарингіт — 2 або більше епізодів протягом 6 місяців)	B.20.1
Оперізувальний лишай	B.20.3
Ангулярний хейліт	B.23.8
Рецидивуючий афтозний стоматит (два або більше епізодів протягом 6 місяців)	B.23.8
Папульозний сверблячий дерматит	B.23.8
Себорейний дерматит	B.23.8
Грибкові ураження нігтів	B.20.5
КЛІНІЧНА СТАДІЯ III	
Немотивована хронічна діарея тривалістю понад 1 міс.	B.22.7
Рецидивуючий кандидоз (молочниця) ротової порожнини (два або більше епізодів протягом 6 місяців)	B.20.4
Волосиста лейкоплакія язика	B.23.8
Важкі бактеріальні інфекції (пневмонія, менінгіт, емпієма, гнійний міозит, артрит або остеомієліт, бактеріємія, важкі запальні захворювання малого таза та ін.)	B.20.1

Клінічні ознаки	Код (МКХ-10)
Гострий некортизуючий виразковий стоматит, гінгівіт або некротизуючий виразковий періодонтит	B.22.7
КЛІНІЧНА СТАДІЯ IV	
Легеневий туберкульоз	B.20.0
Позалегеневий туберкульоз (в тому числі лімфатичних вузлів)	B.20.0
Нетуберкульозна мікобактеріальна інфекція або дисемінований нетуберкульозний мікобактеріоз	B.20.0
Пневмоцистна пневмонія	B.20.6
Рецидивуючі бактеріальні пневмонії (два або більше епізодів протягом одного року)	B.20.1
Рецидивуюча сальмонельозна бактеріємія, викликана нетифоїдними сальмонелами	B.20.1
Цитомегаловірусний ретиніт (± коліт)	B.20.2
Хронічна або персистуюча інфекція, викликана вірусом простого герпесу тривалістю понад 1 міс.	B.20.3
Прогресуюча множинна лейкоенцефалопатія (ПМЛ)	B.20.3
Токсоплазмоз	B.20.8
Вісцеральний лейшманіоз	B.20.8
Криптоспоридіоз (з діареєю тривалістю понад 1 міс.)	B.20.8
Хронічний ізоспороз	B.20.8
Дисеміновані мікози (кандидоз, кокцидіомікоз, гістоплазмоз)	B.20.4; B.20.5
Криптококовий менінгіт	B.20.5
Саркома Капоші і ВІЛ-асоційовані злоякісні новоутворення (лімфома головного мозку, інвазивний рак шийки матки, карцинома прямої кишки)	B.21.0; B.21.8
Т-клітинна лімфома Ходжкіна	B.21.3
ВІЛ-асоційована енцефалопатія	B.22.0
ВІЛ-асоційована кардіоміопатія	B.23.8
ВІЛ-асоційована нефропатія	B.23.8
Синдром виснаження (ВІЛ-кахексія)	B.22.2
Немотивована втрата ваги (понад 10 % протягом 6 місяців)	B.22.2

Згідно із затвердженим Наказом МОЗ України від 12.07.2010 р. №551 клінічним протоколом ВААРТ у дорослих та підлітків, обов'язковими компонентами обстеження, які повинен застосовувати лікар при наданні медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам, є:

- опитування щодо скарг і збір анамнезу;
- об'єктивне фізикальне обстеження;
- лабораторне обстеження;
- інструментальне обстеження;

– консультації вузьких спеціалістів (за показаннями);
– оцінка поінформованості та рівня знань щодо ВІЛ-інфекції, з увагою до профілактики ризику передачі ВІЛ.

Проведення **первинного об'єктивного фізикального обстеження** ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які починають ПТАО, повинно бути ретельним, із застосуванням методів огляду, перкуссії та аускультації для виявлення наявності симптомів та проявів патологічних процесів. Дані, отримані в результаті первинного обстеження, дозволять лікарю сформувати уявлення про соматичний та психічний стан пацієнта та допоможуть в подальшому своєчасно виявляти будь — які зміни в стані здоров'я пацієнта в ході динамічного спостереження.

Важливо також з'ясувати у пацієнтів результати лабораторних та інструментальних обстежень, які проводилися раніше, висновки вузьких спеціалістів; дату початку ВААРТ, якщо така призначалася. Залежно від результатів обстеження подальший медичний супровід може передбачати профілактику, діагностику та лікування опортуністичних інфекцій, супутніх захворювань та ускладнень, ВААРТ, періодичні планові медичні огляди та обстеження, або інші заходи — за показаннями.

Обов'язковими компонентами фізикального обстеження, у тому числі для виявлення характерних та розповсюджених при ВІЛ-інфекції патологічних змін, є:

– визначення статури, зросту, ваги, індексу маси тіла, температури тіла, пульсу, артеріального тиску;
– огляд ротової порожнини та ротоглотки (звернути увагу на можливі прояви кандидозу, волосистої лейкоплакії, саркоми Капоші слизової оболонки, афтозного стоматиту, захворювання періодонту, первинного сифілісу);
– обстеження шкірного покриву (можливі ознаки наявного або перенесеного простого або оперізувального герпесу, себорейного дерматиту, контагіозного молюска, фолікуліту, грибкових інфекцій, псоріазу, вузлуватого свербця, саркоми Капоші);
– пальпація периферичних лімфатичних вузлів: групи, розмір, консистенція, симетричність, відношення до прилеглих тканин, «пакети», наявність або відсутність змін шкіри над лімфатичними вузлами, біль або її відсутність при пальпації (з метою виявлення ознак туберкульозу, онкологічних захворювань, персистуючої генералізованої лімфаденопатії);
– обстеження грудної клітки та органів дихання: притуплення легеневого перкуторного звуку, хрипи при аускультації (з ме-

тою виявлення ознак туберкульозу легенів та плеври, бактеріальної пневмонії, пневмоцистної пневмонії, карциноми та інших новоутворень, накопичення рідини у плевральній порожнині);
- обстеження серцево-судинної системи: тони, шуми серця (враховуючи підвищений ризик серцево-судинних ускладнень у старших пацієнтів, ризик ендокардиту, а також ризик запальних захворювань і тромбозів вен у разі вживання ін'єкційних наркотиків);
- обстеження органів черевної порожнини: болісність, ригідність при пальпації передньої черевної стінки, консистенція та розмір печінки і селезінки (враховуючи ознаки цирозу печінки внаслідок хронічного гепатиту, алкогольної токсичності; локальна лімфаденопатія та/або гепатомегалія та/або спленомегалія можуть свідчити про інфекцію або злоякісне новоутворення та потребують поглибленого обстеження), характер випорожнень;
- обстеження кінцівок: об'єм рухів, рухливість (виявлення ознак ліподистрофії, можливих проявів побічних реакцій ВААРТ).

В ході первинного фізикального обстеження та подальшого динамічного спостереження ВІЛ-інфікованих пацієнтів можуть бути виявлені симптоми захворювань, що потребують діагностики та **участі спеціалістів:**

- фтизіатра при підозрі на легеневий або позалегеневий туберкульоз; при вирішенні питання призначення хіміопрофілактики туберкульозу;
- гінеколога (для жінок) для огляду та дослідження мазка з шийки матки за методикою Папаніколау, пальпації молочних залоз (при підозрі щодо злоякісних новоутворень) — кожні 6 місяців;
- офтальмолога з метою виявлення цитомегаловірусного (CMV) ретиніту при рівні рівень CD4 лімфоцитів нижче 100 клітин/мкл — раз на 1 — 3 місяці;
- дерматолога при проявах уражень шкіри, в тому числі з метою обстеження анальної ділянки та статевих органів (при підозрі на герпетичну інфекцію, сифіліс, гострокінцеві кондиломи);
- невропатолога для оцінки неврологічного статусу (в тому числі стану периферичної нервової системи);
- психіатра при наявності психічних розладів.

У разі необхідності потрібно залучати також інших спеціалістів (онколога, уролога, хірурга, гістолога та ін.);

Лабораторно-інструментальні обстеження ВІЛ–інфікованих пацієнтів та періодичність їх проведення. Результати, отримані в ході лабораторних та інструментальних методів обстеження ВІЛ-інфікованих пацієнтів, важливі з точки зору своєчасної діагностики прогресування інфекції, приєднання опортуністичних інфекцій, прийняття рішення щодо призначення ВААРТ, контролю ефективності лікування та профілактики побічних дій препаратів ВААРТ.

1. **Загальні клінічні та біохімічні дослідження (обов'язкові) :**
   - загальні клінічні дослідження крові (з визначенням гемоглобіну, еритроцитів, тромбоцитів, лейкоцитарної формули, абсолютної кількості лейкоцитів) — кожні 3 — 6 місяців (не рідше 1 разу на 6 місяців); після призначення ВААРТ протягом перших 6-ти місяців-щомісячно;
   - біохімічне дослідження крові (білірубін та його фракції, АЛТ, АСТ, сечовина, креатинін) — кожні 3 — 6 місяців (не рідше 1 разу на 6 місяців); після призначення ВААРТ протягом перших 6-ти місяців-щомісячно;
   - рівень глюкози крові — кожні 6 місяців;
   - загальні клінічні дослідження сечі — кожні 6 місяців;
2. **Дослідження, пов'язані з ВІЛ-інфекцією:**

Визначення абсолютної і відносної кількості CD4-лімфоцитів (абсолютна кількість та відсотковий вміст). Кількість CD4-лімфоцитів є основним клінічним індикатором імунодефіциту в інфікованих ВІЛ і найважливішим критерієм у прийнятті рішення про початок ВААРТ проведення профілактики опортуністичних інфекцій. Визначення абсолютної кількості та відсоткового вмісту CD4-лімфоцитів повинно здійснюватися на початку медичного спостереження пацієнта (після встановлення діагнозу) та з певною регулярністю подальшому:

- пацієнтам, з кількістю CD4-лімфоцитів понад 500 клітин/мкл, безсимптомним перебігом захворювання і невисоким ВН ВІЛ — кожні 6 місяців;
- якщо рівень лімфоцитів CD4 менше 500 клітин/мкл — 1 раз на 3 місяці;
- менше 350 клітин/мкл — один раз на 1 — 3 місяці.

Відносна кількість CD4-лімфоцитів, виражена у відсотках, відрізняється більшою сталістю, ніж абсолютна. Важливо, щоб і медичний працівник, і пацієнт були обізнані щодо можливості значних коливань кількості CD4-лімфоцитів. На показник кількості CD4-лімфоцитів можуть впливати численні фактори, в тому числі лікарські засоби та

інтеркурентні захворювання. Значною зміною вважають 30% різницю між результатами двох досліджень абсолютної кількості CD4-лімфоцитів або 3% різницю відсоткового вмісту. Абсолютна кількість CD4-лімфоцитів 200 і 500 клітин/мкл зазвичай відповідають відносній кількості 14% і 29%, відповідно.

Після призначення ВААРТ протягом першого року терапії рекомендується проводити визначення рівня СД4-лімфоцитів кожні 3 місяці, а в подальшому при зростанні кількості СД4-лімфоцитів до рівня 500 клітин/мкл і вище, стабільному клінічному статусі протягом 2 — 3 років, частоту дослідження кількості CD4-лімфоцитів можна зменшити до 1 разу на 6 місяців.

Визначення ВН ВІЛ у плазмі крові. ВН у ВІЛ у плазмі крові необхідно визначати на початку спостереження пацієнта та систематично під час подальшого спостереження, особливо у пацієнтів, які отримують ВААРТ, оскільки ВН є найвагомішим показником відповіді на ВААРТ. Основною метою лікування є зниження ВН ВІЛ до рівня, який не визначається за допомогою наявних лабораторних методів дослідження (нижче 40 — 75 копій/мл для більшості діагностичних тест-систем).

Визначення ВН ВІЛ до призначення ВААРТ слід проводити 1 раз на 6 місяців, після призначення ВААРТ — кожні 3 місяці протягом першого року лікування, доки його рівень не досягне невизначального, і далі — кожні 6 місяців за умови клінічної стабілізації та невизначального рівня ВН.

Визначення рівня СД4-лімфоцитів та ВН проводяться в центрах профілактики та боротьби зі СНІДом.

3. Лабораторні дослідження з метою діагностики ОІ і супутніх захворювань:

Проба Манту. Для ВІЛ-позитивних осіб шкірна реакція після проведення проби Манту більше 5 мм у діаметрі вважається позитивним результатом і вимагає проведення подальшого обстеження для виключення діагнозу туберкульозу. Пацієнтам, з початковим негативним результатом тесту, але які перебувають у контакті з хворими на туберкульоз, пробу Манту слід повторювати щорічно. Також пробу Манту слід проводити в усіх випадках, коли є відомості про нещодавній контакт з хворим на туберкульоз. Визначення показань та протипоказань, проведення та оцінку результатів проби повинні здійснювати спеціалісти протитуберкульозних закладів.

Дослідження харкотиння (мікроскопія і бактеріологічне дослідження).

Обстеження на сифіліс (RW) та інфекції, які передаються статевим шляхом (гонорея, хламідіоз, трихомоніаз) — не рідше 1 разу на рік.

Серологічні дослідження на маркери вірусних гепатитів В і С.

4. Обов'язкові інструментальні дослідження:

Рентгенографія органів грудної клітини. Проводиться 1 раз на рік, а також за наявності проявів захворювань дихальної системи, у разі нещодавнього контакту з туберкульозом та при виявленні симптомів туберкульозу. Результати рентгенографічного обстеження повинні зберігатися для подальшого порівняння з результатами наступних обстежень.

Ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини (для оцінки лімфатичних вузлів, стану печінки, жовчовивідних шляхів, підшлункової залози, селезінки) *і нирок* — 1 раз на рі, або частіше залежно від показань.

Електрокардіографія (ЕКГ) — не рідше 1 раз на рік.

Після первинного фізикального обстеження та протягом всього періоду лікування в терапевтичній програмі дуже важливо забезпечити систематичний контроль стану здоров'я ВІЛ-інфікованих пацієнтів незалежно від стадії ВІЛ-інфекції для своєчасного виявлення загрози прогресування хвороби.

Обслуговування ВІЛ-позитивних пацієнтів доцільно організувати таким чином, щоб медична допомога надавалась в межах однієї установи (інтеграція послуг). Оптимальне рішення — організація лікування залежності АО на базі центрів профілактики та боротьби зі СНІДом. Однак, наразі програми ПТАО функціонують, здебільшого, на базі наркологічних установ та наркологічних кабінетів районних лікувальних закладів. Тому необхідно створити ефективний механізм перенаправлення пацієнтів до інших медичних установ (СНІД-центрів, протитуберкульозних закладів, дерматовенерологічних диспансерів, закладів загальносоматичної мережі) та залучати до ведення пацієнтів підготовлених соціальних працівників державних або неурядових організацій, що надають допомогу ВІЛ-інфікованим пацієнтам та ознайомлені з принципами ведення випадку (кейс-менеджмент).

Контроль стану пацієнта включає медичні огляди інфекціоніста та інших спеціалістів, проведення обстежень; профілактику, діагностику та лікування опортуністичних інфекцій, коінфекцій та супутньої патології; роботу над формуванням прихильності до лікування в подальшому та надання психосоціальної підтримки.

Частота здійснення медичних оглядів, обстежень та консультування пацієнтів залежить як від стадії ВІЛ-інфекції, так і від темпів прогресування захворювання та необхідності моніторингу ефективності ВААРТ в разі її призначення. Планові медичні огляди й обстеження проводяться не рідше одного разу на 6 місяців; у випадках ознак прогресування ВІЛ-інфекції — не рідше одного разу на 3 місяці та залежно від клінічної ситуації.

Працюючи із ВІЛ-інфікованими пацієнтами, необхідно дотримуватися правил конфіденційності та збереження медичної таємниці та не порушувати права на відмову від обстеження та лікування.

Створення дружньої, неупередженої атмосфери під час лікування ВІЛ-інфікованих пацієнтів в терапевтичних програмах підвищує ефективність лікування залежності, і разом із заходами контролю стану здоров'я формує прихильність до ВААРТ.

Метою ВААРТ є зниження захворюваності та смертності, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, збереження повноцінного і якісного здоров'я та подовження життя ВІЛ-інфікованої людини.

Основними завданнями ВААРТ є:

- пригнічення реплікації вірусу до рівня, який не визначається лабораторними методами дослідження ВН на максимально тривалий час;
- підвищення кількості лімфоцитів CD4-лімфоцитів щонайменше на 50 клітин/мкл на рік до рівня, вище 350 клітин/мкл;
- запобігання появі резистентних до ВААРТ штамів ВІЛ або затримання прогресування резистентності ВІЛ.

Окрім того, ВААРТ має профілактичне значення, оскільки у випадку досягнення невизначального рівня кількості ВІЛ у крові пацієнта, суттєво знижується ризик передачі ВІЛ від нього статевим та вертикальним шляхом (від матері до дитини).

Рішення про початок ВААРТ приймається індивідуально стосовно кожного пацієнта, залежно від клінічних та лабораторних показань.

Основними **показаннями** до призначення ВААРТ є наявність в анамнезі будь-якого СНІД-індикаторного захворювання та/або зменшення кількості CD4-лімфоцитів менше 350 клітин/мкл. В деяких випадках ВААРТ слід починати незалежно від кількості CD4-лімфоцитів:

- усім ВІЛ-інфікованим вагітним жінкам для лікування ВІЛ-інфекції у жінки та для зниження ризику перинатальної передачі ВІЛ дитині;

– пацієнтам із ВІЛ-асоційованою нефропатією для збереження функції нирок, пошкодження яких безпосередньо пов'язане з прогресуванням ВІЛ;
– пацієнтам з коінфекцією ВГВ/ВІЛ за наявності показань до лікування ВГВ-інфекції (в таких випадках призначається схема ВААРТ, яка одночасно є ефективною проти ВГВ-інфекції);
– усім пацієнтам з активним туберкульозом (відповідно до рекомендацій ВООЗ) після досягнення задовільної переносимості протитуберкульозної терапії;

Групи препаратів, які використовуються для ВААРТ та схеми ВААРТ, рекомендовані в Україні, ґрунтуються на рекомендаціях ВООЗ, та детально викладені в Клінічному протоколі ВААРТ ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, затвердженому наказом МОЗ України від 12.07.2010 № 551.

Лікарям, які супроводжують ВІЛ-інфікованих пацієнтів в програмах ПТАО, необхідно знати, що деякі антиретровірусні препарати (невірапін, іфавіренц та ритонавір) стимулюють ферменти цитохрому Р450, за допомогою яких відбувається метаболізм метадону в печінці, і таким чином знижують рівень метадону в організмі, що потребує збільшення дози метадону. І навпаки, у випадку використання метадону та препаратів, що пригнічують цитохромні ферменти, його рівень може підвищуватися, що потребуватиме зниження дози. Одночасно з цим, метадон може впливати на метаболізм препаратів ВААРТ (детальна інформація щодо взаємодії метадону та препаратів ВААРТ викладено в табл. 13, Тема 3).

Взаємодія препаратів ВААРТ з бупренорфіном вивчена гірше, ніж з метадоном. На сьогодні дані про взаємодію бупренорфіна з препаратами ВААРТ обмежені, однак є дані, що у випадку одночасного призначення іфавіренцу та бупренорфіну рівень останнього знижується, проте симптоми абстиненції не спостерігаються.

Перед призначенням терапії та протягом всього періоду лікування обов'язковим є визначення рівня та контроль прихильності пацієнта до лікування.

Тема 3. Препарати ПТАО, їх взаємодія з антиретровірусними та протитуберкульозними препаратами. Корекція дози замісних препаратів при призначенні інших медичних препаратів. Профілактика та запобігання передозувань

Зараз в Україні для ПТАО використовують два препарати: метадон і бупренорфін. Різні фармкоманії випускають їх під різними торговими назвами (див. табл.11, 12). Інколи пацієнти надають перевагу тому чи іншому лікарському засобу, хоча активна субстанція в них однакова. Наприклад, пацієнтам подобається метадол, але не подобається метадикт. В інших випадках вони хочуть приймати бупренорфін під назвою еднок і кажуть, що на них погано впливає бупрен, хоча субстанція однакова й більш того виробляється одним виробником (субстанція бупрену виготовляється тією ж компанією, яка виробляє єднок). Справа в тому, що, по-перше, добавки, які додають в таблетки при виготовленні інколи можуть впливати на всмоктування або змінювати смак препарату і таким чином впливати на суб'єктивну оцінку його якості, а по-друге, не можна забувати, що в дії фармагологічного агента завжди присутня психологічна складова, тобто часто на ефект ліків впливають суто нефармакологічні чинники (ефект плацебо подібний). Ці елементи лікувального процесу треба враховувати, і якщо є така можливість, призначати пацієнтові саме такі препарати, до яких він звик і яким надає перевагу. З іншого боку, треба намагатися пояснити різницю в назвах тих чи інших ліків і допомогти пацієнтам зрозуміти, що їхня оцінка може бути необґрунтованою і сторонні ефекти, які з'явились при прийомі препаратів з іншою назвою, скоріше за все, з часом зникнуть, тож не треба поспішати з висновками та уникати лікування тільки тому, що препарат за якихось умов змінено.

Таблиця 11

Зареєстровані в Україні лікарські препарати бупренорфіну (таблетовані форми, станом на січень 2011)

№	МНН	Код АТС	Торговельна назва	Лікарська форма, упаковка	Виробник	Країна	Виробник англ.	Склад (діючі речовини)	Дата реєстрації	Дата закінчення реєстрації	Номер реєстр. посв.
1	*Buprenorphine*	N02AE01	БУПРЕН ІС	Таблетки сублінгвальні по 0,002 г № 10	ВАТ «Сумісне українсько-бельгійське хімічне підприємство «ІнтерХім», м. Одеса	Україна		1 таблетка містить: бупренорфіну гідрохлориду (у перерахуванні на бупренорфін) 2 мг	03.11.2009	03.11.2014	UA/10202/01/01
2		N02AE01	БУПРЕН ІС	Таблетки сублінгвальні по 0,0004 г № 10	ВАТ «Сумісне українсько-бельгійське хімічне підприємство «ІнтерХім», м. Одеса	Україна		1 таблетка містить: бупренорфіну гідрохлориду (у перерахуванні на бупренорфін) 0,4 мг	03.11.2009	03.11.2014	UA/10202/01/04
3		N02AE01	ЕДНОК	Таблетки сублінгвальні по 0,4 мг № 100	Русан Фарма Лтд	Індія	Rusan Pharma Ltd	1 таблетка містить бупренорфіну — 0.4 мг	10.07.2006	10.07.2011	UA/4755/01/01
4		N02AE01	ЕДНОК	Таблетки сублінгвальні по 2 мг № 10	Русан Фарма Лтд	Індія	Rusan Pharma Ltd	1 таблетка містить бупренорфіну — 2.0 мг	10.07.2006	10.07.2011	UA/4755/01/02
5		N02AE01	ЕДНОК	Таблетки сублінгвальні по 8 мг № 10	Русан Фарма Лтд	Індія	Rusan Pharma Ltd	1 таблетка містить: бупренорфіну гідрохлориду 8 мг	10.07.2006	10.07.2011	UA/4755/01/03
6		N07BC01	БУПРЕН ІС	Таблетки сублінгвальні по 0,008 г № 10	ВАТ «Сумісне українсько-бельгійське хімічне підприємство «ІнтерХім», м. Одеса	Україна		1 таблетка містить бупренорфіну гідрохлориду (у перерахуванні на бупренорфін) 8мг	03.11.2009	03.11.2014	UA/10202/01/02

№	МНН	Код АТС	Торговельна назва	Лікарська форма, упаковка	Виробник	Країна	Виробник англ.	Склад (діючі речовини)	Дата реєстрації	Дата закінчення реєстрації	Номер реєстр. посв.
7		N07BC01	БУПРЕН ІС	Таблетки сублінгвальні по 0,002 г № 10	ВАТ «Сумісне українсько-бельгійське хімічне підприємство «ІнтерХім», м. Одеса	Україна		1 таблетка містить: бупренорфіну гідрохлориду (у перерахуванні на бупренорфін) 2 мг	03.11.2009	03.11.2014	UA/10202/01/03
8		N07BC01	БУПРЕНОРФІН ЕТІФАРМ	Таблетки сублінгвальні по 0,4 мг № 7, № 28	Етіфарм	Франція	Ethypharm	1 таблетка містить: 0,432 мг бупренорфіну гідрохлориду (еквівалентно 0,4 мг бупренорфіну)	17.08.2007	17.08.2012	UA/6902/01/01
9		N07BC01	БУПРЕНОРФІН ЕТІФАРМ	Таблетки сублінгвальні по 2 мг № 7, № 28	Етіфарм	Франція	Ethypharm	1 таблетка містить: 2,16 мг бупренорфіну гідрохлориду (еквівалентно 2 мг бупренорфіну)	17.08.2007	17.08.2012	UA/6902/01/02
10		N07BC01	БУПРЕНОРФІН ЕТІФАРМ	Таблетки сублінгвальні по 8 мг № 7, № 28	Етіфарм	Франція	Ethypharm	1 таблетка містить: 8,64 мг бупренорфіну гідрохлориду (еквівалентно 8 мг бупренорфіну)	17.08.2007	17.08.2012	UA/6902/01/03
11		N07BC01	БУПРЕНОРФІНУ ГІДРОХЛОРИД	Таблетки сублінгвальні по 2 мг № 100 (25х4), № 250 (25х10), № 1250 (25х50) у блістерах	ТОВ «Харківське фармацевтичне підприємство «Здоров'я народу», м. Харків	Україна		1 таблетка містить бупренорфіну гідрохлорид у перерахуванні на бупренорфін 2 мг	02.03.2010	02.03.2015	UA/10493/01/01
12		N07BC01	БУПРЕНОРФІНУ ГІДРОХЛОРИД	Таблетки сублінгвальні по 4 мг № 10, № 50 (10х5), № 100 (10х10) у блістерах	ТОВ «Харківське фармацевтичне підприємство «Здоров'я народу», м. Харків	Україна		1 таблетка містить бупренорфіну гідрохлорид у перерахуванні на бупренорфін 4 мг	02.03.2010	02.03.2015	UA/10493/01/02

Таблиця 12

Зареєстровані в Україні лікарські препарати метадону (станом на січень 2011р.)

