



Покращення якості послуг супроводу виходу пацієнтів з програми медикаментозного підтримувального лікування в Україні

Практичний посібник

Рекомендації щодо ведення пацієнтів

ЗАГАЛЬНІ ПІДХОДИ

Моделі організації супроводу

Принципи та фактори успішного завершення лікування

Попередження рецидивів

Міннесотська модель

Мотиваційне консультування

Когнітивно-поведінкова терапія



Покращення якості послуг супроводу виходу пацієнтів з програми медикаментозного підтримувального лікування в Україні

Практичний посібник

Матеріали опубліковані за підтримки Надзвичайної ініціативи Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД (PEPFAR) та у співпраці з Центрами контролю та профілактики захворювань США (CDC) і МБФ «Альянс громадського здоров'я»

Київ–2017

Автори:

Дорохіна Л.В., Карачевський А.Б., Климчук В.О., Ламбракіс О.В.

Рецензенти:

Головний дослідник Українського інституту політики громадського здоров'я,
член Ради директорів Європейської асоціації з лікування опіоїдної залежності (EUROPAD),
доктор медичних наук Дворяк С.В.

Завідувачка кафедри соціальної психології
ДВНЗ «Прикарпатський національний університет ім. Василя Стефаника»,
доктор психологічних наук, професор Заграй Л.Д.

Провідний науковий співробітник Інституту соціальної та політичної психології НАПН України,
кандидат філософських наук, доцент Лазоренко Б.П.

*Рекомендовано Вченою радою Інституту соціальної та політичної психології НАПН України
(Протокол № 12/17 від 30 листопада 2017 року)*

Редактор: Мирослава Андрущенко

Верстка: Лариса Конончук

Покращення якості послуг супроводу виходу пацієнтів з програми медикаментозного підтримувального лікування в Україні: практичний посібник. — Дорохіна Л.В., Карачевський А.Б., Климчук В.О., Ламбракіс О.В. — К.: МБФ «Альянс Громадського здоров'я», ТОВ «ВБ «Аванпост-ПРИМ» 2017. — 76 стор.

ISBN 978-61-502-114-9

У даному практичному посібнику розглядаються підходи і методики супроводу пацієнтів, які завершують/завершили участь у замісній підтримувальній терапії. Метою покращення якості послуг є попередження рецидивів, ресоціалізація, збереження прихильності до лікування ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та інших соціально небезпечних захворювань. Проаналізовані моделі та рекомендовані методики базуються на доказових практиках. Наведені у посібнику рекомендації можуть бути корисними для усіх фахівців, які працюють з пацієнтами із наркозалежністю: лікарів-наркологів, сімейних лікарів, психотерапевтів, психологів, соціальних працівників.

Ці матеріали опубліковані за підтримки Надзвичайної ініціативи Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД (PEPFAR) та у співпраці з Центрами контролю та профілактики захворювань США (CDC). CDC не бере на себе жодної відповідальності за правдивість фактів, представлених у цих матеріалах. Зміст матеріалів, викладені позиції, результати та висновки, представлені авторами цих матеріалів, належать суто авторам матеріалів та ні в якому разі не відображують офіційну позицію або політики Центрів контролю та профілактики захворювань США або уряду США.

These materials have been published with support of U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) in collaboration with U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). CDC assumes no responsibility for the factual accuracy of the materials presented. The content of materials, opinions expressed, findings and conclusions reported by the authors of materials are strictly their own and in no way meant to represent the official position or policies of CDC or US Government.

УДК 364.62-056.83(477)(072)

Розповсюджується безкоштовно

Формат 60х90/8

Ум.друк 4,44

Тираж 500 прим. Зам. № 7865

Зміст

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ	4
ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ЗАГАЛЬНІ ПІДХОДИ ЩОДО ЗАВЕРШЕННЯ ЛІКУВАННЯ В ПРОГРАМІ ЗПТ	6
1.1 Основні цілі та принципи лікування психічних і поведінкових розладів внаслідок вживання ПАР	6
1.2 Базові рекомендації щодо ведення пацієнтів, які завершують ЗПТ	8
1.2.1 Принципи та фактори успішного завершення лікування	8
1.2.2 Час знаходження в програмі, необхідний для оцінки готовності завершити лікування	9
1.2.3 Підходи щодо зниження дози	11
1.2.4 Призначення додаткових препаратів	11
1.2.5 Заходи після завершення пацієнтом лікування в програмі ЗПТ	12
1.2.6 Примусове припинення лікування (за ініціативи медичного персоналу через порушення правил)	13
1.2.7 Заходи психосоціального супроводу	14
РОЗДІЛ 2. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ, ЯКІ ЗАКІНЧИЛИ ПРОГРАМУ ЗПТ	15
2.1. Три моделі організації супроводу завершення пацієнтами ЗПТ	15
2.2. Розбудова системи психосоціального супроводу пацієнтів, які завершують ЗПТ, на базі існуючого ЗОЗ	17
2.2.1. Загальні особливості організації роботи	17
2.2.2. Мотиваційне консультування: принципи та техніки	19
2.2.3. Використання техніки «Попередження рецидивів»	23
2.3. Амбулаторна програма реабілітації наркозалежних, які закінчили ЗПТ, на базі реабілітаційного центру, що використовує Міннесотську модель	24
2.3.1. Особливості роботи з пацієнтами в реабілітаційних центрах	24
2.3.2. Зміст, завдання та етапи програми	25
2.4. Програма психотерапевтичної допомоги фахівцями з когнітивно-поведінкової терапії	33
2.4.1. Мета, етапи, зміст програми	33
2.4.2. Зміст програми: планування сесій, ключові втручання та техніки	38
ДОДАТКИ	55
Додаток № 1. Орієнтований план узгоджених дій щодо виходу пацієнта із ЗПТ	55
Додаток № 2. Приклад лікувального контракту	56
Додаток № 3. Інші види програм реабілітації наркозалежних	57
Додаток № 4. Приклад робочого зошиту для роботи за напрямом попередження зрывів	63
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	73

Список скорочень

АМБТ — антимікобактеріальна терапія

АРТ — антиретровірусна терапія

АРО — антисоціальний розлад особистості

ВГВ — вірусний гепатит В

ВГС — вірусний гепатит С

ВІЛ — вірус імунодефіциту людини

ВООЗ — Всесвітня організація охорони здоров'я

ЗОЗ — заклад охорони здоров'я

ЗПТ — замісна підтримувальна терапія

ІОК — цільові програми в галузі інформування, освіти і комунікацій

КІТ — консультування і тестування на ВІЛ

КПТ — когнітивно-поведінкова терапія

ЛЖВ — люди, які живуть з ВІЛ

ЛПЗ — лікувально-профілактичний заклад

МКХ-10 — міжнародна статистична класифікація хвороб 10-го перегляду

МОЗ — Міністерство охорони здоров'я

МПЛ — медикаментозне підтримувальне лікування (ЗПТ)

НУО — неурядові організації

NIDA — Національний інститут з питань зловживання наркотиками

ПАР — психоактивні речовини

ПТСР — посттравматичний стресовий розлад

МПД — первинна медична допомога

ПОШ — програма обміну/видачі шприців та голок

СІН — споживачі ін'єкційних наркотиків

СНІД — синдром набутого імунодефіциту

SAMHSA — Substance Abuse and Mental Health Services Administration (Служба профілактики психічних розладів, пов'язаних зі зловживанням психоактивними речовинами, США)

ТБ — туберкульоз

ТС — терапевтична спільнота

ФА — функціональний аналіз

ЦПМСД — центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги

Вступ

Більш ніж десятирічне впровадження програми замісної підтримувальної терапії в Україні свідчить про значний прогрес на шляху її реалізації. Зокрема, значно розширено доступ до зазначеного виду лікування осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів, на національному рівні сформовано розуміння ролі програми як профілактичного методу протидії ВІЛ/СНІДу та найефективнішого підходу до лікування опіоїдної залежності, отримано державні гарантії стосовно фінансування програми тощо.

Водночас, незважаючи на досягнутий прогрес та відносно високу якість послуг в програмах ЗПТ, на сьогоднішній день все ще залишається низка проблем, серед яких важливе місце посідають питання утримання пацієнтів в програмі, забезпечення безпечного завершення лікування, підтримка після виходу з програми задля попередження повернення до вживання ПАР та ризикованої поведінки.

Згідно з даними офіційної статистики, протягом 2016 року участь у програмі ЗПТ припинили 1778 осіб¹, і ні на національному, ні на регіональному рівнях досі не відпрацьовано стратегію супроводу зазначеного процесу та відслідковування подальшої долі осіб, які вибули з програми, незважаючи на їхнє фактичне перебування під диспансерним наглядом.

Несформованість навичок тверезого способу життя та високий рівень психологічного потягу змушує значну частину пацієнтів, що залишають програму ЗПТ, повертатися до вживання нелегальних наркотиків та практикувати ризикову поведінку.

Актуальність і необхідність розробки рекомендацій щодо супроводу процесу виходу пацієнтів з програми та відслідковування їхньої подальшої долі пояснюється не лише з точки зору існуючих ризиків повернення до вживання, а й ризиків щодо переривання і низької прихильності до лікування антиретровірусними препаратами та препаратами для лікування туберкульозу, подальшої ризикованої поведінки та поширення ВІЛ/СНІДу і вірусних гепатитів.

Зважаючи на зазначене та враховуючи нагальну потребу розроблення конкретних рекомендацій стосовно супроводу завершення пацієнтами лікування, і було розроблено даний посібник.

¹ Національний звіт за 2017 рік щодо наркотичної ситуації в Україні (за даними 2016 року). — К.: Український моніторинговий та медичний центр з наркотиків та алкоголю МОЗ України, 2017.

Загальні підходи щодо завершення лікування в програмі ЗПТ

1.1 Основні цілі та принципи лікування психічних і поведінкових розладів внаслідок вживання ПАР

Загальна мета лікування залежності від опіоїдів полягає у зменшенні медичної, соціальної та економічної шкоди для особи та суспільства, яка виникає внаслідок вживання заборонених речовин².