№	МНН	Код АТС	Торговельна назва	Лікарська форма, упаковка	Виробник	Країна	Виробник англ.	Склад (діючі речовини)	Дата реєстрації	Дата закінчення реєстрації	Номер реєстр. посв.
1	*Methadone*	N07BC02	**МЕТАДИКТ®**	Таблетки по 10 мг № 50, № 100	Салютас Фарма ГмбХ, Німеччина, підприємство компанії Гексал АГ	Німеччина	Salutas Pharma GmbH, Germany, a company belonging to Hexal AG	1 таблетка містить: метадону гідрохлориду 10 мг	22.01.2007	22.01.2012	UA/5776/01/01
2		N07BC02	**МЕТАДИКТ®**	Таблетки по 40 мг № 50, № 75	Салютас Фарма ГмбХ, Німеччина, підприємство компанії Гексал АГ	Німеччина	Salutas Pharma GmbH, Germany, a company belonging to Hexal AG	1 таблетка містить: метадону гідрохлориду 40 мг	22.01.2007	22.01.2012	UA/5776/01/02
3		N07BC02	**МЕТАДОЗ**	Таблетки по 5 мг № 100	Маллінкродт Інк.	США	Mallinckrodt Inc.	1 таблетка містить: метадону гідрохлориду 5 мг	13.11.2007	13.11.2012	UA/7285/01/01
4		N07BC02	**МЕТАДОЗ**	таблетки по 10 мг № 100	Маллінкродт Інк.	США	Mallinckrodt Inc.	1 таблетка містить: метадону гідрохлориду 10 мг	13.11.2007	13.11.2012	UA/7285/01/02
5		N07BC02	**МЕТАДОЗ**	Таблетки, що диспергуються, по 40 мг № 100	Маллінкродт Інк.	США	Mallinckrodt Inc.	1 таблетка містить: метадону гідрохлориду 10 мг1 таблетка містить: метадону гідрохлориду 40 мг	13.11.2007	13.11.2012	UA/7285/02/01
6		N07BC02	**МЕТАДОЛ**	Таблетки по 1 мг № 100	Фармасайнс Інк.	Канада	Pharmascience Inc.	1 таблетка містить метадону гідрохлориду 1 мг	15.12.2006	15.12.2011	UA/5644/01/01
7		N07BC02	**МЕТАДОЛ**	Таблетки по 5 мг № 100	Фармасайнс Інк.	Канада	Pharmascience Inc.	1 таблетка містить метадону гідрохлориду 5 мг	15.12.2006	15.12.2011	UA/5644/01/02

№	МНН	Код АТС	Торговельна назва	Лікарська форма, упаковка	Виробник	Країна	Виробник англ.	Склад (діючі речовини)	Дата реєстрації	Дата закінчення реєстрації	Номер реєстр. посв.
8		N07BC02	**МЕТАДОЛ**	Таблетки по 10 мг № 100	Фармасайнс Інк.	Канада	Pharmascience Inc.	1 таблетка містить метадону гідрохлориду 10 мг	15.12.2006	15.12.2011	UA/5644/01/03
9		N07BC02	**МЕТАДОЛ**	Таблетки по 25 мг № 100	Фармасайнс Інк.	Канада	Pharmascience Inc.	1 таблетка містить метадону гідрохлориду 25 мг	15.12.2006	15.12.2011	UA/5644/01/04
10		N07BC02	**МЕТАДОЛ**	Розчин для перорального застосування, 1 мг/мл по 250 мл у флаконах	Фармасайнс Інк.	Канада	Pharmascience Inc.	1 мл розчину містить метадону гідрохлориду 1 мг	15.12.2006	15.12.2011	UA/5644/02/01
11		N07BC02	**МЕТАДОНУ ГІДРОХЛОРИД**	Таблетки, що диспергуються, по 40 мг № 100	Маллінкродт Інк.	США	Mallinckrodt Inc.	1 таблетка містить: метадону гідрохлориду 40 мг	13.11.2007	13.11.2012	UA/7286/01/01
12		N07BC02	**МЕТАДОНУ ГІДРОХЛОРИД МОЛТЕНІ**	Розчин для перорального застосування, 1 мг/мл по 5 мл, або по 10 мл, або по 20 мл, або по 60 мл, або по 100 мл, або по 1000 мл у флаконах № 1	Л. Молтені і К. деі Фрателлі Алітті Сосіета ді Езерчиціо С.п.А.	Італія	L. Molteni & C. dei Fratelli Alitti Societa di Esercizio S.p.A.	1 мл розчину містить: метадону гідрохлориду 1 мг	18.10.2007	18.10.2012	UA/7186/01/01

Питання взаємодії препаратів для ПТАО є дуже важливим, особливо у випадках лікування супутніх розладів, які часто мають місце у хворих на залежність від опіоїдів. Багато лікарськіх препаратів взаємодіють з метадоном. Так, наприклад, прийом рифампіцину викликає прискорений метаболізм метадону, що веде до підвищення його дози на 50–60%. Таким чином, пацієнти, що приймають метадон одночасно з протитуберкульозним лікуванням, повинні бути попереджені, що припинення прийому рифампіцину може викликати передозування, і доза метадону повинна в цьому випадку знижуватися. Таку ж особливість мають і деякі АРВ-препарати: невірапін, іфавіренц, інгібітори протеази.

Є препарати, які навпаки сповільнюють метаболізм метадону і таким чином можуть призвести до підвищеної його концентрації в крові і, отже, передозування. До таких препаратів належать флюконазол і ципрофлоксацин. Ці препарати часто використовуються для лікування опортуністичних інфекцій при СНІДі. Більш детальна інформація стосовно взаємодії метадону з іншими препаратами міститься в табл. 13 та 14.

Таблиця 13

Взаємодія між препаратами ВААРТ та метадоном (А)

Препарат ВААРТ	Вплив ВААРТ на метадон	Вплив метадону на ВААРТ препарат	Примітки
Нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази			
Абакавір	Незначне зниження рівня метадону. Низький ризик опіоїдної абстиненції. Корекція доз малоймовірна, хоча для частини пацієнтів варто передбачити необхідність збільшення дози метадону.	Максимальна концентрація знижується на 34%. Зростає час досягнення максимальної концентрації.	В одному з досліджень було показано підвищення кліренсу (виведення) метадону на 22 %.
Диданозин (таблетки забуферовані; капсули розчинні у кишечнику)	Не повідомлялося. Корекція дози не обов'язкова.	При застосуванні в таблетках концентрація його знижується на 60%, при застосуванні в капсулах– не знижується.	Взаємодія вивчалась лише при прийомі таблеток 2 рази на добу. Є припущення, що ефект пов'язаний із зниженням біодоступності диданозину на тлі уповільненого пасажу в кислому середовищі шлунка. Оскільки для капсул взаємодії не виявлено, рекомендовано використання капсул.
Зидовудин	Не повідомлялося. Корекція дози необов'язкова.	Значне підвищення концентрації (на 43%). Клінічна значимість невідома. Можливі побічні ефекти.	Контроль за появою анемії, нудоти, міалгій, блювання, астенії, головного болю та мієлотоксичності. Якщо рівень метадону в нормі, ймовірно, токсичні ефекти пов'язані з зидовудином.
Ламівудин	Не повідомлялося.	Не повідомлялося.	Взаємодія невідома.

Препарат ВААРТ	Вплив ВААРТ на метадон	Вплив метадону на ВААРТ препарат	Примітки
Ставудин	Не повідомлялося. Корекція дози необов'язкова.	Концентрація зни-жується (на 18–27 %).	Клінічне значення ефекту невідоме.
Тенофовір	Не повідомлялося.	Не повідомлялося.	Взаємодія невідома.
Емтрицитабін	Не вивчався.	Не вивчався.	Взаємодія невідома.
Ненуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази			
Невірапін	Значне зниження концентрації метадону (на 46%). Часто розвивається метадонова абстиненція. Для більшості пацієнтів необхідне істотне підвищення дози метадону (на 16 %).	Не повідомлялося.	У пацієнтів, які тривалий час приймали метадон, після початку терапії невірапіном виникала необхідність збільшення дози метадону на 50–100 % для зняття симтомів абстиненції, які розвивалися на 4–8 добу прийому невірапіну, хоча реакція може виникнути через 2–3 тижні.
Іфавіренц	Значне зниження концентрації метадону (на 60%). Часто розвивається метадонова абстиненція. Необхідне істотне підвищення дози метадону (на 50%).	Невідомий.	Ретельно контролювати ознаки метадонової абстиненції та підвищувати дозу за необхідності. Симптоми абстиненції виникають через 2–3 тижні після призначення іфавіренцу.
Інгібітори протеази			
Лопінавір/ритонавір	Зниження рівня метадону (на 26–53 %). Може виникнути абстиненція, що потребуватиме збільшення дози.	Не повідомлялось.	Побічні ефекти можуть імітувати абстиненцію.

Препарат ВААРТ	Вплив ВААРТ на метадон	Вплив метадону на ВААРТ препарат	Примітки
Нелфінавір	Може знижувати рівень метадону (на 29–47%). Клінічні ознаки абстиненції спостерігаються рідко. Інколи необхідно підвищити дозу метадону.	Рівень може знижуватися, проте клінічна значимість невідома.	У дослідженнях, що продемонстрували зниження концентрації метадону, клі-нічних ознак абстиненції не відмічалося.
Ритонавір	Рівень метадону може знижуватися (на 37%). Інколи необхідно підвищити дозу метадону.	Не повідомлялось.	Досліджень небагато. Рекомендують ретельний контроль ознак метадонової абстиненції та збільшення дози за необхідності.
Ритонавір/типранавір	Рівень метадону може знижуватися (на 50%). Інколи необхідно підвищити дозу метадону.	Не повідомлялось.	Досліджень небагато. Рекомендують ретельний контроль ознак метадонової абстиненції та збільшення дози за необхідності.
Саквінавір	Не повідомлялось.	Не повідомлялось.	Досліджень небагато. Взаємодії препаратів не відмічалось.
Саквінавір 1600 мг + ритонавір 100 мг Саквінавір 1400 мг + ритонавір 400 мг	Незначне зниження рівня метадону (саквінавір/ритонавір 1600/100 мг — на 0–12%, саквінавір/ритонавір 1400/400 мг — на 20%).	Невідомо	Про розвиток абстинентного синдрому не повідомлялось Інколи необхідно підвищити дозу метадону.

Таблиця 14

Взаємодія між психотропними та іншими препаратами та метадоном (Б)

Препарат	Група, застосування	Взаємодія з метадоном
Алпразолам (бензодіазепін)	Транквілізатор	Непередбачувана взаємодія. Додаткове пригнічення ЦНС, можлива сильна загальмованість
Дезипрамін	Трициклічний антидепресант	Непередбачувана взаємодія. Можливе підвищення токсичності трициклічного антидепресанта. Викликає порушення ритму серця, з метадоном використовується з обережністю.
Звіробій (*Hypericum perforatum*)	Антидепресант	Описано суттєве зниження рівня метадону.
Сертралін	Лікування депресії та неврозу нав'язливого стану	Підвищення рівня метадону на 26 % без посилення побічних ефектів. Викликає порушення серцевого ритму, з метадоном призначають з обережністю.
Флуоксетин	Лікування депресії та неврозу нав'язливого стану	В доклінічних дослідженнях показано зниження рівня метадону. Викликає порушення серцевого ритму, з метадоном призначають з обережністю.
Флувоксамін	Лікування депресії та неврозу нав'язливого стану	Описано підвищення рівня метадону.
Карбамазепін	Протисудомний засіб	Знижує рівень метадону. Може викликати опіоїдну абстиненцію. Інколи необхідно підвищити дозу метадону. Необхідно розглянути можливість заміни карбамазепіну на вальпроєву кислоту.

Препарат	Група, застосування	Взаємодія з метадоном
Інтерферон-альфа + риба-вірин	Лікування гепатиту С	Побічні ефекти можуть імітувати опіоїдну абстиненцію При одночасному прийомі пегінтерферону-альфа 2а і метадону, рівень останнього підвищується на 10–15%. Клінічна значимість невідома. Рекомендують контроль симптомів токсичності метадону.
Рифабутин	Протитуберкульозний засіб. Лікування туберкульозу.	Рівень метадону не змінюється. Слабо виражені симптоми абстинентного синдрому.
Рифампіцин (Рифампін) Рифампін/ізоніазид	Протитуберкульозний засіб. Лікування туберкульозу.	Можливе різке зниження рівня метадону (на 33–68%). Може викликати абстиненцію. Інколи необхідно підвищити дозу метадону.
Фенітоїн	Протисудомний засіб	Зниження рівня метадону, часто різке. Може викликати абстиненцію. Інколи необхідно підвищити дозу метадону.
Фенобарбітал (барбітурат)	Протисудомний, снодійний засіб	Зниження рівня метадону, часто різке. Може викликати абстиненцію. Інколи необхідно підвищити дозу метадону.
Флуконазол	Протигрибковий препарат	Підвищення рівня метадону (35%). Клінічна значимість невідома, описано випадки вимушеного зниження дози. Ознак токсичності метадону не описано. Інші азольні протигрибкові антибіотики, наприклад ітраконазол, кетоконазол, вориконазол, можуть викликати токсичність опіоїдів.

Тема 4. Жінки які отримують ПТАО (особливості, моніторинг здоров'я, планування сім'ї, вагітність та пологи, неонатальний синдром відміни)

Консультування пацієнток програм ПТАО з питань планування сім'ї має проводитись відповідними спеціалістами центрів репродуктивного здоров'я, жіночих консультацій та інших лікувальних закладів, обізнаними з цих питань. У разі потреби, виявленої під час консультування, жінку скеровують до центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді для отримання соціальних послуг (психологічних, соціально-педагогічних, інформаційних, юридичних, соціально-економічних).

План спостереження за перебігом вагітності у осіб, які вживають наркотики або зловживають алкоголем, мав би розроблятися дільничним акушером-гінекологом із залученням нарколога та соціального працівника. Але на практиці наркоспоживачки відчувають на собі дискримінацію найбільше саме з боку акушер-гінекологів, що обумовлює дуже запізніле їхнє звернення за професійною допомогою та наглядом. Часто акушери скаржаться, що вагітних наркоспоживачок вони вперше бачать вже перед пологами і ні про яку передпологову диспансерізацію не йдеться. У випадку пацієнток ПТАО ситуація зовсім інша. Завдяки участі в лікувальній програмі пацієнтки можуть своєчасно отримати необхідний нагляд та допомогу. Нажаль, поки що дуже мало пологових будинків надають ПТАО, тож, породілля повинна вже в перші години після пологів повертатися до лікувального закладу, де вона отримує матадон, хоча існують певні адміністративні механізми, за яких цей препарат може бути перерозподілено до пологового будинку, і там за призначенням видавати родильниці.

У випадку звернення по допомогу вагітної наркозалежної, потрібно провести психологічне консультування та за всяких умов надати їй можливість потрапити до лікувальної програми.

При проведенні консультування наркозалежної вагітної важливо наголосити про:

- ризики для плода та новонародженого, що пов'язані із вживанням нелегальних наркотиків;
- ризики для плода, що пов'язані з неконтрольованим синдромом відміни без медичного та психологічного супроводу;
- переваги підтримувальної терапії агоністами опіатів для здоров'я матері та плода;
- наявність та розташування закладів, де проводиться ПТАО.

Більшість жінок, які мають активну залежність від опіатів, під час вагітності продовжують зловживати ними, піддаючи небезпеці власне здоров'я та здоров'я майбутньої дитини. Тому вагітних жінок з активним синдром залежності від опіатів слід приймати в ЗПТ позачергово. Підвищений ризик передчасних пологів у жінок, хворих на наркотичну залежність, є додатковим показанням для призначення ЗПТ.

Дослідженнями доведено, що метадон не впливає на перебіг вагітності та на розвиток ембріону, не має тератогенного впливу на плід (у немовлят, матері яких вживали метадон як препарат ЗПТ під час вагітності, не відзначалося зростання частоти вроджених аномалій). Більше того, використання протягом вагітності метадону, порівняно з вживанням нелегальних наркотиків, стабілізує стан здоров'я жінки і поліпшує перебіг вагітності та пологів.

Основними можливими наслідками вживання метадону під час вагітності для немовлят є недостатня вага тіла (до 25 % випадків) та синдром відміни опіоїдів (від 42 до 95% випадків).

Якщо вагітна пацієнтка бажає закінчити курс ЗПТ метадоном, то оптимальним для детоксикації буде другий триместр вагітності, при цьому зниження добової дози метадону не має перевищувати 10 мг на тиждень. Кінцева фаза детоксикації проводиться під наглядом лікаря, бажано стаціонарно. Щодо використання бупренорфіну, то на цей час немає жодних даних, що його використання якось шкодить матері або майбутній дитині. Однак, кількість відповідних наукових досліджень ще не є достатньою, аби офіційно рекомендувати цей препарат для використання вагітними. Тому вагітних жінок, які мають опійну залежність та бажають лікуватись у програмах ЗПТ, слід скеровувати до програм з використанням метадону. Трапляються ситуації, коли пацієнтки ЗПТ з використанням бупренорфіну вагітніють. У цих випадках можна пропонувати їм перейти до ЗПТ метадоном. Якщо такої можливості немає, треба пам'ятати, що припинення ЗПТ бупренорфіном під час вагітності супроводжується більшим ризиком, ніж її продовження. На підставі накопиченого в Україні досвіду можна стверджувати, що в більшості випадків жінки залишаються на бупренорфіні і при цьому ніяких ускладнень не спостерігалось.Тому жінкам слід надати можливість залишатись у ЗПТ бупренорфіном після інформування їх про всі можливі ризики, пов'язані з цим лікуванням під час вагітності (можливі наслідки щодо дітей, особливості їх вигодовування). Ця інформація має бути оформлена як письмова згода пацієнтки. Такі вагітні мають бути під особливим наглядом у жіночих консультаціях, а неонатоло-

гів слід своєчасно поінформувати, що у народжених дітей можуть бути ознаки синдрому відміни, які лікуються відповідним чином. Також треба докласти якомога більше зусиль, щоб жінка під час пологів і перебування в пологовому будинку мала можливість отримувати замісний препарат у звичний для неї час та в адекватних дозах.

Дані про те, що в третьому триместрі вагітності рівень метадону в плазмі крові знижується, лягли в основу рекомендацій збільшувати дозу метадону в цей період.

Пологи у наркозалежних вагітних повинні приймати в акушерських стаціонарах II та III рівнів акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги, що мають умови та досвід надання допомоги при вагітності/пологах, обтяжених споживанням наркотиків, у тому числі мають відділення реанімації та інтенсивної терапії новонароджених.

Невід'ємною частиною комплексної медичної допомоги СІН повинні стати послуги з планування родини та профілактики передачі ВІЛ від матері дитині. Інформація про можливості репродуктивного вибору і про наявні послуги повинні надаватися пацієнткам при першому відвідуванні лікаря жіночої консультації.

Оскільки більшість жінок, які вживають ін'єкційні наркотики, звертаються за медичною допомогою вже в пологах і, таким чином, не отримують адекватної допологової допомоги, у пологових будинках необхідно здійснювати добровільне тестування методом експрес-діагностики для проведення екстреної профілактики передачі ВІЛ від матері дитині відповідно до клінічного протоколу.

Медична допомога ВІЛ-інфікованим вагітним, роділлям та породіллям або хворим на СНІД здійснюється на загальних підставах.

Питання планування сім'ї посідають значне місце у вирішенні проблем здоров'я та поліпшення якості життя жінки-СІН у післяпологовому періоді, а також підтримці її можливості виховувати народжену дитину. Заходи попередження незапланованої вагітності після пологів затверджені наказом МОЗ України від 29.12.03 №620 «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні» і визначають кваліфіковане призначення засобів контрацепції та застосування їх згідно з сучасними вимогами шляхом індивідуального підбору для кожної особи на основі надання повної інформації щодо методів контрацепції, поінформованого бажання жінки або подружньої пари користуватись тим або іншим методом, стану здоров'я та віку партнерів. Породіллі забезпечується надання інформації щодо лікувально-профілактичних закладів

у регіоні, де можна отримати індивідуальне консультування з питань планування сім'ї.

Попри те, що незначна кількість замісного препарату може бути присутньою у грудному молоці, грудне вигодовування дітей матерями, які перебувають на замісній терапії бупренорфіном або метадоном, не має шкідливих наслідків. Переваги, що має грудне вигодовування (зв'язок матері та дитини, імунний захист, адекватне харчування), дозволяє його рекомендувати матерям, які отримують підтримувальну терапію. Втім, слід пам'ятати, що ВІЛ-інфекція є абсолютним протипоказанням для грудного вигодовування.

Крім того, грудне вигодовування зменшує прояви синдрому відміни новонароджених.

Синдром відміни у новонароджених. Частина немовлят, народжених жінками, які вживали опіоїди під час вагітності, страждають на синдром відміни новонароджених. Вірогідність, ступінь та час прояву цього синдрому залежать від багатьох чинників, зокрема, від типу наркотику, що вживався, його кількості, тривалості вживання, часу останнього вживання, тривалості та ускладнення під час пологів, зрілості плоду, рівня метаболізму в печінці тощо. Вірогідність проявів синдрому відміни у дітей, чиї матері під час вагітності отримували ЗПТ, становить 42–95% та, як свідчать наявні дані, не залежить від типу ЗП (метадон чи бупренорфін). Як правило, перші симптоми з'являються в перші 48 годин після пологів, але, якщо мати вживала метадон, або дитина народилася недоношеною, прояв симптомів може затриматись (інколи до 14 днів).

Синдром відміни новонароджених виявляється розладами з боку ЦНС (підвищена збудливість, тремор, безсоння), респіраторним дистресом (підвищення частоти дихання, закладення носу, чихання), вегетативними розладами (лихоманка, пітливість, почервоніння шкіри у вигляді плям), та розладами ШКТ (дискоординація смоктання, регургітація, рідкі випорожнення кишечнику). Ступінь важкості синдрому відміни оцінюється за кількістю наявних симптомів, або за шкалою Фіннеган.

Легкий ступінь синдрому відміни (≤ 8 за шкалою) не потребує спеціалізованого лікування, хіба що більш ретельного догляду та частішого годування. Синдром відміни середнього та важкого ступеня рекомендовано лікувати за допомогою фармакотерапії пероральними опіоїдами (розчин морфіну сульфату, морфін повільного вивільнення), або барбітуратами (фенобарбітал). Їх ефективність у

зменшенні симптомів синдрому відміни приблизно однакова, але застосування морфіну повільного вивільнення потребує менш тривалого лікування. До негативних сторін застосування барбітуратів також слід віднести їх неефективність щодо діареї та інших симптомів з боку ШКТ та, за тривалого лікування, вплив на когнітивний розвиток. Бензодіазепіни не рекомендовано для лікування синдрому відміни новонароджених через сумнівну ефективність та виражене пригнічення ЦНС.

Лікування пероральним розчином морфіну (0.4 мг/мл) починають з 0.4 мг/кг/день (рівномірно розподілено на 6–8 доз відповідно до кількості годувань), та, за потреби, дозу збільшують кроком у 0.4 мг/кг/день, але не перевищуючи максимум у 2 мг/кг/день. Коли симптоми синдрому відміни починають зникати, дозу зменшують у середньому на 10% щодня до 0.2 мг/кг/день, після чого лікування морфіном закінчують. Фенобарбітал може призначатись з початковою дозою 15–20 мг/кг/день в/м, та підтримувальною дозою 2–6 мг/кг/день, розподіленими на 2–3 прийоми. Лікування проводиться до зникнення симптомів відміни.

Табл. 15.

Шкала Л. Фіннеган

СИМПТОМ	ОЦІНКА
Надмірний дзвінкий (або інший) крик Постійний дзвінкий (або інший) крик	2 3
Сон <1 години після годування Сон <2 годин після годування Сон <3 годин після годування	3 2 1
Гиперактивний рефлекс Моро Значно підвищений рефлекс Моро	2 3
Невеличкий тремор при неспокою Помітний або значний тремор при неспокою	1 2
Невеличкий тремор у стані спокою Помітний або значний тремор у стані спокою	3 4
Підвищений м’язовий тонус	2
Экскоріації	1
Міоклонуси	3
Генералізовані судоми	5
Пітливість	1
Лихоманка (37.2–38.2) Лихоманка (38.4 та більше	1 2

СИМПТОМ	**ОЦІНКА**
Мармуровість шкіри	1
Закладеність носа	1
Чхання (понад 3–4 рази за інтервал)	1
Роздування крил носа	2
ЧД > 60/хв. ЧД <60/хв та втягування рухливих місць	1 2
Нав'язливе смоктання	1
Поганий апетит	2
Зригування Сильна блювота	2 3
Часте випорожнення Водянисте випорожнення	2 3

Тема 5. Психічні розлади у СІН. Психіатрична допомога пацієнтам ПТАО

Страждання на психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів не звільняють людину від інших психічних захворювань. Ще не до кінця з'ясовано, в яких випадках психічні розлади бувають викликані чи спровоковані вживанням наркотиків, а коли саме вони стають вагомим чинником того, що дюдина опиняється в залежності, але чітко визначено, що серед наркозалежних дуже велика кількість хворих на депресивні, тривожні та антисоціальні розлади, а також і на циркулярний психоз, шизофренію та інш. Закордонні вчені, досліджуючи проблему коморбідних станів, користуються терміном «подвійний діагноз». Поняття подвійного діагнозу застосовують до пацієнтів із психічними й поведінковими розладами, обумовленими вживанням ПАР з паралельною психічною патологією іншого ґенеза. Термін «коморбідний або асоційований стан» дуже вдало позначає суть цих феноменів і є фактично сінонімом терміну «подвійний діагноз». Ефективне лікування пацієнта вимагає, щоб і психічний розлад, і порушення, пов'язані з уживанням ПАР, були вчасно розпізнані, при цьому терапія й реабілітація цієї групи пацієнтів повинні бути специфічними.

Подвійний діагноз доречний у тих випадках, коли спостерігається комбінація станів, які потенційно можуть формуватися автономно. Як приклад можна вказати на зловживання опіатами при дистимії, зловживання алкоголем на тлі антисоціального розладу особистості, зловживання алкоголем при шизофренії.

Наявні в літературі дані по коморбідні розлади суперечливі, а багато аспектів недостатньо досліджені. Причинно-наслідкові зв'язки між уживанням ПАР і психічними розладами переважно визначити важко, хоча наявність зв'язку не викликає сумніву. Набагато складніше встановити характер цих взаємин.

Взаємини між психопатологією й уживанням ПАР такі:

1. психопатологічні синдроми можуть бути причиною вживання ПАР або модулювати перебіг залежності від ПАР;
2. прийом ПАР може співпадати з маніфестацією захворювання;
3. ПАР можуть впливати на перебіг психічного захворювання – погіршуючи або поліпшуючи прогноз;
4. симптоми психічного захворювання й розладу внаслідок уживання ПАР згодом стають схожими;

5. вживання ПАР і психічне захворювання можуть спостерігатися у одного пацієнта, але не бути пов'язані одне з одним.

За даними епідеміологічного дослідження, проведеного Національним інститутом здоров'я США, встановлено, що приблизно у 50 % людей, які вживають ПАР й скоюють правопорушення, паралельно діагностується психічне захворювання, у тому числі: в 26,0 % спостерігається емоційна лабільність різного ґенезу, 28,0 % фобії та обсесивні розлади, 18,0 % мають антисоціальні зміни особистості.

Епідеміологічні дослідження в пенітенціарних установах Канади, наприклад, показали, що такі подвійні розлади зустрічаються у 69,8 % ув'язнених. Встановлено основні варіанти коморбідної патології: «адикція + психопатія» (53,4 %), «адикція + тривожний розлад» (34,8 %), «адикція + депресія» (29,8 %). У Данії, за данським психіатричним реєстром, показник поширеності одночасного впливу розладу, викликаного вживанням ПАР, і психічного захворювання, становить 37,3 %. За даними інших дослідників, у наркологічних і психіатричних установах психічна патологія, що співіснує з ПАР, досягає 75,0 %, проте «у медичній документації коморбідна патологія відмічається лише в поодиноких випадках». Очевидно це пов'язано з тим, що практичні лікарі мають схильність усі психічні розлади та симптоми відносити на рахунок наслідків зловживання нарктичними речовинами.

Патогенетичні механізми розвитку коморбідної патології до кінця не досліджені. Існує, зокрема, гіпотеза «самолікування» (self-medication), яка зараз є найпоширенішою для пояснення зв'язку між психічними розладом і залежністю від ПАР. Відповідно до неї, вживання ПАР починається, коли людина сама намагається компенсувати деякі психічні симптоми. Гіпотеза самолікування розроблена на основі клінічних спостережень за наркологічними пацієнтами. Встановлено, що певні ефекти кожного класу ПАР по-різному змінюють спектр хворобливих переживань.

Дослідження мотивів вживання ПАР при коморбідній патології підтверджують думку, що пацієнти не починають вживати ПАР «наосліп», а визначають для себе специфічну речовину, що «суб'єктивно» найбільше полегшує їхній стан.

Діагностика асоційованих розладів є переважно важким процесом і вимагає ретельного клінічного дослідження, вивчення анамнезу, а нерідко — й тривалого спостереження. При диференціальній діагностиці коморбідних розладів варто враховувати, що поєднання залежності від ПАР і психічного розладу може бути збігом, а не взаємообу-

мовленим результатом. Зловживання ПАР і наявність психічних розладів у більшості пацієнтів звичайно взаємозалежні, однак сполучення таких розладів може зустрічатися в однієї людини незалежно одне від одного. Основна складність діагностики коморбідних розладів полягає в тому, що симптоми хронічного споживання ПАР і психічних захворювань на деяких етапах схожі. Основні труднощі діагностики виникають, коли психічне захворювання протікає в латентній формі при неяскравій симптоматиці та задовільній соціальній адаптації. Для ранньої й адекватної діагностики коморбідних розладів особливе значення має точне врахування клінічних і параклінічних показників залежності від ПАР і відокремлення симптомів, які не вписуються в картину простої адикції. Оцінка психопатологічних симптомів проводиться на підставі чотирьох критеріїв: генетика, феноменологія, динаміка й відповідь на лікування.

У своєму посібнику з подвійних діагнозів K. Sciacca виділяє дві групи пацієнтів із коморбідними розладами і наводить їхні діагностичні критерії:

I. MICAA — Mentally Ill Chemical Abusers and Addicted – психічно хворі, що страждають на зловживання ПАР або залежність від них. До цієї групи належать пацієнти, які страждають на важкі форми психічних захворювань (безперервні форми шизофренії, важкі й глибокі депресії з суїцидальною активністю), симптоми яких домінують у клінічній картині. Діагностичні критерії:

1. психічний розлад існує незалежно від прийому ПАР; психічний статус пацієнтів відповідає діагностичним критеріям основного психічного захворювання, навіть якби вони не вживали ПАР;
2. стан пацієнтів відповідає діагностичним критеріям 1-й вісі DSM-III-R (шизофренія, афективні розлади);
3. пацієнти потребують постійного лікування психічного стану. Якщо контроль припиняється, симптоми основного психічного розладу з'являються або підсилюються;
4. вживання ПАР пом'якшує гостроту психопатологічних симптомів.