Як правило, очікування суспільства від лікування наркотичної залежності полягають у тому, щоб споживачі почали жити вільним від наркотиків життям. Утримання (тверезість) є важливою довгостроковою ціллю, але такий погляд на лікування не відображає всю складність явища наркотичної залежності та не узгоджується з тим, що окремі пацієнти потребують дуже тривалого лікування.

Зосередження уваги на досягненні тверезості певною мірою знецінює інші позитивні результати, до яких може привести медикаментозне підтримуюче лікування. Для більшості пацієнтів, які починають лікування, важливішими є короткострокові цілі:

- ✓ збереження життя;
- ✓ скорочення вживання заборонених наркотиків;
- ✓ зменшення ризиків захворювання інфекційними хворобами;
- ✓ поліпшення фізичного та психічного здоров'я і самопочуття;
- ✓ зменшення залучення до злочинної діяльності;
- ✓ повернення до роботи та навчання;
- ✓ поліпшення соціального функціонування.

Ці цілі є кроками тривалого процесу: від хаотичного (неконтрольованого) вживання наркотиків до зменшення обсягів та використання більш безпечних практик вживання, а потім до повної відмови від наркотиків. Скорочення вживання наркотиків або їх контрольоване вживання, підтримання сталих стосунків, працевлаштування та поліпшення здоров'я є важливими змінами, які можуть заохотити пацієнта до підтримання тверезості у майбутньому.

Провідні наукові організації, зокрема ВООЗ, на підставі численних досліджень та клінічних спостережень сформулювали декілька наріжних принципів ефективного лікування наркозалежності³:

1. **Доступність.** Кожній особі, яка має потребу в лікуванні, має бути надана така можливість.
2. **Безкоштовність.** Звісно, що річ не про безоплатність взагалі. Бажано, щоб лікування було безкоштовним для пацієнта, оскільки у більшості випадків наркозалежні не мають влас-

² Australian national guidelines for medication-assisted treatment of opioid dependence. — 2014. — pp. 38–39.

³ Principles of Drug Dependence Treatment. — WHO Press, 2008. — Режим доступу: http://www.who.int/substance_abuse/publications/principles_drug_dependence_treatment.pdf?ua=1

них джерел для оплати своєї терапії. Тому йдеться про покриття видатків державою, муніципальною владою, благодійними фондами тощо.

3. **Забезпеченість дружнім і вільним від осуду і стигми персоналом.** Доведено, що в установах, де вироблено безоціночне ставлення до пацієнтів, значно вищий рівень співпраці, менше порушень режиму, кращі результати лікування. Персоналу в таких закладах суттєво легше працювати з пацієнтами, вони більше задоволені своєю роботою та значно рідше зустрічаються випадки вигорання.
4. **Пристосування до індивідуальних потреб пацієнта.**
5. **Безперервна допомога** через систему перенаправлення до фахівців інших медичних установ, відповідних місцевих неурядових організацій та залучення спільноти СІН.
6. **Права людини, гідність пацієнта.** Пацієнти не повинні страждати через стигму і дискримінацію.
7. **Лікування та психологічна допомога повинні надаватися відповідно до принципів доказової медицини.** Йдеться про те, що використовувати варто лише ті види інтервенцій та медикаментозного лікування, які мають докази своєї ефективності і рекомендовані відповідними міжнародними та національними керівництвами і протоколами.

Попередження повернення до вживання інших ПАР, передозувань, ризикованої поведінки, пов'язаної з інфікуванням ВІЛ, може залежати від якості надання соціально-психологічної допомоги під час перебування на замісній підтримувальній терапії, при її припиненні, проведенні детоксикації та в період утримання від наркотиків⁴.

Метою психосоціальних втручань є допомога пацієнтам контролювати потяг до вживання наркотиків і залишатися тверезим, а також допомогти їм справитися з емоційними проблемами, які часто супроводжують залежність⁵. Психосоціальні втручання можуть використовуватись при різних формах лікування (наприклад, стаціонарній або амбулаторно-поліклінічній) і в різних моделях (таких як, наприклад, навчання соціальним навичкам, індивідуальне та групове консультування, робота з сімейними парами, когнітивно-поведінкова терапія, управління надзвичайними ситуаціями, терапія «12 кроків», мотиваційне інтерв'ювання, сімейна терапія і т.ін.).⁶

Хоча кожен вид терапії може відрізнятися за своєю структурою і теоретичною основою, більшість з них використовують загальні терапевтичні елементи з метою (1) змінити процеси, які служать основою для підтримки адиктивної поведінки, (2) заохочувати прихильність до фармакотерапії, або (3) забезпечити лікування коморбідності (додаткового розладу психічного чи фізичного здоров'я), яка або ускладнює адиктивний розлад, або діє як спусковий механізм для рецидиву⁷.

⁴ Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. — WHO Press, 2009. — Режим доступу: http://www.who.int/substance_abuse/activities/treatment_opioid_dependence/en/

⁵ Dutra L., Stathopoulou G., Basden S., Leyro T., et al. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders // American Journal of Psychiatry. — 2008. — № 165 (2). — pp. 179–87.