У пацієнтів із коморбідними розладами виявляють резидуальні симптоми основних психічних розладів (наприклад, шизофренії): соціальна ізоляція, неадекватний афект, апатичні явища. Наявність даних симптомів є діагностичною ознакою MICAA порівняно з іншими варіантами коморбідних розладів.

II. CAMI — Chemical Abusing Mentally Ill — психічно хворі, які зловживають хімічними речовинами. До цієї групи входять пацієнти, в клініці яких на перший план висуваються розлади внаслідок уживання ПАР. Діагностичні критерії:

1. виражена психічна й фізична залежність від ПАР, паралельно з мононаркотизмом виявляються риси полінаркотизму;
2. стан пацієнтів вимагає наркологічного лікування;
3. можуть бути виявлені гострі психотичні синдроми, клінічно властиві ендогенному психозу, індуковані прийомом ПАР.
4. активна психопатологічна симптоматика значною мірою усувається після станів відміни або сп'яніння; після редукції психотичної симптоматики негативні розлади не виявляються.

Пізніше K. Sciacca запропонував ще кілька варіантів подвійних діагнозів:

1. MISA — Mentally Ill Substance Abuser – психічно хворий споживач ПАР;
2. MIDAA — Mental Illness, Drug Addiction and Alcoholism — психічно хворий із залежністю від ПАР у різноманітних комбінаціях;
3. CAMI — with substance inducted psychotic episodes — психічно хворий, що зловживає хімічними речовинами з епізодами симптоматичних психозів.

Серед наркозалежних налічують велику частку людей з психічними розладами. Якщо в загальній популяції лише 1–2 % страждає на такі розлади, то серед наркозалежних — понад 50 %. Психічні розлади у наркозалежних, зазвичай, непсихотичні, але стійкі — у вигляді безсоння, хронічної депресії або циклотимії, невротизації, наслідків перенесених органічних розладів ЦНС у вигляді психоорганічного синдрому, розладів особистості тощо.

Наркоманії досить часто виникають у хворих з розладами особистості, при латентній шизофренії, при психопатоподібних станах органічного походження.

У цих випадках патологічні зміни психічної діяльності слугують лише ґрунтом, що забезпечує схильність до зловживання речовинами, що одурманюють, тоді як дійсна причина полягає у впливі соціально-психологічних чинників.

III. Психопатологічні симптоми можуть впливати на ефективність терапії залежності.

Пацієнти з подвійними діагнозами раніше вибувають з процесу лікування і мають вищий ризик рецидиву, порівняно з пацієнтами без психопатологічних симптомів.

IV. Психопатологічні симптоми можуть бути безпосередньо спричинені зловживанням ПАР або станом відміни.

Такого роду взаємодія найчастіше зустрічається в клінічній практиці.

Вживання ПАР може призводити до порушень настрою й когнітивних функцій.

Хронічне вживання ПАР або стан відміни може призвести до безсоння, депресії, тривоги, паніки, параноядьних розладів і галюцинацій.

Психози з симптомами, схожими на шизофренічні, можуть розвинутися у людей, що вживають фенілциклідин (PCP), галюциногени, канабіс у великих дозах або стимулятори.

У тих, хто вживає стимулятори, на тлі відміни часто розвивається депресія і з'являються суїцідальні тенденції.

У осіб, які зловживають транквілізаторами, при спробах знизити дозу або припинити вживання можуть розвиватися синдром відміни зі станом тривоги і психомоторного збудження та безсонням.

V. Симптоми психічних розладів можуть бути результатом опосередкованого впливу зловживання (залежності).

Споживачі ПАР можуть мати безліч проблем в результаті свого вживання ПАР, що призводить до розвитку психогенної депресії.

Крім того, залежність може призводити до таких проявів антисоціальної поведінки, як торгівля наркотиками, крадіжки з метою забезпечення своєї потреби в ПАР, а також до агресивної поведінки. Все це може викликати складнощі у взаєминах з оточенням і також викликати психогенні розлади.

З часом симптоми обох розладів виявляються настільки взаємопов'язаними, що неможливо встановити, який з них є первинним, а який — вторинним.

VI. Компоненти подвійного розладу можуть розвиватися незалежно один від одного в різні періоди часу.

У наркозалежного, який протягом року не вживав наркотики, може виникнути стан важкої депресії.

Хворі на шизофренію, біполярні афективні або на панічні розлади можуть почати зловживати наркотичними речовинами в період ремісії основного захворювання.

Найчастіше, якщо ми не маємо достовірних даних про преморбід пацієнта, слід враховувати, що зловживання ПАР чи залежність від них підвищують ризик розвитку психічного розладу.

VII. Розвиток наркоманії на фоні або внаслідок вже наявного психічного захворювання.

Точки зору достатньо полярні: від повного заперечення до безумовного визнання.

Різні точки зору існують і відносно дії наркотиків на симптоми і на сам процес розвитку психічного розладу. Дія наркотиків кваліфікується як нейтральна, пом'якшувальна, підсилююча прогредієнтна або як різнонаправлена.

Загальні критерії диференціальної діагностики не завжди адекватні при відмежуванні конкретних психопатоподібних синдромів, ускладнених наркоманією, від подібних станів при психопатії. В першу чергу це стосується латентних форм шизофренії, оскільки саме ці форми, ускладнені наркотичною залежністю, виявляються істотно важчими для діагностики і диференціації їх від схожих станів при розладах особистості.

Діагностика депресивних розладів у залежних від ПАР.

Для діагностики депресії найбільше часто використовують:

- шкалу Гамільтона (HAMD) (Hamilton M., 1960);
- шкалу оцінки депресії Бека (Beck A., et.al., 1961);
- шкалу оцінки депресії Монтгомері-Асберг (MARDS) (Montgomery S., Asberg M., 1979);
- шкалу самооцінки депресії Зунга (W. Zung, 1965).

Досвід клінічного спостереження за пацієнтами з подвійними розладами показав, що депресивні порушення у цих пацієнтів проявляються найчастіше у вигляді депресивних епізодів, рекурентного депресивного розладу, дистимії, а також змішаного депресивного та тривожного розладу.

Якщо ознака депресивного розладу виявлена, запитайте у пацієнта, чи протягом останніх 2-х тижнів були в нього:

- Проблеми з засинанням чи часті пробудження, або занадто тривалий сон?
- Відчуття втоми чи занепаду сил?
- Знижений апетит чи навпаки — переїдання?
- Невдоволення собою, знижена самооцінка чи відчуття себе невдахою, який підвів себе чи власну сім'ю?

- Труднощі з концентрацією під час приготування їжі, читання чи перегляду телепередач?
- Повільність рухів і мовлення настільки, що це могли помітити інші? Чи, навпаки, метушливість і тривога, виражені настільки, що доводиться рухатися набагато більше від звичайного?
- Думки про те, що краще було б померти або спричинити собі якимось чином ушкодження?

Також про високу вірогідність депресивного розладу будуть свідчити скарги на:

запаморочення, сильне серцебиття, фізичний біль без об'єктивних ознак соматичної патології, сексуальну дисфункцію, тривожність, суїцидальні думки або наміри.

Треба враховувати, що депресія може бути вторинною стосовно соматичного захворювання чи компонентом реакції на певні життєві обставини (реактивною).

Лікування психічних розладів у хворих на наркозалежність принципово не відрізняється від психіатричного втручання в інших випадках, але існують деякі особливості. Нижче подано загальні рекомендації, як вони викладені в американському посібнику для лікарів та психологів, виданому Центром лікування розладів, викликаних вживанням наркотиків (CSAT)[13]

- Лікування коморбідних психічних розладів має бути інтегрованим у лікування наркозалежності або, якщо це неможливо, щільно координовано наркологом.
- Персонал, який працює в центрах лікування наркозалежності має бути обізнаним у симптомах та методах лікування психічних розладів.
- Психотропні препарати слід призначати тільки після досягнення пацієнтами стабілізації та усунення симптомів відміни. Цей термін становить 3–7 днів для тих, хто на бупренорфіні, та 1–4 тижні — на метадоні. Це важливо, щоб диференціювати ко-морбідні розлади з абстинентними.
- Всі психотропні препарати, які призначаються, мають бути під щільним моніторингом, зокрема під контролем за вживанням за допомогою тестування в крові чи в сечі. Особливо слід бути обережним з призначенням бензодіазепінів. Якщо вони по-

[13] Medication-Assisted Treatment for Opioid Addiction in Opioid Treatment Programs. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 43. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64164/

трібні, слід призначати оксазепам, чий адиктивний потенціал значно менший, ніж у лоразепама, оксазепама або діазепама.

- Пацієнтам, які чинять спротив психіатричному втручанню, треба пояснювати, що нема нічого ганебного в тому, щоб отримувати лікування з приводу психічних розладів, це дозволяє краще зрозуміти їхні проблеми й досягти кращого результату в лікуванні. Додаткове інформування пацієнтів стосовно коморбідних розладів доволі ефективне.
- Лікування пацієнтів з коморбідними розладами має бути в середньому інтенсивнішим, порівняно з пацієнтами без таких розладів. Але первинна мета — досягнення відмови від нелегальних наркотиків. Ремісія в супутньому захворюванні — це важлива, але вторинна мета.

Лікування депресивних розладів у пацієнтів ПТАО .До цього часу для лікування депресії все ще широко використовуються трициклічні антидепресанти, зокрема амітриптилін. Але важливо пам'ятати, що метадон підвищує концентрацію трициклічних антидепресантів в сироватці крові. Досить часто седативний ефект амітриптиліну виявляється для пацієнтів ПТАО не тільки зайвим, але й шкідливим, тому зараз частіше призначають СІЗЗС, як-от циталопрам (ципраміл), флувоксамін, сертралін (золофт), пароксетін (паксіл). Деякі СІЗЗС пригнічують метаболізм метадону та викликають збільшення його вмісту в крові. Це не стосується флуоксетину та сертраліну, які не впливають на рівень метадону значно.

Спостерігайте за пацієнтами, яким призначені СІЗЗС, протягом перших тижнів дуже уважно, щоб не пропустити ознаки передозування метадону.

Лікування порушень сну в пацієнтів ПТАО: в Україні часто використовують труксал (chlorprothixenum), але немає підтверджених данних про ефективність його використання для таких пацієнтів, так само як і азалептіну (clozapine). Найбільше використовується тріттіко (trazodon). Науково доведеним вважається використання ремерону (mirtazapine) та лерівону (mianserin). Недостатньо, поки що, доказової бази щодо використання мелітору (agomelatin). Досить часто рекомендують просто збільшити дозування метадону. Взагалі це питання ще потребує більш прискіпливого дослідження.

Основні принципи психосоціальної допомоги в роботі з клієнтами, що страждають на подвійні розлади. Рекомендується використовувати концепцію одужання (як вона викладена в посібнику Дж. Вуді та Л.Мерсер «Індивідуальне консультування наркозалеж-

них». Київ. 2001р.) [14]; застосовувати комплексний та фазний підхід до лікування; намагатися впливати на конкретні реальні життєві проблеми на ранніх етапах лікування; планувати вплив на порушення у сфері когнітивних та виконавчих функцій (зокрема за допомогою прийомів коґнітівно-поведінкового консультування); використовувати систему підтримки для підвищення ефективності допомоги (contingency management).

Використовувати концепцію одужання. Концепція одужання визнає, що одужання — це тривалий процес внутрішніх змін, і що ці зміни мають різні етапи. На практиці це означає, що консультант разом з пацієнтом створюють план лікування, який передбачає певні види допомоги на різних етапах. Далі на кожній зустрічі вони разом оцінюють рух за цим планом та, за необхідності, його коригують. Поступово клієнт все більше й більше бере відповідальність за успіх на себе, а консультант намагається його заохотити та стимулювати, концентруючи увагу на досягненнях. В цій концепції важливими компонентом є участь у роботі груп самодопомоги.

Застосовувати комплексний та фазний підхід. Враховуючи, що пацієнти з подвійним розладом майже завжди мають цілу низку психіатричних, наркологічних, загально медичних, сімейних та соціальних проблем, більшість з них потребують значних реабілітаційних втручань. Допомога має бути спрямована на потреби клієнтів у сферах забезпечення медичною допомогою, мережі підтримки, працевлаштування або встановлення групи інвалідності. Зазвичай виділяють кілька фаз надання допомоги: залучення, стабілізації, лікування, реабілітації, підтримувального лікування. На кожному з етапів виявляється різне співвідношення компонентів лікування, якщо спочатку більше активності має виявляти персонал програми, зокрема психолог чи соціальний працівник, в подальшому очікується, що активнішим має стати сам пацієнт, а психолог (лікар) тільки коригує та спрямовує його ініціативу.

Намагатися впливати на конкретні реальні життєві проблеми. Такий підхід може включати ведення випадку з метою допомогти клієнтам вирішити правові чи сімейні проблеми. Важливо залучати членів сім'ї до надання допомоги пацієнтові. Тут важливою є інформаційна складова. Родичі або подружжя пацієнтів далеко не завжди сприймають ідеологію наркозалежність — хвороба, ставляться до пацієнтів як до порушників спокою та людей з поганою поведінкою, а від того на-

[14] http://books.irf.kiev.ua/handle/987654321/3619

магаються їх виховувати, карати тощо. В таких випадках дуже важливо, щоб психолог або хтось з персоналу, хто виконує ці функції, провів відповідну роботу з близькими та пояснив принципи адекватної поведінки з такими хворими.

Планувати вплив на порушення у сфері когнітивних та поведінкових функцій.

У пацієнтів з подвійними розладами часто спостерігаються когнітивні та інші функціональні розлади, які порушують їхню здатність зрозуміти інформацію чи виконувати завдання. Такі порушення вимагають відносно коротких і високо структурованих психологічних втручань, спрямованих на проблеми практичного життя.

При цьому допомагають поступовість, аудіовізуальні засоби і повторення. Найкращим засобом лікування в таких випадках слід визнати когнітивно-поведінкову терапію.

Використовувати систему підтримки для підвищення ефективності допомоги.

Групи самодопомоги, сім'я, колишні пацієнти-друзі та інші ресурси громади, можуть відігравати неоціненну роль у процесі одужання. Спеціалісти мають зробити так, щоб клієнти знали про доступні системи підтримки й були мотивовані ефективно їх використовувати. Треба, щоб в лікувальному закладі була інформація про групи самодопомоги, НПО, які працюють з хворими, церковні організації, що надають психологічну та соціальну підтримку, реабілітаційні центри тощо.

ЧАСТИНА 5.
ДЛЯ ЛІКАРІВ

Тема 1. Особливі випадки: порушення режиму лікування, тимчасове ув'язнення, відвідування в стані сп'яніння

Особливі випадки у практиці ПТАО. Часто в практиці ПТАО доводиться мати справу з ситуаціями, не запланованими, але й не поодинокими. Порушення наркозалежними загальноприйнятних норм поведінки та пов'язані з цим конфлікти, це скоріше норма, зважаючи на частоту випадків, тому правильна тактика поведінки членів МДК є важливою складовою роботи в терапевтичних програмах і може суттєвим чином поліпшити якість лікування, а також запобігти різноманітним ускладненням.

Такими особливими випадками вважаються:

- пропуски відвідувань;
- блювота після прийому препарату;
- відвідування в стані сп'яніння;
- керування автотранспортом;
- порушення режиму лікувального закладу.

Пропуски відвідувань. ПТАО — це лікування, яке базується на щоденному прийомі замісного препарату (метадону або бупренорфіну) за схемою, яка призначена лікарем. Лікування здійснюється під контролем медперсоналу в спеціалізованих клініках або кабінетах, і таким чином щоденні відвідування в більшості випадків є необхідними. Пропуски відвідувань ведуть за собою зменшення рівня препарату у сироватці крові, яке супроводжується відповідними змінами психоемоційного стану і призводить до низки ризиків, а саме: 1) зниження рівня замісного препарату може призвести до прояву синдрому відміни і, відповідно, — актуалізації потягу до незаконних наркотиків. Звісно, якщо це робиться за допомогою внутрішньовенних ін'єкцій, з'являються всі ризики, пов'язані з цим. У випадку, коли доступ до опіо-

їдів обмежений, може мати місце і наркотизація іншими ПАР або алкоголем. Основним мотивом такої наркотизації є підвищений рівень тривожності, безсоння, які намагаються усунути за допомогою цих ПАР. 2) Пропуски відвідувань, коли вони досить довгі, можуть викликати зниження толерантності, що підвищує ризик передозувань, які можуть виникнути як від вживання нелегальних опіоїдів, так і у випадку прийому попередньо підібраної звичайної дози замісного препарату. 3) Коливання концентрації замісного препарату в організмі ведуть до різких змін у психофізіологічному стані, посилюючи стрес, дискомфорт, незадоволення лікуванням. Як наслідок – погане утримання у програмі та відмова від лікування і передчасна виписка.

Треба досить уважно відслідковувати пропуски та вчасно реагувати на них, щоб не допустити більш тяжких наслідків. Пацієнтів, які пропустили понад два дні поспіль, повинен оглянути лікар. Як допоміжний інструмент використовується додаткове обстеження сечі на наявність нелегальних ПАР.

Для пацієнтів, що отримували метадон, пропуск 1–2 днів поспіль не вимагає коригування; після 3-х днів перерви рекомендовано призначати половину звичайної дози, після 4-х — не більш, ніж 25–30 мг метадону. Якщо пацієнт не приймав метадон 5 днів поспіль, або більше, препарат призначають за схемою початкової індукції. Для пацієнтів, що отримували бупренорфін, після пропуску тривалістю до тижня безпечно призначати звичайну дозу; якщо пропуск тривав понад тиждень, то препарат призначають за схемою індукції.

Якщо протягом місяця у пацієнта нараховується понад десять пропусків, МДК розглядає цю ситуацію і може достроково припинити лікування й виписати такого хворого в адміністративному порядку.

Блювота після прийому препарату. Це явище інколи зустрічається при застосуванні метадону, особливо на початку лікування, коли ще не сформована толерантність. Однак, треба завжди мати на увазі, що навіть найсильніша блювота не здатна повністю спорожнити ШКТ, тому в цьому разі ніколи не видається повторно повна доза. Слід дотримуватися таких правил:

- якщо персонал не був свідком блювоти — доза повторно не видається;
- якщо блювота виникла менш, ніж за 15 хвилин після вживання метадону, можна повторно видати 50–75 % повної дози;
- якщо повна доза становить 120 мг та більше, можна видати лише 50 %;

- якщо блювота виникла за 15–30 хвилин після вживання метадону, можна видати повторно лише 25–50 % повної дози;
- якщо блювота була більше, ніж за 30 хвилин після отримання метадону, повторна доза не видається.

Відвідування сайту ПТАО у стані сп'яніння. Вживання інших ПАР та алкоголю зустрічається досить часто в програмах ПТАО, і тому важливо пам'ятати, що стан інтоксикації або сп'яніння може призвести до ускладнень. Перш за все мова йде про можливі передозування, які пов'язані з одночасним прийомом замісного препарату та будь яких ПАР, які викликають пригнічення нервової системи. Відносно до метадону такою речовиною є алкоголь, але може мати значення й інтоксикація іншими ПАР (барбітурати, бензодіазепіни). Навіть такий безпечний з точки зору передозувань препарат як бупренорфін, також може призвести до фатальних наслідків у випадку його вживання разом із бензодіазепінами[15].

Іншою проблемою є поведінка пацієнтів, які пербувають під впливом ПАР або алкоголю. Часто вона є доволі деструктивною (агресія до персоналу та інших відвідувачів, насильницькі дії, створення зайвого галасу та порушення спокою навколишніх мешканців тощо). Також треба мати на увазі, що відвідання ЛПЗ у стані алкогольного сп'яніння часто може свідчити про те, що пацієнт не може контролювати прийом алкоголю у соціально прийнятних формах, що може бути першою ознакою розвитку синдрому залежності.

Відвідування ПТАО в стані сп'яніння. Втручання. Первинну оцінку стану дає медсестра, яка видає препарат. Симптоми гострої інтоксикації різними видами наркотичних речовин відображені в табл. 15.

У складних випадках таку оцінку може надати лікар. Дуже доречним є експрес-дослідження сечі на ПАР, за допомогою тест-смужок, а також оцінка рівня алкоголю за допомогою портативних дихальних газових аналізаторів. З метою запобігання передозуванню у випадках алкогольного сп'яніння або інтоксикації будь-яким іншим депресантом ЦНС чергова доза не видається, а пацієнтові пропонують прийти пізніше, через 2–4 години. Якщо й під час повторного візиту ще спостерігаються ознаки інтоксикації, препарат у цей день пацієнту не видається.

Керування автотранспортом. Це досить складне питання, яке ще достатньо не врегульоване нормативними актами. Але з клінічної точки зору варто знати про те, що і мета дон, і бупренорфін можуть

[15] В даному випадку йдеться не про терапевтичні дози, а такі, які наркоспоживачі приймають для досягнення ейфорії, що перевищують терапевтичні в 5–10 разів.

впливати на швидкість реакції та моторику в суб'єктів з низькою толерантністю до опіоїдів. Тому поки рівень толерантності не виявлено в клінічних умовах, треба із застереженням ставитися до управління автотранспортом. Це стосується, в першу чергу, фази індукції або моменту збільшення дози. У фазі стабілізації та підтримки не виявлено значного впливу препаратів ПТАО на швидкість реакції та увагу. Але треба пам'ятати, що прийом навіть у невеликих дозах інших ПАР може суттєво сповільнити час реакції за рахунок синергічної дії з препаратами ПТАО. Також інші лікарські засоби можуть посилити седативну дію метадону, за рахунок сповільнення його метаболізму.

Таким чином, при проведенні огляду на стан сп'яніння, треба пам'ятати, що сама по собі присутність метадону або бупренорфіну в сечі людини, яка є пацієнтом ПТАО, не може бути підставою для встановлення діагнозу стану сп'яніння. Потрібні додаткові дані клінічного огляду та перевірки рухової сфери. Наявність інших ПАР у токсико-хімічних аналізах сечі може служити додатковою ознакою стану сп'яніння.

Згідно з чинною нормативною базою, усі водії та кандидати у водії транспортних засобів мусять проходити наркологічний огляд, після якого виноситься висновок, щодо відсутності чи наявності протипоказань для цього виду діяльності. Поки що немає спеціальних застережень щодо пацієнтів замісної терапії.

Порушення режиму. Кожна установа, яка надає ПТАО, розробляє свої правила, яких мають дотримуватись як пацієнти, так і медперсонал. Учасники програм ПТАО мають бути завчасно поінформовані про вимоги та наслідки порушення цих вимог. Важливо також, що б і персонал був відповідно підготовлений, розумів специфіку роботи з наркоспоживачами та ставився до них з повагою та турботою, як до хворих, а не як до антисоціальних суб'єктів. Практика свідчить, що груба поведінка пацієнтів часто-густо провокується нетолерантним та непрофесійним поводженням медичного персоналу.

Ключові пункти режиму та його дотримання пацієнтами входять до інформованої згоди, яку пацієнти підписують перед початком терапії. Найбільшими порушеннями вважаються:

- спроби виносу препарату;
- порушення безпеки роботи — явна агресія з насильницькими діями по відношенню до персоналу та/або інших пацієнтів;
- торгівля наркотиками або ПАР у ЛПЗ та по сусідству.

Спроби виносу препарату. Причини, які призводять до цього порушення, можуть бути різноманітними. Це і намагання створити у себе

«резервний залишок», і спроби допомогти близьким, які з тих чи інших причин не можуть потрапити в програму, і банальні намагання поправити своє матеріальне становище, продаючи препарат на нелегальному ринку. Не зважаючи на те, які саме причини лежать в основі конкретної дії, спроби виносу препарату вважаються серйозним порушенням режиму, перш за все тому, що це є порушенням кримінального кодексу. Винос препарату за межі клініки і його зберігання може трактуватись як злочин, що веде до кримінального покарання (Стаття 309 Кримінального Кодексу України). Якщо має місце збут винесеного препарату, то це ще тяжчий злочин, який карається за статтею 307 КК України. Навіть якщо ці факти не стали відомі правоохоронним органам, контакти з кримінальним середовищем можуть значно погіршити процес соціальної реабілітації.

Спроби виносу препарату, зафіксовані персоналом, направляються на розгляд МДК на предмет адміністративної виписки порушника або застосування інших заходів.

Не зважаючи на можливість адміністративної виписки, пацієнти все одно намагаються це робити, тому слід приділяти увагу заходам, які ускладнюють винос препарату. Це може бути застосування рідких форм метадону, або розчинних таблеток. Препарат у вигляді розчину, особливо низької концентрації (1мг у 1 мл), або розчин таблеток у достатній кількості води або апельсинового соку складніше винести, ніж пігулки. Щодо прийому бупренорфіну важливою є організація роботи, яка не допускає скупчення пацієнтів, які одночасно приймають препарат, у кабінеті. Таке скупчення може заважати спостереженню і дає зайві можливості виносу. Враховуючи, що бупренорфін повинен розсмоктуватись під язиком протягом певного часу, необхідно забезпечити перебування пацієнтів протягом цього часу в клініці. У деяких ЛПЗ практикують подрібнення пігулок бупренорфіну на частки або розтирають його у порошок. Подібна практика не є офіційною і достатньо дослідженою, хоча вже є окремі спостереження, за якими можна вважати, що немає суттєвих відмінностей у рівні препарату в сироватці крові при сублінвальному прийомі цілих таблеток, порівняно з подрібненими.

Кращому спостереженню за прийомом препаратів ПТАО безумовно сприяє робота двох медсестер, одна з яких веде необхідну документацію, а інша здійснює видачу та слідкує за виконанням правил прийому. Замість другої медсестри може бути встановлене відеоспостереження, якщо воно відповідає чинному законодавству.

Порушення безпеки роботи сайту. Агресія та насилля на адресу персоналу та інших пацієнтів робить процес ПТАО небезпечним, що є абсолютно неприйнятним як з огляду персональної безпеки, так і з огляду безпеки програми в цілому. Агресією слід вважати також погрози на адресу персоналу як у самому ЛПЗ, так і поза його межами, відкриту демонстрацію холодної або вогнепальної зброї тощо.

Дуже важко скласти вичерпний список агресивних або насильницьких дій (тим більше, що часто інтерпретації подій учасниками конфлікту не збігаються, особливо у випадках відсутності прямої однозначної фізичної агресії). Такі речі, як бійки, застосування зброї, погрози вбивством є абсолютно неприйнятними. З іншого боку, наприклад, нецензурна лайка може трактуватись як агресія, хоча може бути й звичайним проявом емоцій у людей, які частину життя провели за гратами або в кримінальному середовищі. Звісно, що це не є підставою ставитись до цього абсолютно толерантно, але треба надати пацієнту певний час для корекції такої поведінки і залучити до цього процесу соціального працівника та психолога.

Випадки порушення безпеки повинні розглядатись МДК. Якщо у місті є ще однин ЛПЗ, де надають ПТАО, одним з варіантів може буде переведення пацієнта туди для подолання конфлікту, особливо якщо в конфлікт втягнуті інші пацієнти. В інших випадках адміністративна виписка є цілком виправданим засобом захисту прав персоналу та пацієнтів.

Торгівля наркотиками або ПАР в ЛПЗ або на прилеглих територіях. Звичка заробляти собі на життя дрібною торгівлею наркотиками або ПАР притаманна деяким СІН. Пацієнти ПТАО також можуть мати до цього стосунок у силу різних причин (борги, примус дилерів, нестача коштів тощо). Персонал МДК ПТАО не може толерантно ставитись до цього явища, тому що це значно перешкоджає лікувальному процесу та реабілітації. Навколо ЛПЗ створюється кримінальне середовище, яке дискредитує програму в очах суспільства, та може ускладнити життя тим, хто не причетний до цих оборудок. З метою попередження таких випадків та створення перешкод для торгівлі наркотиками та ПАР може бути встановлено відеоспостереження за місцями очікування або входом до клініки. Цей відеонагляд повинен відповідати чинному законодавству.

Якщо достеменно встановлено факт причетності особи до торгівлі наркотиками або ПАР, то через МДК вирішується питання про її випис-

ку в адміністративному порядку. Перед випискою бажано надати пацієнту можливість пройти прискорену детоксикацію.