⁶ Carroll K.M., Onken L.S. Behavioral therapies for drug abuse // American Journal of Psychiatry. — 2005. — №162. — pp. 1452–1460.

⁷ Dugosh K., Abraham A., Seymour B., McLoyd K., et al. A Systematic Review on the use of psychosocial interventions in conjunction with medications for the treatment of opioid addiction // Journal of Addiction Medicine. — 2016. — Volume 10. Issue 2 — pp. 93–103.

1.2 Базові рекомендації щодо ведення пацієнтів, які завершують ЗПТ

1.2.1 Принципи та фактори успішного завершення лікування

1) Згідно з численними міжнародними рекомендаціями, зокрема BOOЗ⁸, SAMHSA⁹, ASAM¹⁰, ЗПТ не повинна обмежуватися у часі — це означає, що лікування для пацієнта може бути позитивним. Неприпустимим є мотивування, вмовляння та активне заохочення пацієнтів до припинення участі у програмі. Успішне завершення програми можливе лише у разі особистого та добровільного бажання пацієнта.

В цілому, припинення прийому препаратів ЗПТ пов'язано з високим ризиком повернення до вживання нелегальних опіоїдів, і це слід брати до уваги при прийнятті рішення стосовно завершення/припинення лікування.

2) Успішне завершення замісної терапії передбачає безпечне та комфортне для пацієнта припинення прийому опіоїдних препаратів без повернення до вживання нелегальних опіоїдів або інших ПАР.

3) Як і у випадку будь-якого іншого хронічного стану, передчасне припинення терапії може бути пов'язане з рецидивом та/або загостренням інших проблем зі здоров'ям та самопочуттям пацієнта¹¹.

4) До факторів, які сприяють успішному припиненню лікування, можна віднести:

- те, яким чином планується припинення вживання опіоїдів:
 - ✓ поступове, а не швидке зменшення дози (протягом місяців, а не декількох тижнів чи днів);
 - ✓ добре розуміння процесу пацієнтом та його участь у прийнятті рішень;
 - ✓ участь у психосоціальних заходах, спрямованих на укріплення стратегії подолання труднощів, припинення ризикованої поведінки, а також у системах підтримки;
 - ✓ регулярний огляд прогресу та перегляд планів;
- відсутність нестабільного або проблемного вживання алкоголю та інших психоактивних речовин;
- стабільний фізичний та психічний стан:
 - ✓ слід звертати увагу на те, що проблеми із психічним здоров'ям (прояви депресії, тривожності) або прояви хронічного больового синдрому при припиненні вживання опіоїдів можуть загостритися;
- стабільні соціальні умови, зокрема, заходи та підтримка для ведення способу життя, вільного від наркотиків;
- тривалість лікування.

⁸ http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/

⁹ <https://www.samhsa.gov/>

¹⁰ <https://www.asam.org/>

¹¹ Australian national guidelines for medication-assisted treatment of opioid dependence — 2014. — pp. 38–39.

1.2.2 Час знаходження в програмі, необхідний для оцінки готовності завершити лікування

Для стабілізації на програмі замісної терапії більшості пацієнтів необхідно від одного до двох років (за даними ВООЗ та SAMHSA), деякі можуть досягти цього швидше, а інші можуть взагалі не досягнути оптимального стану.

Говорячи про час завершення лікування в програмі, важливе розуміння етапів лікування в програмі ЗПТ.

Так, відповідно до SAMHSA¹², лікування в програмах ЗПТ можна поділити на наступні фази, а саме:

- 1) гостра фаза (acute phase);
- 2) реабілітаційна фаза (rehabilitative phase);
- 3) фаза догляду та підтримки (supportive-care phase);
- 4) підтримуюча фаза (medical maintenance phase);
- 5) фаза завершення лікування/виходу з програми та ресоціалізації (tapering and readjustment phase);
- 6) фаза подальшого догляду (continuing care phase).

Відповідно до зазначених рекомендацій, готовність пацієнта виходити з програми може бути сформована лише після досягнення четвертої фази — завершення лікування/виходу з програми, після якої слідує фаза виходу з програми та ресоціалізації.

Для того щоб визначити, чи знаходиться пацієнт на цій фазі, рекомендовано використовувати наступні критерії:

- не менше 2-х років знаходження в програмі;
- невживання інших ПАР та відсутність проблем, пов'язаних із зловживанням призначених медичних препаратів протягом 2-х років;
- відсутність проблем із зловживанням алкоголем;
- стабільне соціальне оточення в середовищі, вільному від вживання ПАР;
- стабільне та легальне джерело доходу;
- включеність у продуктивну активність (робота, навчання, волонтерство);
- відсутність кримінальної поведінки та іншої протиправної діяльності не менше 3-х років, а також умовного терміну чи знаходження в системі пробації;
- адекватна система соціальної підтримки;
- відсутність нестабілізованого психічного стану або захворювання.

Важливо звернути увагу на те, що перед тим, як готуватись до виходу з програми, пацієнту необхідно вирішити всі свої основні проблеми, пов'язані зі здоров'ям, соціальною зайнятістю тощо. Зокрема, рекомендовано почати прийом АРТ або проходити лікування вірусного гепатиту чи туберкульозу на попередній фазі.

Прийняття рішення щодо виходу пацієнта з програми та завершення лікування має бути дуже виваженим та ґрунтуватися на всебічній оцінці досягнутого прогресу, рівні мотивації, наявності

¹² Medication-Assisted Treatment for Opioid Addiction in Opioid Treatment Programs // Treatment Improvement Protocol (TIP). Series. — №. 43. — Center for Substance Abuse Treatment. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration. — 2005. — Режим доступу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64164/>

системи підтримки, попередніх спроб завершення лікування. Під час зазначеної фази пацієнт має бути готовим отримувати консультації частіше, розуміти переваги та недоліки виходу з програми, а також пов'язані з цим ризики. Пацієнти мають розуміти необхідність у будь-який момент повернутися на попередні фази лікування, якщо зустрінуть серйозні труднощі, які в подальшому можуть призвести до повернення до вживання. Темп завершення пацієнтом лікування також має бути індивідуальним і може тривати багато місяців, стільки, скільки це потрібно пацієнту.

У таблиці, наведеній нижче, представлено, яким чином вирішуються основні проблеми пацієнта під час перебування на фазі завершення лікування (п'ята фаза).

Таблиця 1. Основні проблеми та їх вирішення на фазі завершення лікування

Проблема	Стратегія, спрямована на вирішення проблеми	Індикатор для повернення на попередню фазу
Вживання алкоголю та наркотиків	✓ моніторинг вживання ПАР; ✓ збільшення частоти тестування; ✓ збільшення частоти консультацій.	✓ зрив або побоювання щодо зриву вживання ПАР; ✓ позитивні результати тесту на вживання ПАР.
Медичні проблеми та питання психічного здоров'я	✓ моніторинг прихильності; ✓ підтримка комунікації; ✓ навчання.	✓ нестабільний стан здоров'я.
Працевлаштування та освіта	✓ моніторинг прогресу; ✓ допомога у вирішенні проблем, пов'язаних із роботою.	✓ нестабільність; ✓ втрата роботи.
Сімейні проблеми	✓ моніторинг сімейної стабільності та стосунків; ✓ переадресація до сімейної терапії (при потребі).	✓ нестабільність; ✓ смерть або втрата близької людини; ✓ нестабільність місця проживання.
Правові проблеми	✓ моніторинг проблем із законом, правових проблем; ✓ надання необхідної підтримки.	✓ повернення або початок кримінальної чи протиправної поведінки.

Як можна побачити з представленої вище таблиці, не рекомендується приймати рішення щодо завершення лікування у разі появи у житті пацієнта додаткових стресових чинників.

Важливо розуміти, що якщо у пацієнта з'являються фактори, які свідчать про його повернення на попередню чи попередні фази, то це свідчить про неготовність до завершення лікування.

На цьому етапі важливо забезпечити доступність пацієнтові системи консультативної підтримки, розробити план попередження зриву, який обов'язково включатиме опис того, як пацієнту повернутися до програми.

Панель експертів SAMHSA¹³ рекомендує пацієнтам на фазі завершення лікування час від часу проводити тестування з метою визначення в сечі наркотиків, а також перевіряти залишки виданих на руки препаратів.

¹³ Managing chronic pain in adults with or in recovery from substance use disorders // Treatment Improvement Protocol (TIP). Series. — №. 54. — Center for Substance Abuse Treatment. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration. — 2012. — Режим доступу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92048/>

1.2.3 Підходи щодо зниження дози

Найбільш розповсюджений спосіб припинення ЗПТ полягає в тому, щоб протягом декількох місяців в амбулаторних умовах поступово скорочувати дозу препарату, що дає пацієнтам час для адаптації до необхідних фізіологічних, соціальних та поведінкових змін, які відбуваються протягом цього процесу.

Із зменшенням дози до нульової тяжкість синдрому відміни має тенденцію до зростання, при цьому його пікові прояви, зазвичай, спостерігаються через 1–4 тижні після припинення прийому препарату, а помірні (проблеми зі сном, розлади настрою, тяга до наркотиків) можуть зберігатися ще протягом декількох місяців¹⁴.

При зниженні дози пацієнту ЗПТ важливо надати інформацію про характер та тяжкість синдрому відміни замісного препарату та про можливість повернення до медикаментозного лікування у разі, якщо йому здається, що продовження синдрому відміни може підвищити ризик рецидиву вживання наркотиків.

Під час синдрому відміни або «очікуваної абстиненції» при виході із ЗПТ пацієнти, зазвичай, скаржаться на порушення сну, «ломоту» у м'язах та суглобах, тривогу, потяг до наркотику, інколи підвищення тиску та диспепсичні розлади.

Тривалість таких розладів коливається від 2 до 5 тижнів. Стійке погіршення настрою у поєднанні з вираженою суб'єктивною потребою в опіоїдах або альтернативних ПАР як звичному джерелі задоволення і засобу усунення дискомфорту обумовлює високий ризик рецидиву.