Створення незручностей мешканцям навколишніх будинків. Феномен вживання наркотичних речовин викликає сильні негативні емоції в суспільстві, що веде до стигматизації наркоспоживачів. ЛПЗ, де надають ПТАО, особливо якщо вони розташовані поблизу житлових будинків та місць відпочинку, а також якщо вони досить великі (понад 100 відвідань на добу) можуть викликати спротив місцевого населення. Особливо цей спротив може бути сильним у випадках, коли пацієнти ПТАО створюють незручності місцевим жителям (галас, нецензурна лайка, вживання алкоголю, окупація традиційних місць відпочинку, перешкоджання парковці транспорту тощо). Скарги населення можуть суттєво ускладнити роботу ПТАО й навіть призвести до її закриття. З метою запобігання таким ситуаціям до інформованої згоди або правил програми може бути внесено пункт, який обмежує термін перебування пацієнтів в ЛПЗ тільки часом очікування, прийомом препарату та іншими заходами медичного або психосоціального супроводу. До цієї угоди можна додати мапу, де окреслена територія, яку треба залишити відразу після виконання призначень. Організаторам охорони здоров'я треби мати на увазі, що краще створювати приміщення для ПТАО подалі від житлових будинків, наприклад, на території лікарень або в адміністративних будівлях.

Систематичні порушення цього пункту згоди або обґрунтовані скарги населення на конкретних осіб, які створюють незручності, розглядаються на МДК і, якщо така поведінка створює загрозу лікувальному процесу, може бути прийняте рішення про припинення надання ПТАО.

Підтримка позитивного іміджу програми в місцевого населення є одним із способів подолання стигми. Для цього потрібно заохочувати пацієнтів до благоустрою прилеглої території, підтримки її у чистоті, створення зелених насаджень. Лікарі та медсестри можуть долучатись до безкоштовних консультацій, вимірюванні артеріального тиску або проведення ЕКГ місцевим жителям.

Таблиця 15

Симптоми гострої інтоксикації різними видами наркотичних речовин

Вид наркотику	**Інтоксикація**	**Передозування**
Опіати	Звуження зіниць Свербіж Заспокоєння/Сонливість Уповільнення пульсу Гіповентиляція	Втрата свідомості Пригнічення дихання Точкові зіниці Артеріальна гіпотензія Брадикардія Набряк легенів
Алкоголь	Заспокоєння Загальмованість Порушення координації Порушення оцінки Зниження концентрації Порушення мовлення Атаксія Блювання	Дезорієнтація/Розгубленість Пригнічення дихання Втрата свідомості Мимовільне сечовипускання Сопор/Кома
Бензодіазепіни (діазепам, оксазепам, флунітразепам)	Загальмованість Заспокоєння Слинотеча Дискоординація Порушення мовлення Запаморочення	Атаксія Розгубленість Пригнічення дихання Сопор/Кома
Стимулятори (амфетамін, кокаїн)	Гіперактивність Невгамовність Збудження Неспокій/Нервозність Сильне розширення зіниць Підвищення частоти пульсу Підвищення температури Потовиділення Тремор	Паніка Гострий параноїдний психоз Серцева аритмія Ішемія міокарду Гіпертензивний криз Цереброваскулярні порушення Гіперрекфлексія Дегідратація
Канабіноїди	Розслаблення Зменшення концентрації Зменшення психомоторної активності Порушення рівноваги Ін‘єкція судин склер	Розгубленість Збудження Неспокій/Паніка Галюцинації Параноїдний психоз

Тема 2. Практика видачі препаратів ПТАО за рецептами. Організація «стаціонару вдома». Забезпечення безперервності ПТАО

Щоденний прийом препаратів ПТАО у ЗОЗ під наглядом персоналу має суттєве значення, особливо на початку лікування (етапи індукції та стабілізації). Нагляд дозволяє бути впевненими, що пацієнт приймає саме ту дозу, яку прописує лікар, і таким чином уникнути ускладнень, наприклад, передозувань. Але коли стану стабілізації досягнуто, щоденні відвідування можуть ускладнювати подальшу соціальну реабілітацію, не кажучи вже про те, що потрібно більше персоналу та ресурсів задля забезпечення щоденного нагляду. В більшості країн стабілізованим та соціально адаптованим пацієнтам поступово надають можливість приймати препарат вдома, без обов'язкового щоденного відвідування закладу ПТАО. У Сполучених Штатах, навіть з першого дня, на вихідні видають дозу на руки, оскільки по вихідних клініки на працюють. Практично в усіх країнах, які мають достатній досвід впровадження ПТАО, є практика самостійного прийому препарату вдома. Прерогатива такого рішення цілком належить до відповідальності лікаря та МДК. Бупренорфін взагалі в більшості країн не вважається наркотичним препаратом, він віднесений до списку сильнодіючих засобів, і тому його виписують лікарі загальної практики або сімейні, а пацієнти приймають його вдома.

При розгляді питання, чи надати пацієнту можливість приймати частину препаратів ПТАО вдома беруть до уваги такі чинники:

Ризики. Головним ризиком самостійного прийому препаратів перед усім вважається виток препаратів ПТАО на нелегальний ринок. Деякі пацієнти вчиняють так, перебуваючи під тиском або впливом сторонніх осіб, деякі намагаються на цьому заробити, враховуючи, що препарати ПТАО користуються попитом на нелегальному ринку і мають досить високу вартість. Якщо пацієнт не приймає препарат, виданий додому, це дестабілізує його стан, сприяє вживанню нелегальних наркотичних засобів або інших ПАР. Таким чином, безпідставне надання можливості приймати препарат вдома може вести не тільки до криміналізації, але й сприяти клінічній невдачі лікування. Іншим ризиком є можливість випадкового прийому препарату іншими особами, яке може статись внаслідок неналежного зберігання ліків вдома. Особливо уразливі в цьому сенсі діти, для яких невелика доза може бути летальною.

Переваги. Вони доволі суттєві. Перш за все, це посилює автономію пацієнта, покращує загальний клімат довіри у стосунках з персоналом. Значно поліпшуються умови для соціальної реабілітації, перш за все відкриваються нові можливості працевлаштування, особливо робота з гнучким графіком та можливістю коротких відряджень. Пацієнти не відчувають себе «прив'язаними» до клініки і мають можливість більше часу приділяти своїм сім'ям, роботі тощо. Додатковий час, вивільнений від візитів у клініку ПТАО, може бути використаний для вирішення інших медичних питань (діагностика та лікування ВІЛ інфекції та опортуністичних захворювань, особливо туберкульозу). Усе це сприяє кращим результатам утримання в програмі. Також важливою перевагою є значне скорочення видатків, оскільки зменшення кількості візитів знижує навантаження на сайт і сприяє більш ефективному використанню ресурсів.

Якщо постає питання про дозвіл видавати рецепти на придбання замісних препаратів в аптеці, до уваги треба взяти таке:

- факти зловживання пацієнтом іншими ПАР та алкоголем;
- регулярність відвідувань клініки та дотримання режиму;
- відсутність даних про кримінальну активність та торгівлю наркотиками;
- стабільність соціального, перш за все сімейного, оточення;
- термін перебування в програмі;
- можливість безпечного збереження ліків вдома.

Іншим важливим чинником є стабільність стану пацієнта, відсутність ознак синдрому відміни, потягу до наркотиків, стабільна доза замісного препарату, регулярне відвідування клініки. У деяких надзвичайних ситуаціях можливо дозволити самостійно приймати замісний препарат на короткий термін, наприклад, у випадку сімейної кризи внаслідок втрати близьких, необхідність подорожувати.

При затвердженні остаточного рішення комісія має бути впевнена, що його переваги перевищують можливі ризики.

Моніторинг пацієнтів. Персонал сайту повинен приділяти особливу увагу пацієнтам, що отримують ліки для самостійного прийому, та відслідковувати, як змінюється їхній стан, чи пацієнт і далі відповідає вказаним вище критеріям, та чи використовуються ліки у призначений спосіб. Для цього лікар повинен оглядати їх з тією ж самою періодичністю, що й решту пацієнтів. Як допоміжний засіб використовують токсикохімічні дослідження сечі, які проводять рандомізовано не рідше 1 разу на місяць або частіше, якщо це призначено лі-

карем До моніторингу залучаються також соціальні працівники, які допомагають відслідковувати позитивні зрушення, які саме і є метою практики самостійного прийому препарату. Якщо цих цілей не досягнуто, МДК повинно розглянути цю ситуацію і може скасувати надану можливість.

Згідно з існуючими в Україні рекомендаціями, якщо пацієнт виявляє ознаки погіршення фізичного, психічного або соціального стану або перестає відповідати критеріям, кількість доз, що видаються для самостійного прийому, може бути переглянута на засіданні МДК. Зменшення кількості препарату, що видається, також може бути санкцією у відповідь на позитивні результати аналізу сечі на наркотичні речовини. Якщо пацієнт використовує препарат не за призначенням або не здатний забезпечити його безпечного зберігання, практика видачі препарату на руки повинна бути припинена.

Надання препаратів ПТАО для самостійного прийому в Україні. Нормативні засади. Лікування з використанням лікарських препаратів, які належать до наркотичних є цілком законним з точки зору усіх міжнародних конвенцій, зокрема Єдиної Конвенції з наркотичних засобів 1961 року. Також підтверджується законність виписування лікарем рецептів на наркотичні препарати.

Нормативною основою обігу наркотичних препаратів в Україні є Закон «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» остання редакція 2012 року. Цим законом зокрема передбачено, що

«Стаття 27. Придбання, реалізація наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів. Придбання наркотичних засобів і психотропних речовин, включених до таблиць II і III Переліку (770–2000-п), фізичною особою за медичними показаннями здійснюється лише за рецептом лікаря. Роздрібна реалізація фізичним особам наркотичних засобів, психотропних речовин, включених до таблиць II і III Переліку (770–2000-п), дозволених до застосування у медичній практиці, здійснюється через аптечні заклади всіх форм власності за наявності у них ліцензії на цей вид діяльності.

Стаття 28. Рецепти на наркотичні засоби і психотропні речовини. Рецепти на наркотичні засоби, психотропні речовини, включені до таблиць II і III Переліку (770–2000-п), виписуються на спеціальних бланках. Форма спеціальних бланків рецептів, порядок їх реєстрації, обліку і зберігання, а також правила їх оформлення встановлюються центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я. Видача рецептів на наркотичні засоби або психотропні речовини без від-

повідних медичних показань або з порушенням встановлених правил оформлення забороняється.

Також цим Законом встановлено, що за медичними показаннями громадянам дозволяється зберігати і перевозити наркотичні засоби або психотропні речовини, придбані ними в порядку, встановленому статтями 27 і 28 цього Закону. Ці положення Закону знайшли своє відображення у нормативному акті Наказі МОЗ від 21.01.2010 № 11 «Про затвердження Порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у закладах охорони здоров'я України». Цим наказом зокрема зазначено, що «3.9 У лікувально-профілактичних закладах охорони здоров'я введення парентеральних форм наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів хворим повинно здійснюватися тільки медичними працівниками цього закладу, а використання інших форм наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів — у присутності медичних працівників цього закладу з обов'язковою відміткою про це в листку призначень наркотичних і психотропних лікарських засобів, в історії хвороби, амбулаторній карті або в іншій первинній медичній документації, визначеній МОЗ».

Таким чином, єдиною на цей час формою забезпечення самостійного прийому препаратів ПТАО, які належать до наркотичних, є відпуск їх за рецептами.

Порядок виписки рецептів затверджено наказом МОЗ від 19.07.2005 № 360 «Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і вироби медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень» із змінами в останній редакції від 29.02.2012 р. Зокрема там передбачено:

1.13. Рецепти на наркотичні (психотропні) лікарські засоби в чистому вигляді або в суміші з індиферентними речовинами виписуються на спеціальних рецептурних бланках ф-3. Рецепт ф-3 додатково підписується керівником закладу охорони здоров'я або його заступником з лікувальної роботи (а в разі їх відсутності — підписом завідувача відділення цього закладу, на якого покладена відповідальність за призначення наркотичних (психотропних) лікарських засобів) і завіряється печаткою суб'єкта господарювання, що провадить діяльність, пов'язану з медичною практикою.

1.16. У разі виписування безоплатно чи на пільгових умовах наркотичних (психотропних) лікарських засобів поряд з виписуванням рецепта на бланку ф-3 виписуються додатково Рецепти на бланку ф-1.

3.1. Рецепти на лікарські засоби, виписані на рецептурних бланках ф-1, дійсні протягом одного місяця з дня виписки, а на спеціальних рецептурних бланках ф-3 (589–2009-п) — протягом п'яти днів з дня виписки.

1.22. Забороняється виписувати в одному рецепті наведені нижче лікарські засоби у більшій кількості, ніж:

1: Бупренорфін:

- таблетки 0,2 мг 0,017 г
- таблетки 0,4 мг 0,017 г
- таблетки 2 мг 0,112 г
- таблетки 4 мг 0,112 г
- таблетки 8 мг 0,112 г

2. Метадон, рідкі форми: 1мг в 1 мл 0,3 г.

Треба враховувати, що зараз препарати ПТАО надходять переважно як гуманітарна допомога. Розподіл препаратів між закладами та визначення аптек, через які здійснюється постачання, належить до відповідальності обласних УОЗ. Таким чином, для уможливлення отримання препаратів за рецептом необхідно забезпечити наявність препарату у відповідному аптечному закладі (наказ УОЗ про розподіл), а також обов'язковим є наявність у цієї аптеки відділу роздрібної торгівлі. Найпростіша ситуація, коли аптека, яка здійснює постачання препарату, одночасно має відділ роздрібної торгівлі.

У випадку застосування метадону має бути наявним або фабрично виготовлений розчин (1 мг у 1 мл) із вказівками щодо його дозування, або аптека може виготовити такий розчин на замовлення (ex tempore). У такому разі вона повинна мати відповідну ліцензію на виготовлення екстемпоральних форм, а також мати зареєстровану субстанцію метадону для виготовлення.

Підтримка безперервності лікування ПТАО. Лікування наркотичної залежності — безперервний процес, який може тривати роками. З огляду на це необхідно розробити механізм, який дозволяє підтримувати лікування в типових випадках. Найчастіше мова йде про:

- госпіталізацію до інших ЛПЗ;
- тимчасове вибуття до інших регіонів;
- ув'язнення чи затримання;
- стаціонар вдома.

Безперервність лікування при госпіталізації у непрофільні ЛПЗ. Ця ситуація трапляється найчастіше. Учасники програм ПТАО мають порівняно поганий стан здоров'я, що обумовлено ВІЛ-інфекцією, опортуністичними захворюваннями, туберкульозом. Час від часу вони потрапляють до стаціонарів з метою діагностики та лікування. Жінки, які відвідують програму, потрапляють до стаціонарів внаслідок вагітності та пологів. Лікування у «непрофільних» стаціонарах потребує вирішення низки питань:

- забезпечити доступність препарату ПТАО у «непрофільних ЛПЗ»;
- забезпечити клінічний моніторинг і консультування з приводу залежностей під час перебування у стаціонарах іншого профілю;
- провести навчання персоналу непрофільної установи з правил надання ПТАО;
- надати лікарям дані про можливі взаємодії препаратів ПТАО з іншими лікарськими засобами.

На сьогодні існує 2 можливості забезпечити препарат для лікування у непрофільному стаціонарі:

- через безпосередню передачу препарату з ЛПЗ, де пацієнт отримував його до госпіталізації, до ЛПЗ, до якого госпіталізований пацієнт;
- через аптеку.

Передача препаратів ПТАО від ЛПЗ до ЛПЗ. Лікувальні заклади, між якими здійснюється передача препарату, повинні бути однієї форми власності (державна або комунальна/муніципальна), а також мати ліцензію на використання наркотичних засобів. Процедура та документи, які супроводжують цю передачу, виглядають так:

- головний лікар ЛПЗ, до якого потрапив пацієнт програми ПТАО, пише клопотання на УОЗ про забезпечення препарату для хворого;
- УОЗ видає розпорядження про передачу препарату з ЛПЗ, де пацієнт отримував ЗПТ, до ЛПЗ, де перебуває хворий;
- препарат передається згідно з актом прийому-передачі у кількості відповідно до наказу й обмежень, встановлених на кількість препарату (не більш як 2 тижневий запас на установу);
- Залишки препарату після лікування повертаються.

Передача препарату через аптеку. Цей спосіб є більш природним та менш суперечливим з точки зору нормативної бази. Управління

охорони здоров'я області своїм наказом визначає кількість препарату, яку вона резервує в аптечному закладі для потреб безперервності. Аптекою визначаються заклади, з якими укладено договір на постачання наркотичних лікарських засобів, а якщо таких договорів не укладено, то здійснюються кроки щодо їх оформлення. Цей список ЛПЗ входить як додаток до наказу УОЗ, згідно з яким, за потреби, аптека має право видати препарат за стандартною вимогою.

Моніторинг. Невід'ємним компонентом заходів з підтримання безперервності лікування є забезпечення моніторингу з боку лікаря-нарколога стану хворого на період його лікування в непрофільному закладі. За викликом лікаря, який веде пацієнта в стаціонарі, нарколог оглядає хворого, робить відповідні записи в історію хвороби і визначає дозу замісного препарату. При визначенні дози нарколог консультується з лікарем на предмет можливої взаємодії лікарських препаратів та призначеного лікування. Призначення нарколога затверджує комісія з доцільності призначення наркотичних засобів ЛПЗ. Якщо протягом лікування стан хворого потребує коригування дози (як у напрямку збільшення, так і в напрямку зменшення), що може трапитись внаслідок взаємодії лікарських препаратів або зміни фізіологічного стану, таке коригування робить лікар-нарколог за погодженням з лікарем стаціонару. Також до обов'язків лікаря-нарколога входить надання стислої, але вичерпної інформації стосовно ПТАО, процедур контролю прийому препарату та можливих ускладнень середньому персоналу.

ПТАО та тимчасове вибуття до інших регіонів. Можливість подорожувати — це один з чинників соціальної реабілітації наркозалежних, фактор покращення якості життя та право пацієнта, яким не можна нехтувати. Але обмеження, пов'язані з використанням наркотичних препаратів, потребують організації особливої системи, коли під час подорожі та перебування поза межами обслуговування ЛПЗ пацієнт має можливість продовжувати отримувати замісну терапію за місцем тимчасового перебування. Механізм забезпечення цього полягає у завчасному плануванні тимчасового вибуття до інших регіонів спільно з лікарем, для чого пацієнт не менш як за тиждень повинен подати заяву щодо забезпечення безперервності ЗПТ на відповідний термін у місці його тимчасового перебування. Лікар повинен заздалегідь мати інформацію про дату та місце перебування. Він з'ясовує можливість продовжувати лікування (наявність ПТАО в місцевості, наявність резервів препарату), погоджує з адміністрацією іншого ЛПЗ перебуван-

ня там хворого певний час і після цього надає факсом лист-клопотання за підписом головного лікаря закладу, де пацієнт лікується, виписку з медичної документації пацієнта ПТАО з зазначенням діагнозу, назви та щоденної дози препарату. Пацієнт отримує оригінали зазначених документів з ЛПЗ, де він отримував ЗПТ, для пред'явлення їх в заклад ПТАО за місцем прибуття.

ПТАО при арешті та затриманні. Згідно з чинним законодавством, медична допомога особам, які затримані або перебувають під арештом у райвідділках або ізоляторах тимчасового утримання, надається ЛПЗ за місцем проживання. Таким чином, замісна терапія може надаватись таким особам на законних підставах. Препарат затриманому може надаватись щоденно (через карету швидкої допомоги або безпосередньо персоналом ПТАО) у місці утримання. У цьому випадку необхідно зарезервувати якусь кількість препарату на станції швидкої допомоги відповідним наказом УОЗ. Лікар-нарколог за викликом оглядає хворого безпосередньо за місцем утримання, призначає дозу, а виконання здійснюється медперсоналом «швидкої». Інша схема передбачає щоденне конвоювання пацієнта до ЛПЗ працівниками міліції. У місцях тимчасового утримання та в слідчому ізоляторі ПТАО поки що недоступна.

Стаціонар вдома. У деяких випадках стан хворого не передбачає стаціонарного лікування в ЛПЗ, але він повинен залишатися вдома на постільному режимі, для чого може створюватися стаціонар вдома. Єдиний документ, який регламентує створення такого стаціонару, це наказ МОЗ СРСР «Про організацію стаціонару (відділень, палат) денного перебування в лікарнях денного стаціонару в поліклініці та стаціонару на дому Наказ № 1278 від 16.12.1987. У ньому зазначено, що:

1. Стаціонар вдома організується для хворих з гострими й хронічними захворюваннями, стан яких не вимагає госпіталізації;
2. Стаціонар вдома організується у складі поліклініки, дитячої поліклініки, медсанчастини, поліклінічних відділень лікарні, диспансерів;
3. Керівництво стаціонаром вдома здійснюється завідувачами терапевтичного й педіатричного відділень, які у своїй діяльності підкоряються головному лікареві і його заступникові по лікувальній частині;
4. Режим роботи стаціонару вдома встановлюється керівником установи відповідно до потреб населення в цьому виді допомоги й місцевих умов;

5. Для коректування лікування й продовження листка непрацездатності — ЛКК проводиться вдома в строки, встановлені законодавством по експертизі тимчасової непрацездатності;
6. Відбір хворих для лікування в стаціонарі вдома проводиться завідувачами терапевтичним і педіатричним відділеннями по поданню дільничних лікарів-терапевтів і педіатрів і лікарів-фахівців.

Надання препаратів ПТАО для групи хворих, якій створено стаціонар вдома, регламентується наказом МОЗ України №11, який визначає:

3.10. Хворі, яким створено стаціонар на дому, повинні забезпечуватися наркотичними засобами, психотропними речовинами та прекурсорами безпосередньо лікувально-профілактичними закладами охорони здоров'я за місцем проживання.

3.11. В умовах створеного стаціонару на дому введення парентеральних форм наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів хворим повинно здійснюватися тільки медичними працівниками лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я з обов'язковою відміткою про це в амбулаторній карті.

Хворим, яким створено стаціонар на дому, відповідно до листка призначень наркотичних і психотропних лікарських засобів, виписаного лікарями лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я, виконання призначень може здійснюватися медичними працівниками амбулаторій, фельдшерсько-акушерських пунктів за місцем проживання хворого, про що ними робляться відповідні записи в амбулаторній карті.

Використання інших форм наркотичних і психотропних лікарських засобів здійснюється хворими, яким створено стаціонар на дому, самостійно згідно з призначенням лікаря.

Тема 3. Ліцензійні вимоги до закладів охорони здоров'я, що працюють з наркотичними лікарськими засобами

Діяльність, пов'язана з обігом препаратів для ПТАО, повинна здійснюватись відповідно до вимог законодавства щодо обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я**.**

На перший погляд, лікарі та медичні сестри, що надають послуги ЗПТ, не мають безпосереднього відношення до процесу отримання ліцензії та забезпечення дотримання ліцензійних умов. Зазвичай, це є обов'язком керівника ЗОЗ або його заступників та головної медичної сестри. Однак, як свідчить досвід, брак знань з цього питання в лікарів та медичних сестер інколи приводить до порушень, що виявлялись при перевірках контролюючими структурами, та сумних наслідків, аж до призупинення ЗПТ в цьому закладі та висування претензій до медичних працівників, яких при порушенні ліцензійних умов, звинувачували в незаконному обігу наркотичних засобів в ЗОЗ.

Саме тому необхідно розглянути основні положення законодавства з цього питання.

Законом України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» наголошено, що з урахуванням особливостей, визначених Законом України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори», ***ліцензуванню підлягає діяльність з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів,*** а саме: розроблення, виробництво, виготовлення, зберігання, перевезення, придбання, реалізація (відпуск), ввезення на територію України, вивезення з території України, використання, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, включених до Переліку наркотичних засобів психотропних речовин і прекурсорів, затвердженого Кабінетом Міністрів України.

Органом, якому надано право ліцензування, визначена Державна служба України з контролю за наркотиками, яка може делегувати ці права своїм структурним територіальним підрозділам.

Щоб зрозуміти вимоги законодавства, які ми будемо розглядати далі, необхідно зазначити деякі основні терміни, а саме:

Ліцензія — це документ державного зразка, який засвідчує право на провадження зазначеного в ньому виду господарської діяльності протягом визначеного строку. Стосовно діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів цей термін обмежено до 5 років.

Для отримання ліцензії ЗОЗ повинен подати заяву встановленого зразка про видачу ліцензії, в якій повинні міститися такі дані:

- найменування, місцезнаходження, банківські реквізити, ідентифікаційний код — для юридичної особи;
- вид господарської діяльності (повністю або частково), на провадження якого є намір одержати ліцензію.

У разі наявності у заявника філій, інших відокремлених підрозділів, які провадитимуть діяльність на підставі отриманої ліцензії, у заяві зазначається їх місцезнаходження.

До заяви про видачу ліцензій додається виписка з єдиного державного реєстру юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців.

Крім того, до заяви про видачу ліцензії на провадження діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, необхідно додати документи, перелік яких встановлюється Кабінетом Міністрів України (постанова КМ України від 04.07.2001 № 756 «Про затвердження переліку документів, які додаються до заяви про видачу ліцензії для окремого виду господарської діяльності»), а саме:

- ✓ відомості за підписом заявника — суб'єкта господарювання про відповідність матеріально — технічної бази ліцензійним умовам провадження відповідного виду господарської діяльності;
- ✓ наявність нормативно-правових документів, необхідних для провадження відповідного виду господарської діяльності;
- ✓ освітній і кваліфікаційний рівень працівників, які мають чи будуть мати доступ безпосередньо до наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
- ✓ засвідчена в установленому порядку копія свідоцтва (посвідчення, сертифіката спеціаліста), що підтверджує професійну придатність керівника суб'єкта господарювання або керівника відповідного підрозділу суб'єкта господарювання до провадження окремого виду діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, що ліцензується;
- ✓ довідка відповідного державного або комунального закладу охорони здоров'я про відсутність психічних розладів, пов'язаних із зловживанням алкогольними напоями, наркотичними засобами чи психотропними речовинами у працівників, які згідно із своїми службовими обов'язками мають чи будуть мати доступ безпосередньо до наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, а також про відсутність

серед зазначених працівників осіб, визнаних непридатними до провадження окремих видів діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;

- ✓ довідка МВС про відсутність у працівників, які згідно із своїми службовими обов'язками мають чи будуть мати доступ безпосередньо до наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, не знятої чи не погашеної в установленому порядку судимості за вчинення злочину середньої тяжкості, тяжкого та особливо тяжкого злочину або злочину, пов'язаного з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, у тому числі вчиненого за межами України;
- ✓ дозвіл МВС на використання об'єктів і приміщень, призначених для провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та відповідність таких об'єктів і приміщень установленим вимогам;
- ✓ висновок державної санітарно-епідеміологічної експертизи про відповідність наявних приміщень вимогам санітарних норм і правил щодо провадження господарської діяльності із зберігання наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів або засвідчена в установленому порядку його копія (видані за місцем провадження діяльності).

Перед поданням заяви слід уточнити вимоги останньої редакції вказаної постанови КМ України, бо зміни та доповнення до цього документу вносились 54 рази, в т.ч. лише протягом 2010–2011 р. — 7 разів, остання редакція від 14.07.2011 (станом на 01.08.2011 р.)

Процес отримання ліцензії потребує певного часу, тому розпочинати оформлення документів для отримання чи переоформлення ліцензії слід не менш, ніж за 2–3 місяця до зазначеного строку.

Відповідно до Закону України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» рішення про видачу ліцензії або про відмову приймається у строк не пізніше ніж десять робочих днів з дати надходження заяви та документів, що додаються до неї. Повідомлення про прийняття рішення про видачу ліцензії або про відмову у видачі ліцензії надсилається (видається) заявникові в письмовій формі протягом трьох робочих днів з дати прийняття відповідного рішення. У рішенні про відмову у видачі ліцензії зазначаються підстави такої відмови.

Таким чином, ЗОЗ може отримати рішення органу ліцензування протягом трьох тижнів. Однак, цей термін значною мірою залежить від якості підготовки документів, необхідних для отримання ліцензії,

та від строків та якості доопрацювання документів, відповідно до наданих органом ліцензування зауважень.

Після отримання ліцензії слід суворо витримувати ліцензійні умови.

Ліцензійні умови — це установлений перелік організаційних, кваліфікаційних та інших спеціальних вимог, обов'язкових для виконання при провадженні видів діяльності, що підлягають ліцензуванню. Нажаль, деякі керівники ЗОЗ вважають, що сама наявність чинної ліцензії є гарантією того, що їхні дії відповідають вимогам законодавства. Однак, у ліцензійних умовах встановлюється вимога щодо необхідності подання повідомлення органу ліцензування про зміну даних, зазначених у документах, що додавались до заяви про видачу ліцензії.