При виході з програми ЗПТ найдоцільніше, аби пацієнти проходили детоксикацію методом поступового зменшення дозування. Підхід до закінчення детоксикації в умовах стаціонару за бажанням пацієнта є економічно недоцільним.

Потрібно дати пацієнту можливість самому контролювати напрямок та швидкість завершення програми. Можливо, буде варто призупинити, уповільнити чи відмінити вихід з програми.

Опис процедури зниження дози представлено в «Уніфікованому клінічному протоколі первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги хворим із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів», затверджену Наказом Міністерства охорони здоров'я України 23.02.2016 №121.

1.2.4 Призначення додаткових препаратів

Для пацієнтів, які припиняють замісну терапію, необхідно забезпечити підтримку, консультації, надання відповідної інформації та просвіту. Є вірогідність, що у цей період для полегшення симптомів пацієнту потрібно буде призначити інші препарати, такі як клонідин, нестероїдні протизапальні засоби, протинудотні препарати або антидіарейні засоби¹⁵.

Нижче представлено основні рекомендації щодо призначення інших препаратів поряд з препаратами ЗПТ:

- ✓ Якщо пацієнту необхідно разом з метадоном або бупренорфіном призначати антидепресанти, перевагу слід віддавати неседативним препаратам (наприклад, інгібіторам зворотного захоплення серотоніну, I33C)¹⁵.
- ✓ Одночасний прийом з бензодіазепінами підвищує ризик передозування. При призначенні потрібен ретельний моніторинг¹⁵.

¹⁴ Australian national guidelines for medication-assisted treatment of opioid dependence — 2014. — pp. 38–39.

¹⁵ Там само.

- ✓ Пацієнтам, які на момент завершення лікування мають больовий синдром, варто налагодити прийом препаратів для зняття болю, оскільки неконтрольований або погано контрольований біль може призвести до повернення до вживання ПАР, та врахувати, що зменшення дози препаратів ЗПТ водночас призводить до зниження анальгетичного ефекту у пацієнта. Для зазначеної групи пацієнтів не рекомендується застосування опіоїдних анальгетиків, окрім випадків, коли переваги перевищують ризик¹⁶.

1.2.5 Заходи після завершення пацієнтом лікування в програмі ЗПТ

Період після детоксикації/завершення участі у ЗПТ — час високого ризику для рецидиву щодо вживання ПАР. Зважаючи на це, корисним є налагодження після періоду інтенсивного лікування системи підтримуючого догляду, метою якого є надання постійної підтримки пацієнту задля збереження досягнутих результатів і цілей, зменшення кількості, частоти та тривалості рецидивів.

Після завершення основного лікування в програмі всім пацієнтам має бути доступна можливість регулярного контакту в телефонному режимі з лікарями, а також можна запланувати зустрічі, бустерні відвідування тощо. Пацієнтів можуть також заохочувати до участі у групах самопомогі, іншої загальної підтримки та консультаційних послуг в міру необхідності. Очевидно, що доброзичливе ставлення сім'ї і близького оточення також сприятиме відновленню людей, які отримували лікування проблемного споживання¹⁷.

Відповідно до рекомендацій SAMHSA¹⁸, лікування пацієнта не завершується з припиненням прийому препаратів ЗПТ, а лише розпочинається його остання фаза — подальшого догляду (continuing care phase).

Тривалість такої фази для більшості пацієнтів в середньому складає від 3-х до 12-ти місяців. Цей час необхідний пацієнтові для адаптації до нового стилю життя, вільного як від вживання ПАР, так і від участі в лікувальній програмі — прийомі препаратів ЗПТ.

На зазначеному етапі особливу увагу варто спрямувати на формування навичок вирішення життєвих проблем та попередження зривів. Рекомендується участь у програмі «12 кроків» та будь-яких інших програмах підтримки. Частині пацієнтів можна порекомендувати терапію налтрексоном. В першу чергу, зважаючи на численні ризики щодо побічних ефектів, така терапія може бути призначена для високомотивованих пацієнтів (за даними SAMHSA¹⁷ та BOOЗ¹⁹).

Під час фази подальшого догляду з пацієнтом підтримується зв'язок і регулярно оцінюється його поточний стан, він відвідує групи одужання. На цьому етапі важливо розуміти, що, враховуючи хронічний характер залежності з потенційним ризиком повернення до вживання, лікування залежності може знову стати необхідним.

На зазначеному етапі пацієнт повинен мати соціально продуктивне життя, не вступати у проблеми із законом, не мати кримінальної та протиправної поведінки, не вживати ПАР чи зловживати алкоголем, мати навички вирішення життєвих проблем. Психічні хвороби та їхні симптоми мають бути добре контрольовані та керовані. Рекомендується відвідування груп самопомогі.