Наприклад, як вже зазначалось, ці умови включають кваліфікаційні вимоги (що вказані вище) до працівників, які будуть залучені до діяльності з обігу наркотичних засобів. Як правило, протягом 5-річного терміну дії ліцензії персональний склад працівників, залучених до обігу наркотичних засобів змінюється, однак повідомлення про ці зміни до органу ліцензування ЗОЗ часто не надають. Мали місце випадки, коли медичні працівники, які стали працювати в ЗОЗ вже після отримання ним ліцензії, надавали послуги ЗПТ відповідно до наказу керівника закладу, але необхідні відомості про них не були направлені до органу ліцензування. Ці працівники за результатами перевірки відповідних органів були звинувачені у незаконному обігу наркотичних засобів та відсторонені від участі в ЗПТ. Також у низці випадків не надавались повідомлення про зміну назви закладу або зміни його юридичної адреси, про початок впровадження ЗПТ у приміщенні за адресою фактичної діяльності, що не була вказана у заяві на отримання ліцензії тощо.

Таким чином, радимо медичним працівникам, що надають ЗПТ для СІН, перед початком цієї діяльності з'ясувати:

1. чи були направлені до органу ліцензування необхідні відомості про Вас під час отримання ліцензії або пізніше;
2. чи вказана адреса приміщення, в якому безпосередньо видаються препарати ЗПТ хворим, в документах, що додавались до заяви про отримання або переоформлення ліцензії;
3. чи вказано в ліцензії види діяльності, що їх Ви виконуєте в ЗПТ, а саме — діяльність з обігу наркотичних засобів, в т.ч. зберігання, перевезення, придбання, реалізація (відпуск), використання, знищення наркотичних засобів;
4. чи забезпечено умови щодо здійснення Вами цих видів діяльності.

ЧАСТИНА 6.
ДЛЯ ПСИХОЛОГІВ ТА СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Тема 1. Особливості когнітивно-поведінкової терапії. Профілактика рецидиву. Постановка цілей

Поведінкові втручання — це систематизовані заходи просвітницького, навчального та підтримувального характеру, спрямовані на зміну поведінки клієнта. Засновником когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) є американський лікар Аарон Т. Бек, який започаткував цю методику на початку 1960-х років. КПТ використовується для зміни мислення людини, її поведінки і емоційного реагування, що допомагає людині поглянути на проблему з іншого боку, побачити позитивну перспективу. Когнітивна терапія вчить людей новим стратегіям реагування та поведінковим реакціям, що в свою чергу сприяє зниженню кількості рецидивів,.

Основні цілі КПТ «допомогати клієнтам усвідомлювати, уникати і долати залежність». Тобто усвідомлювати ситуації, в яких вони найчастіше вживають ПАР, уникати таких ситуацій та проблемних форм поведінки, так чи інакше пов'язаних зі зловживанням ПАР. Деякі особливості індивідуальної КПТ роблять її перспективним методом лікування розладів, викликаних вживанням ПАР. Хоч групові методи лікування подібних розладів мають свої переваги, зокрема, моделювання взаємин і створення нових систем підтримки, вони також мають низку недоліків. Водночас індивідуальний метод дає широкі можливості зосередити увагу на конкретних проблемах і особливостях клієнта. Індивідуальний підхід також дозволяє пристосовувати втручання, відповідно до готовності клієнта до змін, до їхніх цілей і до їхніх сильних і слабких сторін при освоєнні конкретних навичок. КПТ вимагає ретельного вивчення форм поведінки, пов'язаних з вживанням ПАР, цьому процесу приділяється велика увага під час індивідуальних сесій.

КПТ представляє собою короткочасний, дещо стислий метод, що включає структуровану діяльність і адаптивні очікування. Під час сесій індивідуальної терапії клієнт може без побоювань висловлювати свої думки і змінювати їх, працювати над підвищенням самоефективності та встановлювати для себе відповідні кордони в рамках терапевтичних взаємин. Очікування при цьому полягають у тому, що кожне завдання буде відпрацьовуватися з членами родини, однолітками, співробітниками та іншими людьми з оточення клієнта.

Важливі характеристики КПТ:

- спрямована на дезадаптивну поведінку, а не на можливі причини;
- працює за принципом «тут і тепер»;
- використовує конкретні, чітко сформульовані цілі лікування;
- вибирає методи лікування, які відповідають конкретним виявленим проблемам;
- піддає свої методи емпіричній перевірці (наприклад, методи повинні викликати бажані зміни, як-от виконання завдання або досягнення мети);
- використовує принципи навчання для зміни дезадаптивної поведінки.

Сильні сторони застосування КПТ при розладах, викликаних вживанням ПАР:

- стимулює співпрацю у стосунках клієнт-терапевт;
- вимагає участі пацієнтів (активність, а не пасивність);
- має високий рівень структурованості й цілеспрямованості;
- сповідує підхід до проблеми вживання ПАР як до технологічної проблеми, що вимагає технологічного рішення, навчає клієнтів застосовувати вміння, а не тільки «силу волі» для збереження стану утримання;
- допомагає клієнтам змінювати погляди на самих себе, на своє життя і своє майбутнє.

Функціональний аналіз (ФА). Здійснюючи ФА, клієнт визначає зовнішні та внутрішні фактори, які запускають вживання ним ПАР та аналізує короткочасні позитивні наслідки та довготривалі негативні наслідки вживання кожної з ПАР. Визначаючи підкріплюючі фактори, які були актуальні для минулого, теперішнього та майбутнього клієнти стають «експертами» своїх власних проблем, з самого початку підвищуючи самоефективність. Треба робити це обережно, при необхідності впродовж одної чи двох сесій, для того щоб досягти повної залученості клієнта.

Інформація за результатами ФА створює основу для вибору конкретних модулів для навчання навичкам в ході терапії. (Окремий ФА проводиться для кожного ПАР, від якого є залежність).

Подолання потягу до вживання ПАР. Клієнтів вчать, як розпізнавати чинники, що запускають потяг і як зменшувати час та інтенсивність їх впливу. Оскільки не завжди можна уникнути контакту з відповідними стимулами, необхідно навчити клієнтів спеціальним методам копінга[16], а потім розробити план дій у різних ситуаціях високого ризику.

Навички спілкування. Невербальні та вербальні навички спілкування відпрацьовуються за допомогою моделювання в рольових іграх. Особливий акцент робиться на використанні навичок формування асертивної поведінки у відносинах з людьми, що вживають ПАР, і щодо домашніх конфліктів. Важливою є навичка усвідомлення й подолання (не плутати з придушенням) почуття гніву. Клієнтів навчають, як розпізнати ситуацію, яка запускає почуття гніву, а також внутрішні реакції, які є сигналами цієї емоції. Є розходження між гнівом як почуттям і його поведінковими проявами. Таким чином, афективні прояви представляють як природні. Щоб продемонструвати відмінності між пасивними, асертивними і агресивними реакціями, використовують рольові ігри. Вправи з релаксації (автотренінгу) також можуть використовуватися в цих цілях.

Одне із завдань КПТ — контролювання негативних афективних станів. В ході індивідуальних сесій клієнтам розповідають про депресивний ефект ПАР і навчають застосуванню когнітивної моделі для розпізнання негативних думок і для ефективної протидії цим думкам. Під час занять клієнти приводять конкретні приклади з життя, обговорюють різні варіанти поведінки в таких ситуаціях, визначають найбільш ефективні з точки зору утримання від вживання ПАР та опановують ці навички. Клієнтів просять визначити, як їхні патерни по вживанню ПАР пов'язані з їхнім настроєм (внутрішні пускові фактори). Особливу увагу слід приділяти розвитку навичок розширення сценаріїв та видів діяльності, що можуть приносити задоволення.

Навички відмови від прийому ПАР. Пояснюються і аналізуються різні види тиску (прямого й непрямого) з боку навколишнього середовища. Оскільки ухилення не завжди можливе, відпрацьовуються навички асертивної поведінки, для того щоб допомогти швидше реагу-

[16] Сталий в останні роки термін в психологічній літературі. Від англ. Coping — боротися, протидіяти. Означає оволодіння технікою, яка дозволяє протистояти шкідливим стереотипам поведінки,

вати в разі виникнення відповідної ситуації. Клієнтам пропонують придумати ситуацію високого ризику і розіграти рольову гру, включаючи в неї можливі відповіді з боку опонентів для того, щоб можна було відреагувати й на них.

Розвиток мережі соціальної підтримки. Клієнтів просять заповнити карту соціальної підтримки, в якій вказати контакти з людьми, що вживають і не вживають ПАР, а також мають позитивний чи негативний вплив. Карта соціальної мережі допоможе виявити наявну систему підтримки, а також порушення в соціальних зв'язках. Також аналізуються негативні думки, які порушують використання систем підтримки.

Навички пошуку роботи й навички навчання. Клієнтів просять визначити їхні цілі в сфері освіти та зайнятості. Можна проаналізувати фактори, що ускладнюють навчання і перешкоджають високої успішності, і застосувати методи вирішення проблем і планування для подолання цих перешкод. Ця робота повинна включати можливість виконання вправ зі складання резюме, заповнення бланків заяв, складання описів бажаних посад і репетицій інтерв'ю з питань працевлаштування. Виконання вправи — проходження співбесіди.

Подолання зривів. Клієнтів навчають, як скласти план дій при надзвичайних обставинах для подолання стресових ситуацій, і як справлятися зі зривом, якщо він виник. Дуже важливо, щоб клієнт мав чітке уявлення, що зрив та повернення до вживання нелегальних наркотиків не є проявом його «поганої сутності», але симптом хвороби. Треба допомгти клієнту позбавитись почуття провини та побудувати прагматичне ставлення до зриву, суть якого в тому, що наявність зриву потребує більш активної роботи з лікування та профілактики рецидиву. Аналізуються реакції на епізоди вживання ПАР, включаючи поведінку, думки й почуття. Це допомагає підготуватися до можливої появи деструктивних автоматичних, негативних думок.

Профілактика рецидиву. Профілактика за моделлю, яку запропонували Марлатт та Гордон, визначає чинники і приховані передумови (спосіб життя, спонукання та пристрасті), що сприяють рецидиву.

Вона також включає чисельні специфічні та глобальні стратегії втручання, які дозволяють психологу та клієнту передбачити кожен крок процесу рецидиву. Специфічне втручання включає аналіз ситуацій високого ризику для кожного клієнта та поліпшення його здатності справлятись з цими ситуаціями, підвищення впевненості у собі, усунення міфів відносно впливу ПАР, перетворення сприйняття клієнтом

процесу рецидиву. Глобальні стратегії включають урівноваження способу життя клієнта та надання йому допомоги в розвитку позитивних звичок, з використанням техніки контролю стимулів та техніки управління потягами.

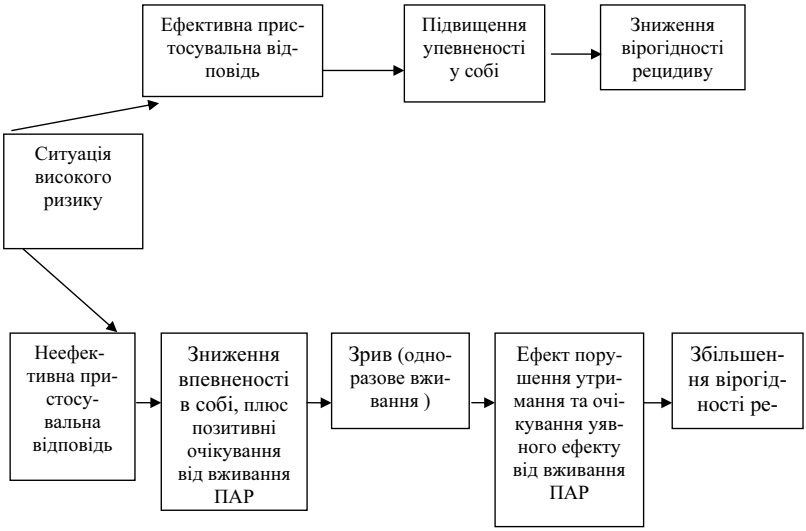
Безпосередні чинники рецидиву. *Ситуації високого ризику*. Центральна концепція моделі передбачає, що ситуації, які пов'язані з високим ризиком вживання зазвичай служать прямими стимул-реакціями ініціації вживання ПАР після періоду утримання. Відповідно до моделі, людина, яка почала зміну поведінки, повинна почати відчувати підвищення упевненості в собі, відчуття контролю над своєю поведінкою, які повинні зростати, в міру того, як клієнт продовжує підтримувати зміни.

Схема когнітивно-поведінкової моделі розвитку рецидиву (мал. 9) надає центральну роль ситуаціям високого ризику та відповіді клієнта на ці ситуації. Люди з ефективними адаптивними навичками мають впевненість, що вони можуть впоратися з цими ситуаціями (підвищена упевненість в собі), таким чином знижуючи вірогідність рецидиву. І навпаки, люди з неефективними поведінковими відповідями переживатимуть зниження впевненості в собі, яка разом з очікуванням позитивного ефекту від вживання ПАР (позитивний результат очікувань) може призвести до початку зриву. Цей зрив (падіння) в свою чергу може призвести до відчуття провини та невдачі (краху) (ефект порушення утримання).

Ефект порушення утримання разом з позитивним результатом очікувань може підвищувати вірогідність рецидиву. Деякі ситуації або події, проте, можуть бути загрозою відчуттю контролю людини і, як наслідок, прискорювати кризу рецидиву. Марлатт (1996) описав емоційні, інтерперсональні характеристики і характеристики довкілля, що індукують ситуації.

Деякі типи ситуацій можуть грати провідну роль у розвитку рецидиву, а саме:

- Негативні емоційні стани, як-от гнів, тривога, депресія, фрустрація і нудьга. Ці емоційні стани можуть бути викликані певними ситуаціями (відчуття нудьги або самотності при поверненні після роботи в порожній будинок) або реакціями на навколишні події (звільнення з роботи).
- Ситуації, що припускають присутність іншої людини або групи людей, особливо інтерперсональний конфлікт (суперечка з членом сім'ї).



Мал. 9. Когнітивно-поведінкова модель розвитку рецидиву

- Соціальний тиск, що включає два напрямки вербальні й невербальні переконання та непрямий тиск (перебування в колі тих, хто вживає ПАР) сприяли понад 20 відсоткам випадків виникнення рецидиву.
- Позитивні емоційні стани (свята) або сигнали (реклама алкогольних напоїв або вигляд улюбленого кафе), перевірка власного контролю (використовуючи «силу волі» для обмеження вжитку) і неспецифічні страхи також були визначені як ситуації високого ризику, які можуть викликати прискорення рецидиву.

Пристосування. Хоча модель визначає ситуацію високого ризику як прямий тригер рецидиву, насправді це відповідь людини на ситуацію визначає, чи буде він або вона робити помилку (починати вживання). Пристосування в ситуаціях високого ризику є надзвичайно важливим чинником, що визначає вірогідність того або іншого результату. Таким чином, особа, яка може застосувати ефективну стратегію пристосування (поведінкова стратегія, наприклад відхід від цієї ситуації або когнітивна стратегія як-от позитивне самонавіювання) менше схильна до можливості рецидиву, порівняно з особою, в якої не виста-

чає цих здібностей. Більш того, люди, які вдало впоралися з ситуацією високого ризику, зазвичай переживають підвищення відчуття впевненості в собі (особисте відчуття повного володіння ситуацією високого ризику). І навпаки, люди з низькою впевненістю в собі відчувають брак мотивації або здатності чинити опір потягу до вживання в ситуаціях високого ризику.

Ефект порушення утримання. Існує критична відмінність між порушенням утримання (первинний зрив) і поверненням до неконтрольованого вживання або відмови від утримання (повністю розвинутий рецидив). Хоча дослідження різних залежностей показало, що зрив надзвичайно підвищує ризик можливого рецидиву, але перехід зриву в рецидив не є неминучим. Марлатт і Гордон (1980, 1985) описали реакцію людини на зрив, так званий ефект порушення утримання, який може впливати на можливість переходу зриву в рецидив. Ця реакція зосереджується на емоційній відповіді людини, що зловживає ПАР, на початкове порушення і на причинах, яким він або вона приписує ці порушення. Клієнти, які приписують порушення своїм власним невдачам, напевно відчувають провину та негативні емоції, які можуть, в свою чергу, призвести до збільшення прийому ПАР, як до подальшої спроби уникнути або втекти від провини або невдачі. Більш того, клієнти, які приписують порушення утримання незмінним, постійним, внутрішнім чинникам, що перебувають поза контролем («у мене немає сили волі, я ніколи не буду здатний припинити зловживання») більш схильні до невдалих спроб утримання (і виникнення повністю розвинутого рецидиву) ніж ті, хто пояснює зрив своєю нездатністю справлятися зі специфічними ситуаціями високого ризику.

Приховані чинники, які сприяють ситуаціям високого ризику. Хоча ситуації високого ризику можуть розглядатися як прямі чинники рецидиву, певна кількість менш очевидних чинників також впливають на цей процес. Ці приховані передумови включають чинники способу життя, як-от загальний стресовий рівень, а також когнітивні чинники, які можуть служити «установкою» рецидиву: раціоналізація, зречення, бажання негайного задоволення (спонукання і пристрасть). Ці чинники можуть збільшувати уразливість людини до рецидиву через більшу схильність до ситуацій високого ризику і зниження мотивації опору прийому ПАР в ситуаціях високого ризику. У багатьох випадках ініціація порушення виникає в абсолютно несподіваних ситуаціях високого ризику, до яких людина не підготовлена.

Проте, при моделюванні рецидиву можна виявити серії прихованих рішень або вибору, кожен з яких на перший погляд не має стосунку до справи, але в комбінації заводять клієнтів у ситуації з надзвичайно високим ризиком. Такого роду рішення були названі «уявно нерелевантними (що не мають відношення до питання) рішеннями», оскільки не можна відкрито сказати, що вони впливають на рецидив, але все-таки по суті, вони допомагають наблизити клієнта до грані рецидиву.

Приховані передумови, які визначають рецидив, тактики впливу для визначення та профілактики або їх уникнення. Урівноважений спосіб життя є важливим аспектом в профілактиці рецидиву. Якщо стреси не збалансовані адекватним їх управлінням, клієнт буде більш схильний до вживання ПАР, намагаючись полегшити стрес або втекти від нього. Ця реакція зазвичай призводить до бажання відчути задоволення, яке часто переростає в спонукання та потяг. Два когнітивні механізми, які сприяють прихованому плануванню рецидиву — раціоналізація й заперечення.

Клієнти, яким не вистачає адекватних пристосувальних навичок для контролю над цими ситуаціями, переживають невпевненість щодо здатності справлятися з ними (занижена впевненість у собі). Більш того, ці клієнти часто мають позитивні очікування відносно ефекту впливу ПАР (ефект очікування). Ці чинники можуть ініціювати вживання (порушення), що викликають ефект порушення утримання, який, в свою чергу, впливає на перебіг процесу аж до повного рецидиву. Постійне спостереження за собою, оцінка поведінки, аналіз думок про рецидив і опис останніх рецидивів може допомогти визначити ситуації, які пов'язані з високим ризиком зриву для даного клієнта. Специфічні стратегії втручання (тренування навичок, репетиція рецидиву, навчання та когнітивна перебудова) та загальні стратегії (тренування розслаблення, управління стресом, домовленості щодо обмеження вживання) можуть допомогти знизити вплив чинників рецидиву.

Чинники способу життя. Прихована передумова, найбільш пов'язана з ризиком рецидиву, стосується стан рівноваги між вимогами («треба»), що відчуваються зовні, і внутрішніми задоволенням або активністю, що приносить задоволення («хочу») в житті людини. Людина, чиє життя повне вимог, може переживати постійний стрес, який не лише може генерувати негативні емоційні стани, таким чином створюючи ситуації високого ризику, але також збільшує прагнення людини до задоволення і раціоналізації того, що це потурання власним забаганкам виправдане. Якщо немає інших задоволень, не пов'язаних зі

вживанням, то така людина розглядає вживання ПАР як єдиний засіб задоволення або угамування болю.

Спонукання та пристрасть. Бажання негайного отримання задоволення може приймати безліч форм, і деякі люди можуть переживати спонукання або пристрасть до вживання ПАР. Пристрасть, що не проходить, може ослабити зобов'язання клієнта утримуватися від вживання, тоді як його бажання негайного задоволення зростає. Цей процес може призвести до рецидиву або підвищувати уразливість клієнта до ситуацій високого ризику. Тому Марлатт і Гордон (1985) визначили потяг як відносно несподіваний імпульс, який призводить до вживання ПАР, тоді як пристрасть визначається як суб'єктивне бажання випробувати ефект або відчути наслідки.

Специфічні стратегії впливу. Метою специфічних стратегій впливу є визначення та вирішення ситуацій, пов'язаних з ризиком зриву, підвищення впевненості у собі, контроль над порушенням утримання та когнітивна перебудова — навчання клієнта передбачити можливість рецидиву та розпізнати його, а також справлятись з ситуаціями високого ризику. Ці стратегії також спрямовані на поліпшення впізнання клієнтом когнітивних, емоційних та поведінкових реакцій для того, щоб не допустити переходу зриву у рецидив. Перший крок у цьому процесі — це навчання клієнтів профілактиці рецидиву та ознайомлення їх з загальною картиною процесу. Наприклад, психолог може використовувати метафору зміни поведінки, як подорож з простими та складними ділянками дороги з дорожніми знаками (знаки «уваги») задля забезпечення управління рухом. Відповідно до цієї метафори, навчання передбаченню та плануванню в ситуаціях високого ризику під час утримання від вживання, це еквівалент хорошої дорожньої карти, добре оснащеного набору інструментів, повний бак пального та запасна покришка для поїздки.

Визначення та вирішення ситуацій високого ризику. Для визначення та планування запобігання та вирішення ситуацій високого ризику, клієнт має спочатку визначити ситуації, в яких він може відчути труднощі, або зіткнутись з підвищеним бажанням вжити ПАР. Ці ситуації можна визначити за допомогою різноманітних стратегій оцінки. Наприклад, психолог може розпитувати клієнта про його останні зриви або рецидиви та думки, які при цьому виникали, для того, щоб визначити ситуації, в яких у клієнта були або могли бути труднощі. Для цього йому можна запропонувати постійно вести записи щодо ситуацій, емоцій та інтерперсональних чинників, пов'язаних зі вживанням або

бажанням спожити. Такі записи дозволяють клієнту аналізувати ситуації, які призвели до небажаних наслідків (вживання) та стати більш досвідченим щодо його причин. Ті клієнти, які вже утримуються, можуть використовувати спостереження за собою для оцінки ситуації, в яких спонукання переважали. Щоб збільшити вірогідність, що клієнт зможе та буде використовувати нові навички, якщо виникне необхідність, психолог може запропонувати рольові ігри та розвиток або моделювання потенційних ситуацій високого ризику.

Підвищення впевненості у собі. Іншим підходом до профілактики рецидиву та підтримки позитивних змін у поведінці є використання процедур, які підвищують ефективність, а саме стратегій, які додають клієнтові впевненості, що він володіє ситуацією та має здатність управляти складними ситуаціями, не порушуючи утримання. Однією з найважливіших стратегій, які використовуються в профілактиці рецидиву, є акцент на співпраці клієнта та психолога. В моделі клієнт заохочується до прийняття ролі колеги («компетентний клієнт»), щоб стати об'єктивним споглядачем власної поведінки. В міру розвитку почуття об'єктивності клієнт стає більш здатним розглядати споживання ПАР як свою залежність та взяти на себе більшу відповідальність за зловживання та направити зусилля на те, щоб це зупинити. Клієнтів навчають, що зміна навичок — це процес набуття нових навичок, кращих, ніж випробування сили волі. Коли клієнт набуває нових навичок та з успіхом їх використовує, він може перенести цей процес на інші ситуації, що потребують оволодіння новими навичками. Ще одна ефективна стратегія поділяє загальні завдання зміни поведінки на менші, простіші підзавдання, які можуть бути виконані за невеликий проміжок часу. Таким чином, замість того, щоб концентруватись на віддаленій меті (утримання протягом всього життя), клієнт заохочується до постановки більш простих цілей, як-от засвоєння правильної поведінки в ситуації високого ризику або проведення одного дня без зриву. Оскільки підвищення впевненості в собі близько пов'язане з досягненням поставленої мети, успішне виконання поставлених завдань — це стратегія поліпшення почуття самовладання. Психолог також може підтримувати та збільшувати впевненість у собі, забезпечує зворотній зв'язок з клієнтом відносно виконання нових завдань, навіть тих, які не пов'язані зі вживанням. В основному виконання простих завдань (прийти на призначену зустріч вчасно) може значно збільшити почуття впевненості у собі клієнта. Цей успіх може потім мотивувати спроби клієнта до підвищення своєї самоо-

цінки та своєї здатності успішно оволодіти навичками, необхідними для того, щоб змінитися.

Управління зривом. Незважаючи на попередження та підготовку, багато клієнтів, переживають зрив. Управління зривом включає домовленість з клієнтом обмежити збільшення вживання, як найшвидше прийти на консультацію до психолога після зриву та оцінити ситуацію з метою визначити фактори, що викликали зрив. Ці інструкції знов підкреслюють важливість припинення зловживання ПАР та безпечного виходу з ситуації, яка може призвести до зриву. Деяким клієнтам план на випадок зриву може ніколи не знадобиться, але адекватне приготування значно зменшить шкоду, якщо зрив все-таки станеться.

Когнітивна реконструкція. Когнітивна реконструкція — це процес сприяння клієнтам у зміні їхнього сприйняття процесу рецидиву. Зокрема, когнітивна реконструкція це критичний компонент втручань з метою знизити ефект порушення утримання. Клієнти навчаються розглядати зрив не як невдачу або приклад браку сили волі, а як помилку в навчанні, яка вказує на необхідність більш детального проектування для ефективнішого вирішення подібних ситуацій у майбутньому. Ця переоцінка епізодів зриву може знизити схильність клієнта розглядати зриви як персональні невдачі або моральну слабкість, а також позбавити відчуття, що зрив неминуче призведе до рецидиву.

Загальні стратегії самоконтролю способу життя. Специфічні стратегії можуть бути безпосередньо направлені на фактори, які сприяють рецидиву, вони також важливі для того, щоб змінити індивідуальні чинники і приховані передумови ситуацій високого ризику. Загальні стратегії самоконтролю, розроблені для зміни способу життя клієнта, покращують рівновагу, здатність визначити приховані передумови рецидиву (сигнали раннього попередження, когнітивні викривлення і установки рецидиву).

Збалансований спосіб життя. Оцінка факторів способу життя, пов'язаних з підвищеним стресом і зниження рівноваги є першим важливим кроком у навчанні загальним стратегіям управління своїм станом. Ця оцінка може бути виконана за допомогою підходів, в яких клієнт постійно спостерігає за своєю активністю протягом дня, визначаючи активність кожного «хочу» і «потрібно» чи комбінації їх обох.

Тренування специфічних когнітивно-поведінкових навичок, як-от тренування розслаблення, управління стресом і управління часом, можуть бути використані, щоб допомогти клієнту досягти кращого способу життя. Допомога клієнтові в розвитку «корисних звичок» — ді-

яльності (медитація, вправи або йога), що має довготривалий вплив на настрій, здоров'я і пристосовність — це ще один шлях поліпшення способу життя. Впевненість у собі часто зростає як результат розвитку корисних звичок, що значною мірою обумовлено відчуттям успішного оволодіння новими навичками завдяки зробленій роботі.

Техніка контролю стимулів. Техніки контролю стимулів є відносно простими, але водночас ефективними для зменшення потягу у відповідь на певний стимул, особливо на ранніх етапах утримання. Ці техніки заохочують клієнта прибрати всі речі, безпосередньо пов'язані з уживанням, зі свого будинку або машини. Йдеться про всі предмети, які можуть нагадувати про вживання або служити сильною спокусою.

Подібним чином, певні соціальні події або інші ситуації високого ризику можуть асоціюватися зі зловживанням ПАР до такої міри, що можуть викликати потяг до вживання в ранній період утримання. Підходи, які допомагають клієнту вибирати поведінку, що дозволяє уникати ризикованих ситуацій або ж проблемних місць чи подій, також може допомогти в профілактиці зриву.

Техніки управління спонуканнями. Навіть за умови контролю стимулів і поліпшення життєвої рівноваги більшість клієнтів не можуть повністю уникнути потягу до ПАР. Тому важливим аспектом профілактики рецидиву є навчання клієнтів передбаченню і прийняттю цих реакцій як «нормальної» умовної відповіді на зовнішні стимули. Клієнт навчається впізнавати потяг, як емоціональну або фізіологічну відповідь на зовнішні стимули в своєму житті.

Постановка цілей. Важливим є також набуття навичок ставити собі цілі та досягати їх. Ціль задає напрямок руху та вказує на бажану кінцеву точку призначення. Цілі повинні бути реалістичними та досяжними. Треба допомогти клієнтам формулювати цілі та визначати строки їх досягнення (що зробити, коли зробити). Для досягнення довгострокової цілі потрібно розділити її на кілька завдань, що можуть бути виконані в короткій перспективі. Поступово ставити завдання та з визначеною періодичністю розглядати успіхи, чи, навпаки, невдачі. За допомогою консультанта переглядати цілі, якщо вони досягнуті, ставити нові. Якщо з якоїсь причини вони не виконані, проаналізувати з якої причини, що завадило, що та хто може допомогти у вирішення цього питання тощо. Досягнуті цілі підвищують самооцінку клієнта, сприяють самоорганізації й роблять його більш впевненим у тому, що він може самостійно впоратись з завданнями, які сам перед собою ставить.

Тема 2. Сімейне консультування. Робота зі спротивом у сімейному консультуванні. Системні запити

Сім'я — це відкрита психосоціальна система, яка перебуває в постійній взаємодії з навколишнім соціальним середовищем. Це самоорганізована система, тобто її поведінка й регуляція закладені в ній самій. Люди, які складають сім'ю, діють так чи інакше під впливом правил, прийнятих в цій системі, а не тільки під впливом своїх потреб та мотивів. Система первинна стосовно елементів, з яких вона складається. Об'єктом психотерапевтичного впливу повинна бути вся сімейна система вцілому, а не окрема людина як елемент цієї системи.

Закони функціонування сімейних систем. Життя сімейної системи підпорядковується двом законам: закону гомеостазу і закону розвитку. Закон гомеостазу: будь-яка система прагне до сталості та стабільності. Для сім'ї це означає, що вона в кожен момент часу свого існування прагне зберегти status quo. Порушення цього статусу завжди болить всім членам сім'ї, незважаючи на те, що події можуть бути й радісними (наприклад народження дитини) чи довгоочікуваними, (наприклад, одруження чи навпаки розпад нестерпного шлюбу тощо) Водночас діє інший закон — розвитку. Всі сімейні системи прагнуть пройти повний життєвий цикл. Сім'я в своєму розвитку проходить визначені стадії, які пов'язані з деякими об'єктивними обставинами. Однією з таких обставин є фізичний час. Вік членів сім'ї весь час змінюється і обов'язково змінює сімейну ситуацію. Кожному віковому періоду життя людини відповідають певні психологічні потреби, які людина прагне реалізувати. Разом з віком змінюються й запити взагалі й до близьких зокрема. Це визначає стиль спілкування і, відповідно, саму сім'ю. Народження дитини, смерть близької людини, подорослішання дітей, залежність одного з членів сім'ї — все це суттєво змінює структуру сім'ї та якість взаємодії членів сім'ї між собою.

Властивості сімейної системи. Особливості взаємин членів сім'ї:

- Гласні та негласні правила життя в сім'ї;
- Сімейні міфи;
- Стабілізатори сімейної системи;
- Сімейні кордони;
- Історія сім'ї;

Варіанти роботи з опором у сімейному консультуванні. Спротив в цьому випадку можна розглядати як спосіб забезпечити автоно-

мію, встановити прийнятні для себе кордони, як спробу зберегти звичні стереотипи поведінки та зменшити рівень тривоги.

Типові ситуації опору сім'ї:

- Сім'я заперечує наявність проблеми або вважає, що самостійно може впоратися з нею.
- Один з подружжя вважає консультацію необхідною, а другий заперечує, активно чи пасивно вчиняючи опір щодо включення у розмову про власні переживання та стосунки з іншими членами сім'ї.
- Сім'я намагається представити свої проблеми як проблеми одного з її членів, в ролі якого зазвичай виступає залежний член родини.
- Сім'я висловлює сумніви в компетентності консультанта, підкреслює його молодість, брак досвіду у вирішенні проблем цієї сім'ї, статеву приналежність тощо. Члени сім'ї ставлять консультанту питання про його особисте життя, його сім'ю, цікавляться, як він в своєму житті вирішує подібні проблеми.
- Сім'я порушує первинній контракт (наприклад, пропускає зустріч один із членів сім'ї або вся сім'я в цілому).
- Члени сім'ї можуть ігнорувати консультанта, включившись у бурхливу емоційну взаємодію один з одним.

Проблема, з якою найчастіше доводиться мати справу — *співзалежність*. Це комплексне психологічне (не психопатологічне) явище, яке проявляється залученістю близької людини — подружжя або родича до процесу формування та перебігу залежності в сім'ї.

Симптоми співзалежності:

1. Порушення нормального ритму життя сім'ї.
2. Відмова членів сім'ї до певної міри від звичайної роботи, розваг.
3. Підпорядкування життя сім'ї стану та настрою наркозалежного.
4. Почуття провини батьків за те, що сталося.
5. Постійні взаємні обвинувачення.
6. Брак уваги до інших дітей та членів родини.

Тема 3. Психологічна допомога у кризових ситуаціях

Криза (психологічна) — це стан людини, при якому неможливе (або вкрай некомфортне) подальше існування в рамках попередньої поведінкової моделі. Криза виникає при блокуванні цілеспрямованої життєдіяльності зовнішніми стосовно особистості причинами (фрустрацією) або внутрішніми причинами, які обумовлені ростом, розвитком особистості і її переходом до іншого життєвого циклу, етапу розвитку. У цьому розумінні кризи (кризи віку) переживаються кожною людиною. Психотерапевтична допомога необхідна людям не просто в кризовому стані, а в ситуації «патологічної кризи». Це, насамперед, кризові стани, що супроводжуються патологічною або непатологічною ситуативною реакцією, але проявляються невротичною реакцією, невротичною депресією, психопатичною або патохарактерологічною реакцією. У 1960-і рр. список кризових станів поповнився за рахунок концепції «криз родини». Крім того, до кризових станів можна віднести так звані кризи ідентичності (Положий Б. С., 1991) — надмірно пережиті людьми різкі зміни укладу суспільного життя, а також кризові стани в структурі стресових і постстрессових розладів (Александровский Ю. А., 1997). Учасники програм ЗШ та ЗПТ перебувають у постійному кризовому стані через свій фізичний і психологічний стан. У цьому сенсі всі види консультативної допомоги учасникам програм ЗШ можна вважати кризовим консультуванням. Але в роботі психолога до уваги береться фактор адаптованості людини до умов її життя, і саме нездатність витримувати перевантаження визначає ступінь патологічності кризи. Консультативна допомога людям у кризових станах передбачає використання спеціальних психотерапевтичних навичок.

Найбільш значимим фактором «патологічних» кризових станів, що визначають кризову терапевтичну тактику, є суїцидальні тенденції (суїцидальні думки та суїцидальна поведінка). Суїцидальні тенденції можуть входити в структуру клінічних проявів кризових станів і бути своєрідною відповіддю на надмірні, суб'єктивно нестерпні страждання. У вітчизняній літературі також використовується термін соціально-психологічна дезадаптація. Відповідно до її концепції причиною суїцидального поводження є конфлікти й втрати у високозначимій для особистості сфері. В разі переходу нервово-психічного або психосоматичного захворювання в хронічну стадію також підвищується ризик виникнення патологічних форм реакцій на кризовий стан. Суїцидні установки людей в такому стані пов'язані з перебільшенням значу-

щості зовнішньої ситуації порівняно з цінністю власного життя. Подібні установки перешкоджають прийняттю оптимального способу виходу із кризової ситуації, а при повторній втраті або погрозі втрати домінуючих цінностей знову ініціюють суїцидальні тенденції.

У структурі суїцидонебезпечних реакцій виділяють три компоненти: афективний, когнітивний і поведінковий. Змістом афективного компонента служать, зокрема, переживання емоційної ізоляції й безвихідності ситуації. Найбільш частими модальностями афекту є реакції тривоги, депресії, туги, образи. У ряді випадків відзначається апатія, відчуття безсилля, прагнення до самоти. Когнітивний компонент суїцидального кризового стану включає уявлення про власну непотрібність, неспроможність, безцільність і муку подальшого життя, висновок про неможливість вирішення кризи через відсутність часу або можливості.

Поведінковий компонент, крім власне суїцидального поводження, включає також і поведінкову, часто високу, активність у спробах виходу із кризового стану, у тому числі використання неадаптивних варіантів копінг-поведінки типу «втечі в алкоголізацію й наркотизацію», агресивних проявів.

При роботі із суїцидальними кризовими пацієнтами враховується рівень мотивації на участь у психотерапії:

1) конструктивний — з очікуванням допомоги в подоланні кризової ситуації;
2) симптоматичний — з установкою лише на ліквідацію симптомів;
3) маніпулятивний — зі спробою використання впливу психотерапевта для поліпшення ставлення до себе учасників конфлікту;
4) демобілізуючий — з відмовою від психотерапії.

Принципи й завдання кризової терапії. Принципові відмінності від методів психотерапії, що застосовуються в клініці межових станів:

1) ургентний характер допомоги, пов'язаний, по-перше, з наявністю життєво важливої для пацієнта проблеми, що вимагає невідкладного активного втручання психотерапевта в ситуацію, і, по-друге — з вираженою потребою пацієнтів в емпатичній підтримці й на початку — в керівництві їхньою поведінкою;
2) націленість на виявлення й корекцію неадаптивних когнітивних феноменів, що призводять до розвитку суїцидальних переживань і сприятливих рецидивів суїцидонебезпечного ризику;

3) пошук і тренінг невипробуваних пацієнтом способів вирішення актуального міжособистісного конфлікту, які підвищують рівень соціально-психологічної адаптації, забезпечують особистісний ріст, підвищення фрустраційної толерантності.

За своїм характером кризова психотерапія. близька до когнітивно-поведінкової психотерапії й включає три етапи: кризова підтримка, кризове втручання й підвищення рівня адаптації, необхідного для вирішення конфліктної ситуації.

Терапевтичні завдання на етапі кризової підтримки відповідають рівню наявної терапевтичної мотивації. На етапі кризового втручання здійснюється корекція психотерапевтичного контракту з постановкою терапевтичних завдань, що дозволяють змінити ставлення пацієнта до кризової ситуації.

Схематично завдання кризового втручання можуть бути представлені у вигляді індивідуальної програми, що включає конкретні терапевтичні цілі (мішені) для пацієнта з високим суїцидальним ризиком (при першому зверненні).

Схема індивідуальної програми кризової терапії.

Етап кризової підтримки:

1. Установлення терапевтичного контакту.
2. Розкриття суїцидонебезпечних переживань.
3. Мобілізація адаптивних варіантів копінг-поведінки (поведінка, яка допомагає впоратись з проблемою) й особистісних психологічних захистів.
4. Висновок психотерапевтичного контракту.

Етап кризового втручання:

1. Когнітивний аналіз невипробуваних способів вирішення кризової проблеми.
2. Виявлення неадаптивних когнітивних механізмів, що блокують оптимальні способи вирішення кризової ситуації.
3. Корекція неадаптивних когнітивних механізмів.

Етап підвищення рівня адаптації:

1. Поведінковий тренінг невипробуваних способів вирішення кризової ситуації.
2. Вироблення навичок самоаналізу й самоспостереження за неадаптивними механізмами, а також їхнє подолання.
3. Введення нових значимих осіб для підтримки й допомоги після закінчення кризової терапії.

Кризова психотерапія застосовується в трьох основних формах: індивідуальній, сімейній та груповій.

При індивідуальній кризовій психотерапії застосовуються різні методи й варіанти короткострокової психотерапії, які проводяться з дотриманням зазначених вище етапів. Особливостями індивідуальної кризової терапії є використання спеціальних технічних прийомів. Так, на етапі кризової підтримки при встановленні психотерапевтичного контакту застосовується прийом вислуховування, що є надзвичайно важливим у зв'язку з тим, що це фактично єдиний спосіб, що дозволяє, при його правильному застосуванні, значно дезактуалізувати травмуючі переживання у короткий термін. Можна вважати, що кризова терапія неможлива без цього прийому, і майстерність психолога полягає в тому, щоб будь-якими засобами «розговорити» пацієнта й створити умови для проговорювання ним травмуючих переживань. Пацієнта при цьому вислуховують терпляче й співчутливо, психолог забезпечує емпатичну обстановку, сприяє катарсичному відреагуванню пацієнта. В умовах надання консультативної кризової допомоги в програмах зменшення шкоди це завдання іноді важко втілити. Завжди потрібно враховувати високий ризик як реалізації суїциду, так і ймовірність маніпулятивної поведінки пацієнта. Саме тому варто втримувати в полі зору психологічний стан пацієнтів.

Не слід переривати мову пацієнта (надзвичайно важливе правило!). На цьому етапі роботи виключаються конфронтація й інші активні елементи психотерапії. Вислуховування пацієнта — основний елемент розкриття суїцидонебезпечних переживань. Також важливо дати пацієнтові можливість висловити та пережити в присутності терапевта свої почуття. Не треба казати пацієнту, що його почуття на мають достатніх підстав. Слід слухати пацієнта безоцінково. Психотерапевтичні завдання встановлення контакту й розкриття суїцидонебезпечних переживань вважаються виконаними, коли пацієнт самостійно перестає говорити на травмуючу для нього тему, і самостійно ж вибирає іншу тему. За невербальними ознаками відзначається зниження емоційної напруги й емоційна розрядка пацієнта при штучно організованому терапевтом звертанні до травмуючої теми. Завдання встановлення терапевтичного контакту й прийом вислуховування вимагають у деяких випадках 4–5 зустрічей. Далі реалізується терапевтичне завдання актуалізації адаптивних варіантів копінг-поведінки й особистісних захистів, які вимагають обов'язкової емоційної підтримки пацієнта. Реалізуючи це завдання, психотерапевт актуалі-

зує антисуїцидальну мотивацію шляхом звернення пацієнта до минулих досягнень і майбутніх перспектив. Важливо вивести пацієнта з тої позиції, в якій він перебуває, на більш перспективну і привабливу. Прояви особистісної неспроможності пацієнта не інтерпретуються й не аналізуються. Опір пацієнта ігнорується. Етап кризової підтримки завершується висновком психотерапевтичного контракту, основне завдання якого у кризовій терапії полягає у локалізації кризової ситуації й проблематики. У цілому завдання кризової підтримки вважаються виконаними, коли куповані афективні розлади, що значно знижує актуальність суїцидальних тенденцій і дозволяє перейти до етапу кризового втручання.

Кризове втручання має своєю метою реконструкцію порушеної мікросоціальної сфери пацієнта й когнітивної перебудови його уявлень про причини й шляхи виходу із кризи. На цьому етапі застосовуються відомі технічні прийоми когнітивно-поведінкової психотерапії. Особливістю психотерапевтичної роботи є точне фокусування пацієнта на терапевтичних завданнях етапу й ігнорування його прагнення повернутися до обговорення симптоматики й інших незначущих проблем. На етапі підвищення рівня адаптації застосовуються різні варіанти поведінкової психотерапії, проводиться індивідуальний поведінковий тренінг, що може бути реалізовано через систему домашніх завдань пацієнтові.

Сімейна кризова психотерапія показана в ситуації, коли кризовий стан визначається сімейно-побутовими конфліктами. Особливе значення таких конфліктів, очевидно, полягає в тому, що кризовий пацієнт втрачає підтримку свого найближчого оточення, і в нього виникає почуття самотності на тлі емоційної ізоляції. Виділяють два варіанти зазначених конфліктів: сімейно-подружній конфлікт (або ширше конфлікт між сексуальними партнерами) і конфлікт між родичами (у тому числі між батьками й дітьми). Особливо небезпечною вважається ситуація розлучення (розриву стосунків між сексуальними партнерами): розведені звертаються до самогубства як до способу вирішення кризової ситуації в 5 разів частіше, ніж одружені.

На відміну від пацієнтів, які звертаються за сімейно-подружньою психотерапією, кризові пацієнти, по-перше, виявляють суїцидальні тенденції, по-друге, як правило, перебувають на пізніх стадіях сімейної кризи. В зв'язку з цим сімейна кризова психотерапія відрізняється від традиційних форм сімейно-подружньої психотерапії тим, що вона спрямована на усунення суїцидонебезпечних тенденцій шляхом

найшвидшого вирішення сімейної кризи, а НЕ на збереження родини. Сімейна кризова психотерапія можлива й показана тільки у випадку власної ініціативи членів родини.

Групова кризова психотерапія є високоспецифічною формою терапії, яка задовольняє підвищену потребу кризового пацієнта в психологічній підтримці й практичній допомозі з боку оточення. На відміну від традиційної групової психотерапії межевих хворих, групова кризова терапія спрямована на вирішення актуальної життєвої ситуації. Це обумовлює короткостроковість, інтенсивність й її проблемну орієнтацію. У фокусі занять кризової групи перебувають високозначимі для пацієнтів взаємини в їхньому реальному житті, а НЕ взаємодії, що відбуваються між членами групи «тут і зараз». Показаннями для цього виду терапії є: 1) наявність суїцидальних тенденцій або висока ймовірність їхніх поновлень при погіршенні кризової ситуації; 2) виражена потреба в психологічній підтримці й практичній допомозі, установленні значимих відносин замість втрачених, необхідність створення терапевтичної й життєвої оптимістичної перспективи, розробка й перевірка нових способів адаптації; 3) готовність обговорювати свої проблеми в групі, розглядати й сприймати думки учасників групи з метою терапевтичної перебудови, необхідної для вирішення кризи й профілактики її рецидиву в майбутньому. Розміри кризової групи обмежуються 10 учасниками. Звичайно в неї включають двох пацієнтів з високим суїцидальним ризиком, оскільки взаємна ідентифікація сприяє публічному розкриттю й обговоренню ними своїх суїцидальних переживань. Більше двох таких пацієнтів створюють труднощі в роботі групи, вимагаючи занадто багато часу й уваги, що шкодить іншим членам групи, створюючи тяжку песимістичну атмосферу. Групові заняття проводяться до 5 разів на тиждень і тривають 1,5–2 години. В умовах роботи програм ЗШ подібна робота може бути включена у зустрічі груп взаємодопомоги, відповідно до їхніх планів.

Предметом роботи з учасниками програм ПТАО досить часто є кризові ситуації, пов'язані з їхнім фізичним станом, втратою розуміння смислів життя, складними стосунками з батьками, дітьми, сусідами ін. Важливо вчасно визначити погіршення у стані таких пацієнтів і провести необхідну роботу. Планувати таке консультування можна за наведеними принципами, враховуючи конкретну ситуацію та її дійових осіб. Але кризова психокорекція має надаватись лише спеціалістами, які мають для цього необхідні знання і досвід. В іншому випадку результа-

том втручання можуть стати погіршення стану як пацієнта, так і самого консультанта внаслідок надмірного занурення у проблему клієнта і відсутності досвіду виходу з такого стану. Подібні втручання сприяють професійному і емоційному вигоранню спеціалістів ЗПТ. Саме тому важливо надавати необхідну допомогу фахово.

Тема 4. Синдром вигорання. Причини вигорання

Професійне вигорання — це синдром, який розвивається на тлі хронічного стресу та призводить до виснаження емоційно-енергетичних і особистих ресурсів працівника. Професійне вигорання — сукупність негативних переживань, пов'язаних з роботою, колективом та всією організацією в цілому.

Професійне вигорання виникає внаслідок внутрішнього накопичення негативних емоцій, коли людина немає можливості їх «виплеснути» та таким чином «звільнитися» від них. Синдром професійного вигорання має діагностичний статус у «Міжнародній класифікації хвороб — 10». « Z-73 — хвороби, пов'язані с труднощами управління власним життям». Професійне вигорання — сукупність негативних переживань, пов'язаних з роботою, колективом та всією організацією в цілому. Це — один з видів професійної деформації особистості. Нерідко виявляється у фахівців, вимушених під час виконання своїх обов'язків тісно спілкуватися з людьми. Ознаки професійного вигорання:

1) почуття байдужості, емоційного виснаження, знемоги (людина не може віддаватися роботі так, як це було раніше);
2) розвиток негативного ставлення до своїх колег і клієнтів;
3) негативне професійне самосприйняття — відчуття власної некомпетентності, нестачі професійної майстерності.

Симптоми, які складають синдром професійного вигорання, умовно можна поділити на три основні групи: психофізичні, соціально-психологічні та поведінкові.

У числі психофізичних симптомів професійного вигорання, зокрема, виділяють:

- відчуття постійної, хронічної втоми не лише вечорами, але й вранці, одразу після сну;
- відчуття емоційного та фізичного виснаження;
- зниження сприйнятливості та реактивності на зміни зовнішнього середовища (відсутність реакції цікавості на чинник новизни або реакції страху на небезпеку);
- загальна астенізація (слабкість, зниження активності та енергії, погіршення біохімії крові й гормональних показників);
- частий безпричинний головний біль;
- різка втрата або різке збільшення ваги;

- повне або часткове безсоння (швидке засинання і безсоння вранці, або, навпаки, нездатність заснути ввечері і «важке» пробудження вранці, коли потрібно вставати на роботу);
- постійна загальмованість, сонливість і бажання спати протягом всього дня;
- задишка або порушення дихання під час фізичного або емоційного навантаження.

До соціально-психологічних симптомів професійного вигорання належать такі неприємні відчуття та реакції:

- байдужість, нудьга, пасивність і депресія (знижений емоційний тонус, відчуття пригніченості);
- підвищена дратівливість на незначні, дрібні події;
- часті нервові «зриви» (спалахи невмотивованого гніву або відмова від спілкування, «відхід у себе»);
- постійне переживання негативних емоцій, що не пов'язане з зовнішніми причинами (почуття провини, образи, підозрілості, сорому, скутості);
- почуття неусвідомленої підвищеної тривожності (відчуття, що «щось не так, як треба»);
- почуття надмірної відповідальності і постійне почуття страху, що «не вийде» або людина «не впорається»;
- загальна негативна установка на життєві й професійні перспективи («Як не старайся, все одно нічого не вийде»).

До поведінкових симптомів професійного вигорання належать такі вчинки і форми поведінки:

- відчуття, що виконувати роботу стає все важче й важче;
- зміна робочого режиму дня (рано приходить на роботу і пізно йде, або, навпаки, пізно приходить на роботу і рано йде);
- незалежно від об'єктивної необхідності працівник постійно бере роботу додому, але вдома її не робить;
- почуття непотрібності, невіра в поліпшення, брак ентузіазму стосовно роботи, байдужість до результатів;
- невиконання важливих, пріоритетних завдань і «застрягання» на дрібних деталях, що не відповідає службовим вимогам, витрата більшої частини робочого часу на мало усвідомлюване або повністю не усвідомлюване виконання автоматичних і елементарних дій;
- дистанційованість від колег і клієнтів, підвищення неадекватної критичності; зловживання алкоголем, різке зростання кіль-

кості цигарок, випалених за день, застосування наркотичних засобів.

Традиційно фактори, що провокують професійне вигорання, групуються у два блоки:

- особливості професійної діяльності;
- індивідуально-психологічні характеристики працівника.

Особливості професійної діяльності мало піддаються зміні, тому більшого ефекту можна досягти, якщо працювати з індивідуально-психологічними характеристиками (як індивідуально, так і на рівні групи) з метою формування особистісного ресурсу протистояння синдрому «професійного вигорання». Причини вигорання: внутрішні та зовнішні.

Внутрішні причини:

1. Причини, пов'язані з особистістю:

- внутрішньо-особистісний конфлікт, забезпечення власних потреб відчувати владу, бути потрібним;
- наявність потреб, що піддаються фрустрації;
- особистий стиль реакцій на стресову ситуацію;
- брак друзів, сімейна відповідальність.

2. Причини, пов'язані з професійними якостями:

- нереалістичні очікування щодо роботи;
- надмірна ідентифікація з клієнтом;
- погане управління часом;
- недостатня професійна підготовка.

Зовнішні причини.

1. Причини пов'язані з клієнтами:

- тип клієнтів;
- відсутність ознак успіху;
- протиріччя між клієнтом, працівником та організацією;
- діяльність, пов'язана з інтенсивним спілкуванням.

2. Причини, пов'язані з політикою організації:

- несприятливі умови роботи;
- неадекватні строки виконання роботи;
- велике навантаження;
- неадекватна кількість ресурсів;
- неадекватна професійна підготовка;
- неадекватна супервізія, брак схвалення, заохочення, негативний стиль керівництва;
- низька оплата праці;
- неадекватний розподіл між відповідальністю та владою;

- непорозуміння або ізольованість від колег;
- стрес від спілкування з колегами та керівництвом;
- тривалий стаж роботи;
- закінчення або неможливість просування кар'єри;
- невідповідність системи потребам клієнта;
- двозначність ролі.

Одна з перших наукових спроб пояснити захворювання, пов'язані зі стресом, була зроблена австрійсько-канадським патологом Гансом Сельє. Згідно з його визначенням, «стрес — це неспецифічна відповідь організму на зовнішній або внутрішній вплив підвищеної сили», причому стресом є все, що порушує нормальну взаємодію організму з середовищем. Стресовим реакціям можуть передувати не тільки реальні події, але й імовірнісні, тобто такі, яких поки ще немає, але яких суб'єкт боїться. Часто психологічний стрес розвивається в ситуаціях, коли людина стикається з необхідністю зробити важкий вибір або з нерозв'язним протиріччям між внутрішніми переконаннями. Виділяють два різновиди стресів: дистрес — несприятливий стрес і стрес — позитивний стрес, викликаний переживанням приємних подій.

Виділяють три стадії розвитку стресу: тривога, адаптація, виснаження.

Існують спільні для всіх людей причини, що викликають стрес, але в кожної людини є свої індивідуальні «больові точки», вплив на які провокує особливо сильні стресові реакції. Часто стреси пов'язані з неможливістю задоволення потреб (фізіологічних, соціальних, духовних). На характер стресу в різних людей впливає:

- Генетична схильність. Реакції на стрес на 30 % визначаються генами, отриманими від батьків. Звідси одні люди більш схильні до стресу, ніж інші.
- Ранній дитячий досвід. Психотравмуючі переживання перших семи років ускладнюють перебіг стресових реакцій протягом подальшого життя. Сучасні методи психотерапії дозволяють частково виправити болючий дитячий досвід.
- Характер людини. Люди, схильні до гніву, ворожості, цинізму, дратівливі люди більш схильні до стресу, а відкриті, доброзичливі люди, що володіють почуттям гумору, в основному стійкі до стресу.
- Спрямованість людини. Активні, честолюбні, нетерплячі, неспокійні, орієнтовані на успіх люди більш схильні до стресу,

ніж люди з низьким рівнем домагань, які не претендують на положення в суспільстві і високу грошову винагороду.

- Суспільний статус. Люди, які посідають високе положення в суспільстві, зазвичай мають підвищену стійкість до стресу.
- Близьке соціальне оточення. Чим більше родичів і знайомих у людини, тим вища її стійкість до стресу. Близькі люди немов беруть частину удару на себе. Людина, оточена доброзичливо налаштованими людьми, відчуває їхню підтримку й легше сприймає загрозливі фактори середовища. Люди, що живуть самотньо або мають постійні проблеми з родиною, більше схильні до стресу й частіше хворіють.

Позитивне мислення в стресовій ситуації. Досвід показує, що позитивне мислення (пошук в житті хороших сторін) допомагає знаходити вихід у безнадійних ситуаціях. Адже якщо ви вірите, що рішення знайдеться, то це означає, що ви його шукаєте, а значить — обов'язково знайдете. А якщо ви з самого початку приміряєте на себе роль песиміста і визнаєте ситуацію безвихідною, то закриті двері здаються вам замкненими, і ви навіть не намагаєтеся їх відкрити. Позитивне мислення допомагає долати проблеми, що виникають у процесі спілкування. Якщо ви поставилися до людини доброзичливо, вона, зазвичай, відповість тим же. Кожна людина чутлива до позитивної оцінки, поваги, визнання її цінності й значущості. Нам не дано знати, як в майбутньому відгукнуться наші перемоги й поразки. Часто саме програш відкриває нам очі на власні недоліки й додає енергії для вдосконалення. Якщо вам здається, що ви зазнали невдачі, то, можливо, тепер ви по-новому подивитеся на своє становище, на свої цілі, і перед вами відкриються цікавіші можливості. Не виключено, що в майбутньому ви подякуєте долі за те, що вона привела вас до сьогоднішньої невдачі, що вона не дала вам піти хибним шляхом легкого успіху. Як каже німецьке прислів'я, «Бог ніколи не закриває одні двері, не відкривши інших».

Профілактика вигорання:

- Своєчасна діагностика синдрому професійного вигорання.
- Управління стресом.
- Управління конфліктами.
- Управління часом та власним життям.
- Впевнена поведінка.
- Регулярній професійний тренінг та супервізія.

Тема 5. Конфліктологія

Конфліктна ситуація: ознаки, причини. Конфлікт — зіткнення протилежно спрямованих цілей, інтересів, позицій, думок чи поглядів двох чи більшої кількості людей. В основі будь-якого конфлікту завжди лежить ситуація, в якій кожна сторона намагається зайняти позицію, несумісну та протилежну по відношенню до інтересів іншої сторони. Конфлікт завжди супроводжується негативними емоціями. Конфлікт має привести до появи нової психологічної конфігурації (не завжди кращої).