¹⁶ Managing chronic pain in adults with or in recovery from substance use disorders // Treatment Improvement Protocol (TIP). Series. — №. 54. — Center for Substance Abuse Treatment. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration. — 2012. — Режим доступу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92048/>

¹⁷ The Treatnet Training Package. Volume B: Elements of Psychosocial Treatment. [electronic resource] — Режим доступу: <https://www.unodc.org/ddt-training/treatment/b.html>

¹⁸ Medication-Assisted Treatment for Opioid Addiction in Opioid Treatment Programs // Treatment Improvement Protocol (TIP). Series. — №. 43. — Center for Substance Abuse Treatment. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration. — 2005 — Режим доступу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64164/>

¹⁹ Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. — WHO, 2009. — Режим доступу: http://www.who.int/substance_abuse/activities/treatment_opioid_dependence/en/

Зустрічі з персоналом сайту ЗПТ мають відбуватися з періодичністю один раз на 1–3 місяці.

Для кожного пацієнта, який завершує лікування, має бути створена можливість повернення до програми у будь-який час.

1.2.6 Примусове припинення лікування (за ініціативи медичного персоналу через порушення правил)

Згідно з рекомендаціями ВООЗ²⁰, кожна програма, яка надає послуги з лікування залежності, має встановлювати чіткі межі щодо визначення того, яка поведінка пацієнтів є прийнятною, а яка потребує негайного реагування. Встановлення меж має передбачати поступові заходи з реагування, а саме:

- ✓ позитивні відгуки за «хорошу» поведінку;
- ✓ стримане реагування на незначні порушення правил поведінки (наприклад, попередження, скорочення привілеїв щодо отримання доз для самостійного прийому, відмова або затримка у видачі доз у разі нтоксикації);
- ✓ остаточні заходи реагування (наприклад, виписка та, за необхідності, виклик поліції) за серйозні порушення правил поведінки.

Важливо, щоб заходи реагування не були надмірними та не призводили до необґрунтованої виписки з програми тих пацієнтів, які могли б і далі отримувати лікування, оскільки, відповідно до даних досліджень, рецидиви вживання ПАР відбуваються у 75% пацієнтів примусово виписаних з програми²¹.

Водночас відсутність негайної реакції на суттєві порушення створює серйозний ризик шкоди іншим пацієнтам та медичному персоналу.

Відповідно до зазначених вище рекомендацій, кожную ситуацію, яка призвела до необхідності примусового виключення пацієнта з програми, слід розглядати з точки зору того, чи можливо було попередити ситуацію, чи передували їй якісь чинники, на які можна було вплинути.

Так, наприклад, неконтрольоване психічне захворювання, особливо пов'язане з антисоціальним розладом особистості, може призвести до значних проявів агресії стосовно пацієнтів та медичного персоналу, тоді як вчасне вжиття заходів щодо визначення наявності психіатричної коморбідності та організація доступу до лікування могли б попередити ситуації, що призвели до примусової виписки.

У випадку примусового завершення лікування для подолання синдрому відміни пацієнту рекомендується провести прискорену детоксикацію.

Примусова виписка пацієнта з програми має відбуватися у випадках, які описані відповідними нормативними актами, що регулюють впровадження ЗПТ в країні. При цьому воно має бути у форматі перенаправлення в іншу програму. Наприклад, якщо з'явилися випадки крадіжок серед працівників чи пацієнтів, то потрібно перенаправити пацієнта в іншу програму.

Припинення видачі препарату для самостійного прийому має відбуватися у зв'язку з правилами безпеки, але не бути покаранням.

²⁰ Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. — WHO, 2009. — Речим доступу: http://www.who.int/substance_abuse/activities/treatment_opioid_dependence/en/

²¹ Kornør H., Waal H. From opioid maintenance to abstinence: a literature review // Drug and alcohol review. — 2005. — №24(3). — pp. 267–274.

1.2.7 Заходи психосоціального супроводу

На етапі завершення лікування для всіх пацієнтів рекомендовано приймати участь у заходах із психосоціального супроводу, організованих на базі лікувального закладу або через направлення до груп взаємодопомоги.

Корисним може бути формування зразу групи психологічної підтримки для пацієнтів, які бажають припинити участь у ЗПТ.

Водночас, це може бути важко організувати у зв'язку із значним навантаженням, яке припадає на медичний персонал в контексті одночасного ведення такої групи, тому її можна організувати за принципами груп самодопомоги, на кшталт Анонімних Наркоманів.

У представленій нижче таблиці узагальнюються основні принципи щодо супроводу завершення пацієнтом лікування в програмі ЗПТ.