Ознаки конфліктної ситуації:

- Поява і подальше посилення негативних емоцій по відношенню до іншої людини.
- Перенесення відповідальності за конфлікт на іншу людину, зведення до мінімуму власної відповідальності за те, що відбувається.
- Небажання змінити свою точку зору і прийняти точку зору опонента або шукати компромісне рішення.

Щоб успішно знайти вихід з конфліктної ситуації, потрібно формувати конфліктну компетентність як здатність особистості. Конфліктну компетентність можна визначити як здатність до розпізнавання ознак наростання конфлікту і володіння способами регулювання та розв'язання конфлікту.

Виходячи з цього, необхідно вміти аналізувати конфліктну ситуацію, знати стилі поведінки в конфліктних ситуаціях і тверезо оцінювати власні переваги в тому, що стосується способів вирішення конфлікту.

Схема аналізу конфліктної ситуації:

1. Зміст конфлікту.
2. Причини конфлікту.
3. Учасники конфлікту, їхні інтереси, цілі чи можливі дії.
4. Інтенсивність, гострота і важливість теми конфлікту.
5. Розвиток і динаміка попереднього конфлікту.

Найчастіше зустрічаються такі причини конфліктів:

- Недостатня комунікація та обмежена інформація щодо мотивів поведінки учасників.
- Почуття несправедливості.
- Розмиті кордоні відповідальності.
- Недовіра.
- Особистісна несумісність.

- Боротьба за владу та вплив.
- Членство в групі.
- Зіткнення з питань компетентності.
- Конкуренція за обмежені блага.

Коли конфлікт проаналізовано, знайдені його причини та визначено мету кожного з учасників конфліктної ситуації, необхідно розробити стратегію виходу з неї, при цьому необхідно відповісти на такі питання: Скільки часу займе реалізація стратегії? Які витрати з нею пов'язані? Наскільки залучені в конфлікт сторони будуть задоволені: підходом і процесом? Результатом? Як часто виникають такі ж або схожі конфлікти?

Основні стилі поведінки в конфлікті:

Психологи виділяють п'ять основних способів поведінки учасників конфлікту: суперництво, ухиляння, пристосування, співпраця, компроміс.

Стиль суперництва. Сутність стратегії — жорстке наполягання на своєму рішенні. Слід використовувати, якщо:

- результат дуже важливий для вас, ви робите велику ставку на свій спосіб розв'язання проблеми;
- ви маєте достатній авторитет для прийняття рішення, видається очевидним, що запропоноване вами рішення є оптимальним;
- рішення необхідно прийняти швидко і ви маєте достатньо влади для цього;
- ви відчуваєте, що у вас немає іншого вибору і вам нема чого втрачати;
- ви перебуваєте в критичній ситуації, коли рішення треба прийняти миттєво.

Позитивні сторони: швидке отримання вигоди.

Негативні сторони: погіршення відносин. Можливі контрзаходи опонентів у майбутньому.

Стиль ухилення. Сутність стратегії — відхід від конфлікту. Перехід на теми спілкування. Применшення важливості суті конфлікту. Слід використовувати, якщо:

- напруженість занадто велика, і ви відчуваєте, що потрібно послабити напруження;
- результат не дуже важливий для вас; у вас важкий день, а рішення цієї проблеми може принести додаткові неприємності;
- ви знаєте, що не можете (або навіть не хочете) вирішувати конфлікт на свою користь; ви хочете виграти час, щоб отримати додаткову інформацію або заручитися чиєюсь підтримкою;

- ситуація надто складна, і ви відчуваєте, що вирішення конфлікту буде складним;
- у вас мало влади для вирішення проблеми прийнятним для вас способом;
- намагатися вирішити проблему відразу небезпечно, оскільки відкриття та обговорення конфлікту може ускладнити ситуацію.

Позитивні сторони: конфлікт на час ігнорується. З часом конфлікт може згаснути сам собою.

Мінуси: упускається час для радикального вирішення проблеми. Можливо відновлення конфлікту в іншій сфері.

Стиль пристосування. Сутність стратегії — жертвування своїми інтересами заради збереження миру. Слід використовувати, якщо:

- вас не особливо хвилює те, що трапилося;
- ви хочете зберегти мир і добрі стосунки з іншими людьми;
- ви відчуваєте, що важливіше зберегти добрі взаємини, ніж відстоювати свої інтереси;
- ви розумієте, що результат набагато важливіший для іншого, ніж для вас;
- ви розумієте, що правда не на вашому боці;
- у вас мало влади чи мало шансів перемогти;
- ви вважаєте, що інший може отримати з цієї ситуації корисний урок, якщо ви поступитеся його бажанням, навіть не погодившись з тим, що він робить.

Позитивні сторони: конфлікт гаситься.

Мінуси: втрата власної вигоди. Прецедент для подальших поступок.

Стиль компромісу. Сутність стратегії — пошук взаємних вигід, які будуть рівноцінні для обох сторін. Слід використовувати, якщо:

- обидві сторони мають однакову владу й взаємовиключні інтереси;
- ви хочете прийти до вирішення швидко, тому що у вас немає часу або тому що це більш ефективний шлях;
- вас може влаштувати тимчасове рішення;
- ви можете скористатися короткочасною вигодою;
- інші підходи до вирішення проблеми виявилися неефективними;
- задоволення вашого бажання має для вас не надто велике значення, і ви можете дещо змінити поставлену мету;
- компроміс дозволить вам зберегти взаємини, і ви віддаєте перевагу отримати хоч щось, ніж втратити все.

Позитивні сторони: відчуття позитивного вирішення конфлікту в обох сторін.

Мінуси: відчуття, що при вирішенні конфлікту довелося піти на поступки і в чомусь програти.

Стиль співпраці. Сутність стратегії — прагнення створити угоду, що задовольняє потреби обох сторін. Наголос робити не на втратах, а на здобутках кожної зі сторін в процесі врегулювання конфлікту. Слід використовувати, якщо:

- вирішення проблеми важливе для обох сторін, і ніхто не хоче повністю від нього відмовитися;
- у вас тісні, тривалі і взаємозалежні стосунки з іншою стороною;
- у вас є час попрацювати над проблемою, яка виникла;
- ви й інша сторона обізнані про проблему, відомі й бажання обох сторін;
- ви й інша сторона хочете обговорити деякі ідеї й спільно знайти вихід зі складної ситуації;
- обидві сторони здатні викласти суть своїх інтересів і вислухати один одного;
- обидві втягнуті в конфлікт сторони мають однакову владу.

Позитивні сторони: відчуття взаємовигідної співпраці. Поява партнера замість суперника.

Мінуси: тривалий час, необхідний, щоб знайти взаємовигідний варіант. Потрібні великі зусилля й терпіння для отримання потрібних результатів.

Переведення конфлікту в область співпраці.

Стратегія співпраці — найбільш ефективна і найменш травматична в ситуації конфлікту. Алгоритм переведення конфлікту в область співпраці:

1. Створити позитивний настрій, нейтралізувати негативні емоції.
2. Підкреслити взаємне прагнення до знаходження зваженого рішення.
3. Максимально чітко визначити суть проблеми, що викликала конфлікт, причому зробити це з максимально нейтральної об’єктивної позиції.
4. Визначити бажаний результат для обох сторін, а також підсумковий результат, який вигідний обом сторонам.
5. Підтвердити, що досягнення результату буде взаємовигідним для обох сторін, тоді як будь-який інший спосіб вирішення конфлікту може мати негативні наслідки.

6. Зібрати й проаналізувати інформацію з даного питання, особливо що має стосунок до бажаного результату.
7. Переглянути можливі варіанти рішень. Якщо знадобиться, додати до списку нові, нетривіальні варіанти рішень.
8. Вибрати оптимальне рішення і визначитися з порядком його реалізації.
9. Реалізувати прийняте рішення і проконтролювати його виконання.
10. В кінці оцінити досягнуте, проаналізувати свої дії з подолання конфлікту. Закріпити партнерські відносини.

Правила ведення конфліктної розмови:

- Спочатку об'єктивно опишіть ситуацію і проблему, яка міститься в ній.
- Негативні почуття не потрібно приховувати, вони повинні бути виражені відкрито. Крім того, не треба вибачатися за справжні почуття.
- Претензії висловлюються до конкретної поведінки, подій, дій партнера, а не до його особистості.
- Минуле й майбутнє залиште в спокої, знаходьте конкретне рішення в конкретній ситуації.
- Відкрито висловлюйте свої бажання.
- Скажіть, що ви конкретно зробите для вашого партнера, якщо він виконає ваші бажання.
- Запитайте партнера, чи бачить він якесь інше рішення проблеми.

Рекомендації з переведення конфлікту в позитивний досвід

1. Поміркуйте, чому вас може навчити конфлікт.
2. Запитайте в себе, яку користь ви можете отримати з цього сумного досвіду.
3. Відведіть конфлікту відповідне йому місце:
   а) не дозволяйте негативному життєвому досвіду збити себе зі шляху;
   б) визначте власну позицію і виходьте з неї, не дозволяйте, щоб на вашу думку впливали сторонні;
   в) не давайте конфлікту підірвати довіру до самого себе і знизити свою самооцінку;
   г) пам'ятайте, що конфлікти становлять тільки малу частину вашого життя.

Позбавтеся негативних емоцій, що залишилися після конфлікту:

а) простіть себе і прийміть себе таким, як ви є;
б) не поспішайте боротися з неприємними відчуттями, що залишилися після конфлікту, спокійно прийміть їх, і через деякий час вони зникнуть;
в) постарайтеся певний час поменше спілкуватися чи не спілкуватися взагалі з вашим опонентом по конфлікту. Поясніть йому, якщо це необхідно, що вам необхідно впоратися зі своїми почуттями.

Щоб забезпечити ефективну взаємодію в конфліктній ситуації, необхідно брати до уваги такі факти:

- Конфлікти неминучі й нерідко мають позитивний результат.
- Конфлікт вирішується легше, якщо хоча б один з його учасників готовий відступити крок назад.
- Опір партнера зменшується, якщо ми розуміємо його точку зору й самі готові змінити свою поведінку.
- в управлінні конфліктами важлива здатність розвивати поведінкові навички, які допомагають поєднувати свої власні інтереси з поважним ставленням до інших людей.

Впевнена поведінка. Навички впевненої поведінки

Виділяють три основні типи поведінки: агресивна, невпевнена і впевнена (асертивна) поведінка. Асертивна поведінка — це уміння відкрито й чесно висловлювати свої почуття, бажання, переконання, без обмеження прав інших людей і без розрахунку на негайні відповідні дії з їхнього боку.

Навички, необхідні для впевненого спілкування:

1. Уміння розуміти свої бажання і почуття і відкрито про них говорити.
2. Уміння відкрито сприймати почуття й бажання інших.
3. Вміння говорити «ні».

ЧАСТИНА 7.
ДЛЯ ПСИХОЛОГІВ ТА СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Тема 1. Навички спілкування. Нейтральність. Конфіденційність

Функції спілкування. Розрізняють такі функції спілкування:

- інформаційно-комунікативну,
- регулятивно-комунікативну
- афективно-комунікативну.

Інформаційно-комунікативна функція спілкування охоплює всі аспекті передачі та прийому інформації людиною. Йдеться не лише про готову інформацію, а також і про інформацію, яка створюється.

Регулятивно-комунікативна функція спілкування забезпечує пізнання та регуляцію поведінки суб'єктів спілкування. З цією функцією пов'язані способи впливу людей одне на одного: переконання, навіювання, маніпулювання тощо.

Афективно-комунікативна функція спілкування має відношення до когнітивно-емоційної сфери особистості, визначає певною мірою її ставлення до явищ навколишнього світу.

Комунікація – це процес двостороннього обміну думками й інформацією, що веде до взаємного розуміння. Дійсно, якщо не досягається взаєморозуміння, то й комунікація не відбулася. Щоб переконатися в успіху комунікації, необхідно мати зворотний зв'язок.

Не менш важливий зворотний зв'язок і для з'ясування змісту спілкування. Звичайно, під зворотним зв'язком розуміють вербальну і невербальну реакцію співрозмовника на поведінку партнера.

Для встановлення ефективного, правильного зворотного зв'язку слід дотримуватися найважливіших умов. Щоразу, вступаючи в спілкування, передбачайте конкретний спосіб зворотного зв'язку. Найкращим способом буде особиста бесіда або обговорення в групі.

Для впевненості в успіху недостатньо запитати: «Ви мене зрозуміли?». На таке питання люди майже завжди відповідають ствердно, навіть якщо це не відповідає істині. Краще поставити запитання до змісту повідомлення й попросити показати й розповісти про те, що потрібно зробити.

При цьому можна використати репліки:

«Якщо я вас правильно зрозумів, ви вважаєте, що...»

«Ви думаєте, що...»

«Дозвольте, я підсумую...»

Нейтральність. Принцип нейтральності стверджує: ефективна психологічна допомога сім'ї потребує збереження психотерапевтом нейтральної позиції. Він однаково співпереживає всім членам родини, не приєднуючись внутрішньо ні до кого та забезпечує всім членам сім'ї рівні можливості говорити та бути почутим. Цьому принципу дуже важко слідувати. Порушення нейтральності — типова для консультанта-початківця помилка, якої припускаються в процесі індивідуального, групового та родинного психологічного консультування (психотерапії) внаслідок поведінки надмірно мотивованої допомогти, яка у подальшому може бути суттєвим чинником професійного вигорання фахівця.

Комунікативні бар'єри. Психологічна перепона, яку реципієнт установлює на шляху небажаної або небезпечної інформації, називається комунікативним бар'єром. Такі бар'єри можуть виникати через відсутність розуміння між учасниками спілкування, яке виникає на ґрунті соціальних, політичних, релігійних, професійних відмінностей, які породжують різне світовідчуття, світорозуміння, світогляд. Бар'єри в спілкуванні можуть виникати через індивідуальні психологічні особливості тих, хто спілкується (недовіра, образа, підозра та ін.).

Комунікативні бар'єри можуть бути викликані різними причинами. Тому можна виділити такі їхні типи: бар'єри розуміння, бар'єри соціально-культурного походження і бар'єри відносин.

1. Бар'єр взаєморозуміння. Його виникнення може бути викликано різними причинами як психологічного, так і фізичного характеру (наприклад, поганий слух). Він може виникати через огріхи в процесі передачі інформації. Це фонетичне нерозуміння. Феномен фонетичного нерозуміння з'являється внаслідок невиразної швидкої мови комунікатора, розмови-скоромовки або мови з великою кількістю «звуків-паразитів».

2. Семантичний бар'єр розуміння. Він пов'язаний з тим, що учасники спілкування використовують різні значення слів або хтось вживає незнайомі іншому слова.
3. Стилістичний бар'єр розуміння. Він звичайно виникає при невідповідності стилю мови того, хто говорить, ситуації спілкування або стилю мови і стану того, хто в цей момент слухає.
4. Логічний бар'єр розуміння. Він виникає в тих випадках, коли логіка міркування того, хто говорить, або занадто складна для розуміння слухача, або здається йому неправильною чи суперечить властивій йому манері доказів.
5. Соціально-культурний бар'єр розуміння. Інколи причиною нерозуміння можуть бути соціально-культурні відмінності між партнерами спілкування. Це можуть бути соціальні, політичні, релігійні або професійні відмінності, що приводять до різного пояснення тих або інших понять.
6. Бар'єр авторитету. Іноді перешкодою може стати саме сприйняття партнера спілкування як особи певної професії, національності, статі й віку. Уявіть, якщо ту саму інформацію ви почуєте від вашого друга, батька або директора школи. В якому випадку ви швидше зробите те, що вам було запропоновано? Психологи довели, що бар'єр спілкування тим менший, чим вищий авторитет того, хто говорить, в очах тих, хто слухає. В деяких випадках говорять про бар'єри відносин. Йдеться про виникнення почуття ворожості, недовіри до того, хто говорить, а потім — і до інформації, яку він передає.

Якщо виходити з того, що будь-яка інформація, що надходить до людини, несе в собі елементи впливу на її поведінку, думки й бажання з метою їхньої зміни, то в цьому сенсі комунікативні бар'єри — це форма психологічного захисту. Тобто вони ніби захищають нас від стороннього психічного впливу, що виникає в процесі обміну інформацією між учасниками спілкування.

Звичайно виділяють два основних типи комунікативної дії: авторитарну і діалогову. Основною відмінністю між цими двома типами комунікації є особливості відносин і установок, що виникають у того, хто говорить, по відношенню до слухача.

У випадку авторитарного впливу реалізується установка «він внизу», у випадку діалогового — установка на рівноправне спілкування. Установка «він внизу» припускає не тільки підлеглий стан слухача, а й те, що комунікатор сприймає його як пасивний об'єкт своїх впливів.

У цьому випадку комунікатор говорить, а слухач слухає і некритично вбирає інформацію. Передбачається, що в реципієнта немає своєї стійкої думки з певного питання, а якщо і є, він легко може змінити її в потрібному комунікатору напрямі.

У випадку установки на рівноправність слухач оцінюється, як активний учасник процесу спілкування, що має право відстоювати власну думку. Тому в діалоговому, рівноправному спілкуванні слухач не виступає як пасивний споглядач, а змушений активно шукати власну позицію щодо питання, яке обговорюється.

Отже, ефективному спілкуванню можуть заважати різні перешкоди, пов'язані з нерозумінням. Перешкодою для розуміння може бути сприйняття партнерів спілкування, зумовлене їхніми особистісними установками. Істотною перешкодою є також смислові бар'єри, пов'язані з відмінностями значень, вкладених різними людьми в ті самі слова, символи (вербальні і невербальні атрибути спілкування).

Словесні символи є основними для передачі ідей, але не менш важливу роль у спілкуванні виконують невербальні символи, до яких належать міміка, жести, погляди, відстань між партнерами та ін. Неоднакове їх сприйняття різними людьми також може створювати бар'єри в спілкуванні. Істотною перешкодою в спілкуванні є брак уваги й інтересу з боку партнера спілкування. З розвитком преси й реклами люди навчилися швидко відключатися від усього, що не становить для них безпосереднього інтересу. Ці звички ще більш гальмують процеси комунікації.

Після того як ви привернули увагу людини, важливо викликати в неї інтерес. Інтерес виникає, коли вона усвідомлює значення повідомлення для себе. Є два способи викликати інтерес. Перший — впливати на позитивні мотиви поведінки людей. Потрібно переконати їх у тому, що вони зможуть одержати бажане. Другий — вплив на негативні мотиви. Потрібно показати їм, як попередити небажаний розвиток подій.

Проблеми в спілкуванні виникають також через поганий зворотний зв'язок, що не дозволяє визначити, чи дійсно ваше повідомлення витлумачене в тому сенсі, що ви в нього спочатку вкладали.

Конфіденційність. Психолог зобов'язаний дотримуватися конфіденційності у всьому, що стосується взаємин з клієнтом, його особистого життя і життєвих обставин. Виняток становлять випадки, коли виявлені симптоми є небезпечними для клієнта та інших людей, і психолог зобов'язаний поінформувати тих, хто може надати кваліфікова-

ну допомогу. Конфіденційності можна не дотримуватись, якщо клієнт просить або погоджується, аби в його інтересах інформацію було передано іншій особі. Психолог не збирає додаткових відомостей про обстежуваного без його згоди і задовольняється лише тією інформацією, яка потрібна для виконання професійного завдання. Запис на магнітну стрічку, відеоплівку, фотографування й занесення інформації про клієнта до комп'ютерних баз даних здійснюються лише за згодою учасників.

Психолог зобов'язаний оберігати професійну таємницю, не поширювати відомостей, отриманих у процесі діагностичної та корекційної роботи, дотримуватись анонімності імені клієнта (наприклад, під час навчання, в публікаціях). Для демонстрації та прослуховування будь-яких матеріалів потрібний письмовий дозвіл людини, за чиєю згодою вони були записані; на вимогу клієнта матеріали негайно знищуються.

Документація роботи психологів повинна містити лише професійно необхідні матеріали. До цих матеріалів, пов'язаних з конфіденційною стороною діяльності психологів, доступ сторонніх осіб має бути виключеним. У тих же випадках, коли психологи звертаються за допомогою до інших фахівців, потрібно спеціально ознайомити їх з питаннями, що стосуються умов і терміну зберігання таких матеріалів, а також обмежень у використанні інформації про клієнта і попередити про ступінь відповідальності за недотримання конфіденційності. Психолог інформує клієнтів про правила дотримання конфіденційності. Смерть або зникнення обстежуваного не звільняє психолога від необхідності зберігати професійну таємницю. Психолог не передає методичних матеріалів особам, які не уповноважені здійснювати психологічну діяльність; не розкриває суті й призначення конкретної методики (за винятком доступних роз'яснень правоохоронним і судовим органам).

Тема 2. Супервізія як елемент роботи з персоналом. Мета та функції супервізії

Супервізія — процес, в якому визначений установою фахівець (супервізор) допомагає персоналу (супервізованим) якнайефективніше виконувати зазначені в посадових інструкціях завдання відповідно до стандартів роботи. В соціальній роботі поняття супервізії пов'язане в першу чергу з дотриманням стандартів надання допомоги клієнтам та розвитком установи, а не з психологічною підтримкою персоналу.

Мета супервізії.

Системний та організаційний рівень:

- забезпечення дотримання стандартів соціальної роботи та належних практик;
- ефективне управління закладом та його моніторинг;
- сприяння професійному розвитку працівників;
- забезпечення безпечного середовища.

Особистісний рівень:

- допомога супервізованому чітко визначити мету та пріоритети роботи;
- з'ясування всіх аспектів проблем та власної ролі в їх розв'язанні;
- керувати власними почуттями щодо конкретних ситуацій;
- формувати власне позитивне ставлення до своєї роботи;
- брати на себе відповідальність за її результати;
- розвивати власну автономію та незалежність.

Методи супервізії:

- дискусія стосовно випадків ведення клієнта;
- репетиція/рольова гра;
- демонстрування;
- моделювання;
- постановка завдань;
- спостереження, робота в малих групах;
- структуровані вправи;
- проективні вправи;
- прослуховування матеріалів чи перегляд відео.

Функції супервізії персоналу. Головна функція супервізії — гарантування того, що політика агенції є послідовною й можливості штату працівників використовуються у повній мірі відповідно до здібностей кожного.

1. Навчання.

Стимулювання персоналу до продовження навчання та розвитку професіоналізму, в результаті якого працівники спроможні добре справлятися з вимогами і ініціювати нові можливості роботи, відповідно до змін потреб клієнтів.

Приклад випадку (навчання): Марія є фахівцем з соціального супроводу, яка працює з клієнтом Х, невиліковно хворим. Марія розповіла, що вона хоче підтримати клієнта Х, якомога краще, але вона дуже мало знає про смерть та помирання. Керівник контактувала з навчальними центрами, щоб знайти курси, які б могли допомогти Марії, а також зв'язалась з організацією-партнером з проханням надіслати літературу.

2. Підтримка.

Надання можливості персоналу справлятися з багатьма стресами, які виникають у роботі.

Приклад випадку: Ольга, 25 років. Була дуже зла, коли прийшла на супервізію. Коли її запитали, що трапилось, вона пояснила, що є одночасно злою та засмученою, бо одна з її клієнток прийшла сьогодні в синцях та подряпинах. Вона розповіла, що чоловік побив її, але вона нічого не хоче з цим робити. Рішення: спочатку розповісти про свої почуття, а потім обговорити політику та процедури захисту дорослих від насильства.

3. Адміністрування (управління).

Забезпечення того, що політика й практика організації є зрозумілою та відповідною; визначення пріоритетів та розподіл роботи; визначення цілей та оцінка ефективності того, що зроблено.

Приклад випадку (адміністрування): Світлана є новим фахівцем з соціального супроводу. При розмові з нею супервізор зазначає: «Я знаю, що минулого разу на нашій перший зустрічі ви дуже хвилювалися, коли знайомились з політикою організації та її процедурами. Сьогодні я хочу поговорити з вами про те, як ми можемо успішно виконувати таку роботу і особливу увагу звернемо на ведення записів. Я хотів би ознайомитися з тим, як ви ведете документацію та обговорити можливі труднощі в цьому процесі».

Фахівці з соціального супроводу повинні регулярно й послідовно проходити супервізію своєї роботи (як мінімум дві години на місяць). Супервізія дозволяє спеціалісту поділитися своїми почуттями, виявити й позначити труднощі, що виникли в роботі з клієнтом, отримати зворотний зв'язок, проаналізувати причини труднощів, розширити теоретичну базу і намітити шляхи подальшої роботи з клієнтом.

Тема 3. Стандарти якості соціальних послуг з урахуванням потреб клієнтів. Витрати часу на надання послуг

Метою надання соціальних послуг особам, які отримують ПТАО, є покращення якості їх життя та ресоціалізація отримувачів послуг[17]. Згідно українському законодавству та практиці діяльності більшості соціальних служб, соціальний супровід передбачає постійну роботу, спрямовану на здійснення соціальної опіки, допомогу й патронаж з метою подолання життєвих труднощів, збереження та підвищення соціального статусу клієнтів.

Стандарти соціальних послуг — це встановлений державою рівень вимог щодо якості, змісту, обсягу та порядку надання соціальних послуг різним цільовим соціальним групам, згідно з яким оцінюється рівень соціальних послуг і який гарантує безпеку для життя і здоров'я клієнтів. Вони передбачають:

– встановлення переліку послуг, спрямованих на соціальну та психологічну підтримку клієнтів, які отримують ПТАО;
– встановлення та забезпечення мінімального рівня якості послуг, нижче якого такі послуги не мають надаватись;
– забезпечення ефективного планування, моніторингу та оцінювання діяльності суб'єктів, залучених до надання таких послуг;
– інформування пацієнтів ПТАО про перелік послуг, на який вони можуть розраховувати;
– стимулювання розбудови зв'язків між соціальними установами, медичними закладами та іншими організаціями, що надають послуги СІН, розвитку партнерських стосунків між усіма іншими суб'єктами, що можуть бути залучені до вирішення проблеми ВІЛ в Україні.

Стандарти соціального супроводу пацієнтів ПТАО базується на Законах України:

- «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз»;
- «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення»;
- «Про соціальні послуги»;
- «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю»;
- «Про соціальні стандарти та соціальні гарантії»;

[17] Стандарт надання соціальних послуг особам, які отримують замісну підтримувальну терапію агоністами опіоїдів. (затверджені наказом № 3123/275/770 від 13.09.2010)

- «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки».

Види та зміст соціальних послуг. Оскільки не існує єдиної успішної та дієвої для всіх випадків схеми допомоги при залежності від опіатів, основним принципом лікування є формування індивідуального плану одужання, який відповідає і медичним, і соціальним, і психологічним потребам конкретного пацієнта ПТАО. Такий план складається після здійснення аналізу проблем, потреб, ресурсів та обмежень пацієнта та може включати психологічні, соціально-економічні, юридичні, інформаційні послуги, а також допомогу щодо перенаправлення та переадресації.

Психологічні послуги передбачають:

– проведення індивідуального консультування отримувачів послуг (надається багаторазово, 2–4 рази на місяць залежно від стану здоров'я отримувача та його потреб);
– проведення групових сесій психологічного консультування для пацієнтів ПТАО (надається багаторазово, 1–2 рази на місяць);
– проведення консультування найближчого оточення (сім'ї) отримувачів послуг (надається одноразово);
– сприяння створенню групи взаємодопомоги пацієнтів ПТАО та підтримка її роботи (надається фахівцем із соціальної роботи/ соціальним працівником 1–4 рази на місяць залежно від етапу формування групи);
– направлення отримувачів послуг до інших закладів/установ та організацій для отримання послуг у більш повному обсязі (за потреби одноразово).

Психологічні послуги надаються психологом, фахівцем із соціальної роботи, соціальним працівником.

Соціально-медичні послуги передбачають:

– проведення попереднього консультування споживачів ін'єкційних наркотиків щодо їхньої можливого лікування ПТАО й надання їм необхідної інформації з цього питання;
– надання консультування отримувачам послуг стосовно профілактики ускладнень внаслідок уживання ПАР;
– особисте супроводження отримувача послуг при його перенаправленні або переведенні до інших закладів охорони здоров'я (послуга надається соціальним працівником або фахівцем із соціальної роботи/ соціальним працівником);

– мотивування отримувача послуг до обстежень та лікування з наданням попередньої та подальшої консультативної допомоги (послуга надається фахівцем із соціальної роботи/соціальним працівником, медичною сестрою, лікарями).

Соціально-медичні послуги надаються в окремому спеціально облаштованному приміщенні медичними працівниками, фахівцями з соціальної роботи/соціальними працівниками (залежно від змісту послуги), які пройшли курс навчання чи тренінг з питань надання соціальних послуг СІН та у сфері ВІЛ та туберкульозу.

Юридичні послуги передбачають:

– консультування з питань прав громадян на отримання соціальних послуг в державних, комунальних та недержавних закладах/установах;
– допомогу в оформленні/відновленні документів, здійснення захисту прав та інтересів отримувачів послуг, адвокатську допомогу;
– надання юридичної допомоги у поданні скарг на діяльність або бездіяльність посадових осіб закладів/установ, що порушують законні права отримувачів.

Юридичні послуги надаються юристами, адвокатами, фахівцями з соціальної роботи /соціальними працівниками.

Інформаційні послуги передбачають:

– надання інформації, необхідної для подолання складних життєвих обставин;
– надання інформації про ВІЛ/СНІД, інфекції, що передаються статевим шляхом, туберкульоз, гепатити та інші шкідливі наслідки зловживання ПАР та профілактику цих захворювань;
– надання інформації (в тому числі друкованої) про інші заклади/установи та організації, які надають наркозалежним, у тому числі й пацієнтам ПТАО, юридичні послуги, а також послуги з реабілітації та ресоціалізації;
– розміщення інформації щодо ПТАО у місцях можливого перебування отримувачів послуг (заклади охорони здоров'я, управління праці та соціального захисту населення, Інтернет — видання тощо).

Інформація повинна надаватися відповідно до потреб отримувача послуг, у повному обсязі, своєчасно та у зрозумілій для отримувача послуг формі.

Перенаправлення та переадресація передбачають:

– налагоджений контакт із установою, куди направляється пацієнт ПТАО;
– попередню домовленість про прийом даного пацієнта,
– транспортування або супроводження отримувача до установи (при необхідності),
– перевірку факту та результату надання послуги.

Отримувач, що потребує послуги, яка не може бути надана суб'єктом надання послуг, до якого він звернувся, але надається установою, з якою у цього суб'єкта підписано угоду про співпрацю, отримує талон направлення. В талоні вказується назва установи/організації, що направляє отримувача та установи, де йому запропоновано отримати необхідну послугу, дату направлення, назву послуги.

Спеціаліст відповідної установи відмічає в талоні дату, суть послуги, ставить підпис та печатку (за умови її наявності), основна частина талону залишається та зберігається у спеціаліста, а відривну частину він віддає отримувачу або фахівцю з соціальної роботи чи соціальному працівнику (у випадку особистого супроводу).

Відповідно до потреби, але не рідше 1 разу на місяць, фахівець із соціальної роботи чи соціальний працівник відвідує установи/заклади/організації, до яких здійснювалось направлення. Спеціаліст, в якого зберігаються талони направлення, передає фахівцю із соціальної роботи або соціальному працівнику основні частини талонів з відміткою відповідної установи або організації.

Моніторинг та оцінка надання соціальних послуг. Моніторинг — процес збору та систематизації ключових показників діяльності з надання соціальних послуг пацієнтам ПТАО. Метою моніторингу є оцінка та корекція поточної діяльності, забезпечення ефективного використання ресурсів та безперервності надання послуг, досягнення запланованих завдань, та визначення можливостей для розвитку системи надання послуг.

Моніторинг може здійснюватись такими методами:
– аналіз документації;
– супервізія;
– спостереження;
– співбесіди з фахівцями;
– співбесіди з отримувачами послуг;
– спеціальні опитування фахівців;
– спеціальні опитування отримувачів послуг.

Збір інформації для моніторингу базується на системі документообігу, що існує в організації. Моніторингові заходи повинні проводитись на регулярній основі установленим чином. Кожна соціальна послуга повинна бути зафіксована в особистому журналі, який веде кожний психолог, консультант та фахівець із соціальної роботи/ соціальний працівник та в картці соціально-психологічного супроводу отримувача послуг.

Ці дані потім збираються та використовуються для підрахунку кількості наданих послуг та кількості отримувачів послуг, що охоплені цими послугами.

Перелік облікової документації послуг визначається суб'єктом надання соціальних послуг згідно з чинним законодавством, а саме:

- наказ про затвердження штатного розпису, посадових обов'язків та матеріальної відповідальності;
- журнал реєстрації наказів;
- інструкція з техніки безпеки праці;
- журнал обліку навчання, підвищення кваліфікації, стажування, та супервізії персоналу;
- накладні, довіреності, акти списання;
- трудові книжки та угоди;
- правила внутрішнього розпорядку або інструкції з організації та надання послуг;
- угоди з партнерами та отримувачами послуг;
- журнал консультацій з соціальних питань;
- журнал індивідуальних психологічних консультацій;
- журнал групових консультацій; скарги та подяки;
- звіти та інші інформаційні матеріали про діяльність суб'єкта, що надає послуги, її результатів.

Оцінка — це систематизований процес дослідження ефективності медично-соціально-психологічних втручань.

Цілеспрямована оцінка має базуватися на загальновідомих випробуваних дослідницьких інструментах, наприклад: анкеті Індексу Тяжкості Залежності (ASI), анкеті ризику передачі вірусів, що передаються через кров (BBV-TRAQ), та інші.

Критерії та індикатори дотримання стандарту.

- показник утримання в лікуванні;
- відсоток отримувачів послуг, що пройшли всі медичні обстеження;
- кількість отримувачів послуг, що працевлаштувались або відновили документи за певний термін;

– кількість нових випадків ВІЛ та гепатитів (сероконверсій) серед пацієнтів ПТАО;
– кількість ВІЛ-інфікованих пацієнтів ПТАО, що отримали доступ до ВААРТ.

Витрати часу на надання послуг.

Норми часу та навантаження для фахівця із соціальної роботи, соціального працівника, психолога.

– в ході індивідуальної роботи з отримувачами послуг первинне консультування (включаючи оцінювання та розробку індивідуального плану роботи з отримувачем) проводиться одноразово, від 30 хвилин до 1 години на 1 отримувача;
– повторне консультування триває в середньому — від 10 до 30 хвилин кожна консультація;
– проведення тренінгів, занять, груп самодопомоги, групове консультування триває в середньому від 30 хвилин до 1 години заняття залежно від теми;
– робота з документацією (заповнення облікових форм, звітів тощо) займає не більше 10 % робочого часу;
– інші завдання, що виконуються в організації (відповідно до посадових обов'язків) — не більше 10 % робочого часу;
– переадресація отримувачів — не більше 5 % робочого часу.

Розрахунок вартості робочого часу фахівця із соціальної роботи/соціального працівника:

– індивідуальна робота з отримувачем — 40 % робочого часу;
– групова робота з отримувачами — 15 % робочого часу;
– час на дорогу до установи — 20 % робочого часу;
– робота з документацією — 25 % робочого часу.

Стандарти також визначають норми часу та навантаження на фахівців організації, вимоги до приміщення, норми ведення документації, норми розрахунку вартості соціальної послуги, що в свою чергу, допомагає формувати бюджет організації, виходячи з кількості клієнтів, яких вона обслуговує.

До прямих витрат належать :

– оплата праці фахівців із соціального супроводу;
– витратні матеріали (інформаційно-освітні матеріали, канцтовари для проведення інформаційних занять; тести сечі на наркотики; одноразові стаканчики для води);
– амортизація обладнання, що використовується для надання послуг;

– придбання інвентарю, у тому числі меблів;
– транспортні витрати: відшкодування витрат на проїзд розраховується на послуги по супроводженню пацієнтів ПТАО;
– витрати на оренду та/або утримання приміщень.

Непрямі витрати (15–20 % від суми всіх прямих витрат):

– оплата праці керівного та адміністративного персоналу (керівник організації, бухгалтер, інші);
– нарахування на соціальне страхування та до цільових фондів у розмірі визначеному відповідними законодавчими та нормативними актами;
– витрати на утримання адміністративних та технічних приміщень;
– амортизацію основних фондів, канцелярські, господарські витрати;
– витрати на навчання та підвищення кваліфікації персоналу, відрядження та ін.

Тема 4. Групи самодопомоги та клубна робота

Групи самодопомоги в соціальній роботі. У соціальній роботі виділяють групи самодопомоги, взаємодопомоги, самокеровану групову роботу. Вибір терміну не є принциповим моментом для відображення сутності діяльності груп. Групи самодопомоги є добровільними зібраннями людей, що мають схожі проблеми та певний негативний досвід їх подолання. Вони об'єднуються для співпраці з метою реалізації власних потреб чи потреб громади за допомогою обміну інформацією, взаємної підтримки та, в деяких випадках, представництва.

Групи самодопомоги в своїй роботі керуються певними принципами та правилами. Усі учасники погоджуються (не оголошуючи навіть) що група самодопомоги — не місце для критики та конфліктів, з якими кожен з нас і без того зіштовхується занадто часто. На зустрічах групи кожного учасника приймають, поважають і цінують. Тут віддають належне всім особистим перемогам і досягненням, якими б незначними вони не здавалися стороннім!

Група самодопомоги — це колектив людей, об'єднаних загальною життєвою проблемою або ситуацією. Це може бути хронічне захворювання або залежність, від якої учасники групи бажають позбутися. Це може бути пережита учасниками особиста трагедія, психологічні наслідки якої вони хочуть подолати. Це може бути ситуація неприйняття суспільством і потреба відстоювати свої права або свій спосіб життя.

У групи самодопомоги можуть об'єднуватися самі люди, які мають серйозні проблеми, або їхні близькі — рідні та друзі. Учасники групи діляться своїми почуттями та накопиченим досвідом, і це дає кожному унікальне почуття співпереживання і взаємної підтримки, а також дозволяє зібрати разом наявну практичну інформацію і способи подолання труднощів. Такі групи керуються самими учасниками та існують для їхнього блага.

Деякі групи розширюють сфери своєї діяльності. Крім внутрішнього обговорення нагальних питань та шляхів їх вирішення, вони можуть, наприклад, надавати інформацію і допомогу іншим людям, які зіткнулися з тією ж проблемою або життєвою ситуацією, або організовувати громадські кампанії, щоб домогтися необхідних змін. Іноді в роботі групи беруть участь фахівці — лікарі, юристи, психологи та інші. Деякі групи мають оплачуваних працівників, інші існують цілком на добровільних засадах.

Група самодопомоги (підтримки) дає можливість людям у конфіденційних умовах розмовляти відкрито, бути вислуханим та отримати допомогу. Група самодопомоги призначена підтримувати прагнення своїх членів навчатися один у одного, вчитися думати, міркувати та поважати думку іншого. Всередині групи можуть — і обов'язково існують — різні думки, але обговорення їх має відбуватися шанобливо та в дружній атмосфері.

Як розвиваються групи? Створення та розвиток груп може відбуватися різними шляхами. У більшості випадків ініціаторами створення групи є або самі люди, які мають проблеми, або їх обслуговують фахівці (наприклад, медпрацівники, психологи, соціальні працівники), які бачать потребу в додатковій морально-психологічній підтримці своїх клієнтів або їхніх близьких. Згодом неформальна група може перетворитися на організацію з власним юридичним статусом або стати структурною частиною громадського об'єднання. Деякі групи створюються на певний період часу, а потім розпадаються — наприклад, коли бажані зміни досягнуті. Склад групи з часом може частково або повністю помінятися. Деякі групи діють на місцевому рівні — міста, району, мікрорайону. Інші створюють національні мережі і координують свою діяльність з аналогічними групами в масштабах всієї країни.

Що роблять групи? Основною формою існування груп є зібрання учасників. На них обговорюють складні ситуації в житті учасників та варіанти їх вирішення. Учасники діляться своїми думками, досвідом, смутком та надіями. Інколи їм потрібні тільки уважні та співчутливі слухачі, а зовсім не поради.

В Україні найпоширенішими є групи Анонімних алкоголіків, Анонімних наркоманів, групи взаємодопомоги ВІЛ-позитивних. Механізм групи дозволяє учасникам дізнатися, як інші справлялися зі складною ситуацією, почути різні думки, відчути себе в доброзичливій атмосфері однодумців, отримати емоційну та практичну підтримку, відволіктися від настирливого потягу або проявити його в безпечній формі розмови.

На групі може бути від 3 до близько 20 учасників. Більша кількість ускладнює спілкування і знижує ефективність. Завжди присутній один або кілька фасилітаторів (ведучих), в обов'язки яких входить передача слова від одного учасника іншому, стеження за дотриманням правил групи і регламенту зустрічі.

Групи самодопомоги відрізняються від психотерапевтичних і дискусійних груп. Вони не передбачають участь спеціаліста-психолога і психотерапевтичної роботи. Якщо на зустрічі й присутній фахівець, то

він є рівним з усіма учасником. Не заохочуються суперечки і спроби переконати учасників у якійсь одній точці зору. Виділяють певні типові ознаки, що допомагають ідентифікувати групу як групу самодопомоги:

- гнучка структура, що визначає її мобільність в наданні допомоги;
- люди зі спільним життєвим досвідом, ситуацією чи проблемою збираються разом, щоб щось змінити;
- почуття причетності, бажання допомагати іншим і прагнення розділити з ними сьогодення та майбутнє;
- право прийняття рішень щодо діяльності групи належить тим, хто до неї входить, і засноване на принципі демократичності;
- навіть у разі існування ієрархії, керівники не мають в своєму розпорядженні системи заохочень та санкцій, які є силовим засобом. Члени групи залишають її, коли вона перестає відповідати їхнім потребам;
- члени групи прямо чи опосередковано отримують користь від діяльності групи;
- діяльність часто викликана необхідністю протистояти ізольованості, дискримінації та іншому негативному ставленню спільноти до певної групи людей;
- різний рівень вияву потреби (участь у групі осіб, які прагнуть змін у своєму житті, й осіб, які вже активно працюють над досягненням цієї мети);
- віра в групові цінності, колективний ентузіазм, впевненість у можливості досягти бажаних змін;
- обмін інформацією про досвід і зміни, взаємодопомога;
- використання діяльності як конструктивного фактора, неминучої умови досягнення запланованих цілей.

Одна з найважливіших ознак груп самодопомоги полягає у тому, що вони діють без участі професіоналів, хоча останні можуть бути залучені на етапі створення груп як консультанти, але ні в якому разі не як лідери.

У роботі деяких груп використовуються методики вироблення поведінки, наприклад, «12 кроків». У центрі уваги таких груп стоїть прагнення допомогти учасникам подолати кризову ситуацію або дати їм моральні сили для боротьби за своє здоров'я і благополуччя. Такі групи працюють над підвищенням самосвідомості учасників, їхньої самооцінки, впевненості в собі, а також над розвитком шляхів самовираження та самореалізації.

Важливим завданням груп також може бути усвідомлення і захист учасниками своїх прав та інтересів, привернення уваги суспільства та державних структур до своєї проблеми і боротьба за зміни в суспільній думці чи політиці держави.

Різноманіття груп самодопомоги. Залежно від того, яка проблема змусила людей зібратися разом, групи самодопомоги можна приблизно поділити на такі категорії:

– групи з подолання кризи або перехідного періоду;
– групи з подолання залежностей (наприклад, що працюють за програмою «12 кроків»);
– групи рідних і близьких;
– групи людей, що мають хронічні захворювання.

На перший погляд може здатися, що між групами більше відмінностей, ніж спільних рис. Дійсно, групи взаємодопомоги дуже різноманітні за своїми структурними формами і за видами діяльності та майже не піддаються класифікації. Тим не менше, існують декілька ключових елементів, які є загальними для всіх видів груп:

- Люди із спільним життєвим досвідом, ситуацією, проблемою збираються разом, щоб щось змінити. Проблеми можуть бути культурного характеру, пов'язані з місцем проживання, станом здоров'я, економічним або соціальним становищем та іншими обставинами;
- Право прийняття рішень про діяльність групи належить тим, хто до неї входить;
- Люди із спільним досвідом чи ситуацією є прямими або непрямими одержувачами користі від здійснюваної діяльності;
- Діяльність часто викликана необхідністю протистояти ізоляції, дискримінації, іншого негативного ставлення суспільства до цієї групи.

Принципи самодопомоги. ***Групи допомагають людям, що переживають серйозну проблему, позбутися почуття ізоляції, самотності та нерозуміння оточуючих.*** Нові учасники нерідко говорять після першої зустрічі групи: «Нарешті я відчула, що я не одна» або «Мені відразу ж стало ясно, що тут нікому нічого не треба пояснювати... Всі мене розуміли з півслова, тому що пройшли через те ж, що і я ». Наприклад, на зустрічах людей, що живуть із ВІЛ/СНІД, часто можна почути: «Це єдине місце, де мені не треба нічого ні від кого приховувати».

Спільний досвід. Певний тип спільного досвіду або ситуацій є основою та обґрунтуванням існування більшості груп самодопомоги.

Ця спільність має декілька позитивних рис. Людей у таких групах зазвичай відразу і повністю розуміють, і тому вони не відчувають себе психологічно самотніми. Крім того, спільність схиляє людей до до саморозкриття, які супроводжують ефект катарсису і зменшення сорому.

Групи дають людям можливість більш об'єктивно оцінити свою ситуацію. «Насправді у мене все не так уже й погано», — можна почути від людей, які вперше прийшли на зустріч групи. Проблема, що здається комусь з учасників нездоланною, була, можливо, з успіхом вирішена іншими членами групи, які готові поділитися своїм досвідом. Це створює стимул боротися за своє життя і здоров'я, людські права й гідність.

Допомагаючи іншим, допомагаєш собі. Як правило, спочатку група самодопомоги приваблює людей тим, що вони розраховують знайти відповіді на запитання, які їх хвилюють. З часом вони розуміють, що їхній власний досвід також дуже цінний і може зіграти велику роль у житті іншої людини, яка зіткнулася з такою ж проблемою. Можливість допомагати іншим стає для багатьох учасників групи не менш важливою, ніж отримання допомоги для себе.

Практична допомога й емоційна підтримка. Взаємодія членів групи в більшості випадків не обмежується спільними зустрічами і заходами. Вони можуть телефонувати один одному в важкі хвилини, відвідувати, допомагати по дому, доглядати за дітьми.

Одержання зворотного зв'язку. В обстановці відкритості й щирості, типової для груп самодопомоги, учасники отримують зворотний зв'язок завляки досить влучним спостереженням і коментарям членів групи.

Навчання спеціальним методам. Успішність розв'язання проблем учасниками групи залежить від слідування спеціальним методам або технічним прийомам. Члени груп освоюють ці прийоми і вчаться постійно застосовувати їх, що забезпечує створення терапевтично цінної структури.

Самодопомога чи професійна психотерапія? Взаємини між групами допомоги та професіоналами, які працюють приватно або в державних установах, варіюють від тісної співпраці до антагонізму. Для деяких груп незалежність від авторитету, методів і фінансування професіоналів є справою принципу. Але навіть завзяті прихильники все більше визнають важливість того, що професіонали створюють, надають консультації та легітимують деякі з таких груп. І групи самодопомоги, і фахівці орієнтовані на потреби людей, що потребують допомо-

ги. І ті, й інші можуть вислухати, надати консультацію, заспокоїти, дати пораду з практичних питань. У тих, та й у других є досвід, на який вони можуть спиратися. Разом із тим, між завданнями та можливостями фахівців, з однієї сторони, та груп самодопомоги з іншої, існують суттєві розбіжності.

Декілька порад фахівцям, які прагнуть до співпраці з групами самодопомоги. Уявіть собі річку: на одному березі фахівці — медичний персонал, психологи, соціальні працівники. На другому: групи самодопомоги. Щоб наблизитись один до одного, їм потрібен міст. Цей міст вони повинні зробити самі. Коли він буде побудований, його можна буде використовувати як шлях спілкування, практичних рекомендацій, допомоги, підтримки та зворотного зв'язку.

- Краще розповісти про групу людині, якій вона не потрібна, ніж не розповісти тому, кому група може надати неоціненну послугу;
- Надавайте людям інформацію в письмовому вигляді — вона дасть змогу людині подумати, прийняти рішення та підкаже, куди й коли вона може прийти на групу;
- Не намагайтеся бути офіційно прийнятими до групи, а тим більш — зайняти в групі якесь положення;
- Дозволяйте людям відмовлятися від вашої допомоги, не виказуючи при цьому образи;
- Визначайте якомога конкретніше, чим саме ви можете допомогти групі: загальні слова можуть привести до того, що група не зрозміє, з яких саме питань до вас звертатись;

У випадках, коли група створена самими пацієнтами або їхнім близьким оточенням, медичним працівникам відводиться надзвичайно важлива функція: розповсюдження інформації про існування та діяльність груп самодопомоги серед потенційних учасників. Перед цим, можливо, буде корисно відповісти собі на декілька питань:

«Яким чином інформувати людей?»

«Коли краще всього це робити?»

«Які роздаткові матеріали у вас є для цього?»

«Чи буде потрібна через деякий час додаткова інформація?»

«Яким чином досягти розумної рівноваги: щоб всі пацієнти знали про групу самодопомоги, але не здійснювати при цьому на них тиск, даючи можливість кожному пацієнту вирішити для себе, чи бути йому частиною групи, чи ні?

Взаємодопомога, як громадський рух. Хоча групи самодопомоги створюються, як правило, невеликим колом людей з метою вирішення приватної проблеми, яка особисто їх зачіпає, такі об'єднання мають величезне значення для розвитку суспільства в цілому. По суті справи, будь-яка група самодопомоги — це школа демократичного руху, що спирається на його основні принципи: активна участь кожного в пошуку ефективних рішень своєї проблеми, колективне відстоювання своїх інтересів, організація й проведення акцій і кампаній, взаємодопомога і обмін досвідом на рівній основі. Атмосфера довіри і підтримки, що складається в групі, допомагає відчути в собі сили і впевненість, необхідні для подолання внутрішніх і зовнішніх труднощів і для боротьби за свої права. Це особливо важливо для клієнтів ПТАО, які страждають від дискримінації та ворожого ставлення, або від небажання держави й суспільства визнати їхню проблему гідною уваги. Таким чином, діяльність груп взаємодопомоги принципово відрізняється від добродійності. Благодійна діяльність характеризується тим, що люди, які самі не є нужденними, допомагають тим, хто потребує. Взаємодопомога — це такий вид суспільної діяльності, при якому люди, що потребують допомоги, самі допомагають собі й іншим у подібній ситуації.

Зрозуміло, що діяльність груп взаємодопомоги здатна вирішити лише обмежене коло завдань. По-перше, воно не може служити заміною ефективної мережі соціальних, медико-психологічних та інших служб, як державних, так і громадських. По-друге, люди з спільним досвідом / ситуацією / проблемою можуть не мати можливості або бажання брати участь у взаємодопомозі. Тим не менш, групи взаємодопомоги довели, що можуть ефективно доповнювати державні й суспільні системи підтримки і змінювати на краще життя багатьох людей.

ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Верстер А., Бунінг Е. Посібник з застосування метадону. — Амстердам, 2000. — Переклад українською О. Косяк та А. Вієвський. — К.: 2001.
2. Дворяк С.В., Пріб Г.А., Штенгєлов В.В. Шляхи впровадження замісної підтримувальної терапії для лікування опіоїдної залежності. Психічне здоров'я. 4 (33) 2011. С. 51 — 60.
3. Дворяк С. В., Пріб Г. А., Штенгелов В. В. Замісна підтримувальна терапія для наркозалежних в Україні / С. В. Дворяк, Г. А. Пріб, В. В. Штенгелов // Всесвіт соціальної психіатрії, медичної психології та психосоматичної медицини. — 2009. — Т 1. — № 2(2). — С. 35–40.
4. Дворяк С.В. Ефективність підтримувальної терапії агоністами опіоїдів в Україні. Таврический журнал психиатрии. V.14, 3(52), 2010. С. 60–67
5. Петренко В.І., Дворяк С.В., Антоняк С.М. та ін. Стандарт лікування ВІЛ–позитивних людей, які є споживачами ін'єкційних наркотиків : наказ МОЗ України №476 від 19.08.08 р. / [Електронний документ]. — Шлях доступу : URL : http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=10893
6. Проблеми наркополітики та епідемія ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні. Вибрані матеріали. Київ, 2011.
7. Питання впровадження замісної підтримувальної терапії в Україні. Науково-практична та методична збірка. Київ, 2009.
8. Ухтенхаген А., Шауб М. Фінальний Звіт за проектом моніторінгу та оцінки програм замісної підтримувальної терапії в Україні. Результати трьох фаз дослідження.—Червень, 2010. УІДПГЗ. Київ
9. Виевский А.Н., Дворяк С.В., Сидяк С.В. Лечение наркозависимости в Украине и оценка его эффективности. Киев. 2008 121 с.
10. Дворяк С.В., Власенко Л.В., Думчев К.В., Карачевский А.Б., Подсвирова А.В., Приб Г.А., Трецкая Т.А., Макаренко Е.В., Штенгелов В.В. Поддерживающая терапия агонистами опиоидов. Методическое пособие. Киев, 2010.
11. Руководство по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с психо-социальным сопровождением. ВОЗ. 2010 http://www.harm-reduction.org/ru/images/stories/documents/links/ost_guidelines_ru.pdf
12. Совместная позиция ВОЗ / УООННП / ЮНЭЙДС. Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа. Издано ВОЗ, а также от имени УООННП и ЮНЭЙДС. — 2004.

13. Современные методы лечения наркомании: обзор фактических данных. — ООН, Управление по наркотикам и преступности. — Нью-Йорк: 2003.
14. Субата Э. Заместительное лечение метадоном. Информация и рекомендации для деятелей здравоохранения. — Издательство ВИТАЕ ЛИТЕРА, Литва: 1999
15. Фармакологические подходы к лечению опиоидной зависимости. Сборник научных статей. — Киев, 2001.
16. Clinical Guidelines for the Use of Buprenorphine in the Treatment of Opioid Addiction. A Treatment Improvement Protocol TIP 40. http://store.samhsa.gov/product/Clinical-Guidelines-for-the-Use-of-Buprenorphine-in-the-Treatment-of-Opioid-Addiction/SMA05–4003
17. Dole, Vincent P. What Have We Learned from Three Decades of Methadone Maintenance Treatment? — Drug and Alcohol Review, № 13,1994: 3–4.
18. Dole, Vincent P., Nyswander, Marie E., and Mary Jeanne Kreek. Narcotic Blockade. — Archives of Internal Medicine, 118 (1966): 304–309.
19. Effectiveness of methadone treatment in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. — Lippincott Williams & Wilkins © 1999 AIDS 1999; 13: 1807–1818.
20. Impact of drug maintenance treatment on injection practices among French HIV-infected IDUs. AIDS Care, August 2000.
21. Johnson R.E., Strain E. C., Amass L. Buprenorphine: How to Use It Right. — Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Johns Hopkins University School of Medicine and Friends Research Institute, Inc.. — Los Angeles, California.
22. Lawrinson P., Ali R., Dvoryak S. Et al. Key findings from the WHO collaborative study on substitution therapy for opioid dependence and HIV/AIDS. Addiction. — 2008. — Vol. 103, № 9. — P. 1484–1092.
23. Management of Opioid Dependence. A Curriculum for Physicians. — January 2001. http://www.uiphp.org.ua/media/1488
24. Medication-assisted treatment for opioid addiction in Opioid treatment programs/ A Treatment Improvement Protocol TIP 43. — US Department of Health and Human Services. — Rockville, MD., 2005. — 330 p.
25. Preston A. The Methadone Briefing. — Island Press, UK: 1996
26. R.G.Newman. «Підтримувальна» терапія наркозалежності: чия заслуга і чому це важливо. The International Journal of Drug Policy» №20, 2009 http://www.uiphp.org.ua/ua/home/events/newma№
27. State Methadone Treatment Guidelines (TIP Series). — US Department of Health and Human Service, 1993. http://radar.boisestate.edu/pdfs/TIP1.pdf
28. Strain E.C., Trumble J.G., Jara G.B. Use of Buprenorphine in the Pharmacologic Management of Opioid Dependence. A Curriculum for Physicians. 2001
29. WHO Expert Committee on Drug Dependence. — WHO Technical Report Series. — Geneva, Switzerland,1998.
30. Wolfe D. Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward, July 2010, The Lancet. HIV in people who use drugs P. 47–58-. http://www.uiphp.org.ua/ua/publications/smtpublications

ЛІКУВАННЯ ОПІОЇДНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ АГОНІСТАМИ ОПІОЇДІВ

Навчально-методичний посібник

Підписано до друку 20.09.2012. Формат 60х84 1/16.
Папір офсетний. Друк офсетний. Гарнітура Myriad Pro.
Ум.-друк. арк. 16,74.

Видавництво «К.І.С.»
04080 Київ–80, тел. (044) 462 5269, http://kis.kiev.ua
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів
видавничої справи ДК №677 від 19.11.2001 р.

Віддруковано ТОВ ВПК «Експрес-поліграф»
вул. Фрунзе 47б, м. Київ 04080