Таблиця 2. Ключові принципи супроводу завершення пацієнтом лікування в програмі

Принцип	Медичні складові	Психосоціальні складові
1. Підготовка до виходу із ЗПТ повинна починатись не менш ніж за 6 місяців до закінчення прийому замісних препаратів (бажано за 12 місяців) та починатися зі складання приблизного плану узгоджених дій щодо виходу пацієнта із ЗПТ (Додаток №1).	Узгодження з пацієнтом терміну виходу з програми в діапазоні від 6-ти до 12-ти місяців. Формування разом з пацієнтом, медичними працівниками та фахівцями, які надають послуги психосоціального супроводу, плану завершення лікування (включаючи план участі у заходах із психосоціальної підтримки). Участь у заходах психосоціальної підтримки є добровільною, а відмова брати участь не може бути підставою щодо отримання послуг із виходу з програми.	
2. Мотивування пацієнта щодо відмови від вживання будь-яких ПАР повинно бути регулярним і не носити директивного характеру.	Короткі інтервенції лікаря та медичної сестри ЗПТ.	Сеанси мотиваційної психотерапії, інтервенції соціального працівника.
3. Медикаментозне лікування (як під час участі у ЗПТ, так і після виходу) повинне бути направлено на попередження актуалізації потягу до наркотиків та рецидиву захворювання.	Поступове зниження дози препаратів ЗПТ з метою уникнення синдрому відміни. Призначення додаткових препаратів для лікування супутніх станів.	Психосоціальна підтримка, надання додаткових роз'яснень щодо очікуваних психофізіологічних ефектів під час та після зниження дози.
4. Супутні захворювання мають бути добре контрольованими.	Лікування всіх супутніх захворювань має бути розпочато до прийняття рішення щодо завершення лікування. Сформовано високу прихильність до прийому препаратів.	Підтримка прихильності до лікування інших супутніх станів.
5. Пацієнт має бути обізнаним щодо місця та часу прийому потрібних йому фахівців та отримати інформаційного листа.	Інформування пацієнта про місце та час прийому лікарів, що беруть участь у лікуванні пацієнта, проводиться ведучим лікарем (наркологом). В якості пам'ятки видається інформаційний лист.	Інформація про місце та час реабілітаційних заходів надається психологом та соціальним працівником.
6. Після завершення пацієнтом лікування має бути забезпечений зворотний зв'язок з пацієнтом.	Контакти пацієнта та членів його родини заносяться до медичної документації. Пацієнтові надаються робочі контакти фахівців.	Пацієнт повинен мати можливість у будь-який час звернутися до соціального працівника.
7. У разі необхідності повинна бути забезпечена можливість повернення пацієнта до ЗПТ.	Проведення обстеження, включення до ЗПТ.	Направлення до ЗПТ.

Соціально-психологічна реабілітація хворих, які закінчили програму ЗПТ

2.1. Три моделі організації супроводу завершення пацієнтами ЗПТ

Організація та розбудова системи заходів щодо супроводу завершення пацієнтами ЗПТ може відбуватись згідно з трьома основними сценаріями, виходячи з наявного ресурсу:

- » **перший сценарій** передбачає залучення фахівців з когнітивно-поведінкової терапії, які надають психотерапевтичні послуги в центрах психічного здоров'я або як приватні психотерапевти;
- » **другий сценарій** передбачає використання ресурсу реабілітаційних центрів, які існують на базі незалежних від системи надання медичних послуг установ/організацій (здебільшого неприбуткових або релігійних), груп взаємодопомоги або таких, що існують на базі державних ЗОЗ;
- » **третій сценарій** передбачає розбудову системи підтримки на базі вже існуючого ЗОЗ, що надає послуги ЗПТ.

У межах **першого сценарію** передбачається, що після завершення лікування в програмі ЗПТ пацієнт направлятиметься для проходження реабілітації до фахівця, який володіє методом когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) та має досвід роботи із залежними. Зазвичай, такий фахівець працює в центрі надання психологічних послуг або як фізична особа-підприємець. Перевагою такої допомоги є науково доведена ефективність методу КПТ для лікування залежності та можливість отримувати допомогу амбулаторно раз на тиждень протягом 3–4 місяців. Амбулаторний формат роботи особливо бажаний для працюючих клієнтів, бо дозволяє поєднувати допомогу психолога з роботою. Недоліком є обмежена кількість таких фахівців, тривалість їх підготовки (зазвичай 3,5–4 роки) та необхідність регулярних супервізій. Обмеженням також може бути відносно висока вартість таких послуг.

У **другому варіанті** після завершення ЗПТ пацієнту рекомендують реабілітаційний центр. Перевагою є інтенсивність та груповий формат роботи з клієнтом. Суттєвим недоліком є те, що у більшості випадків пацієнт має самостійно оплачувати власну реабілітацію, що є доволі дорогою послугою не завжди гарантованої якості (через відсутність системи ліцензування та сертифікації організацій, що надають зазначені послуги). Іншим недоліком підходу є те, що проходження реабілітації займає багато часу і мало підходить для працюючих пацієнтів.

На сьогоднішній день невідомо, чи потребують пацієнти, які протягом тривалого часу знаходились в програмі ЗПТ, настільки інтенсивних послуг. Вочевидь, якщо на базі ЗОЗ, де надаються послуги ЗПТ, буде організовано надання якісних послуг, спрямованих на вирішення комплексних проблем пацієнта, та якісну систему заходів психосоціального супроводу, потреба у таких інтенсивних послугах після звершення лікування для більшості пацієнтів не буде необхідною.

Третій сценарій передбачає, що в існуючу систему надання послуг пацієнтам ЗПТ буде інтегровано компонент супроводу та підтримки у процесі завершення лікування. В основі цього підходу лежить орієнтація на комплексність надання послуг, розуміння та врахування поетапності лікування, виважений підхід щодо надання послуг з точки зору фінансових затрат. Так, з точки зору економічної складової та подальшої стійкості, найбільш перспективними є розбудова та посилення потужності і спроможності вже існуючої системи замість створення нових, вартісних і незалежних від зовнішніх джерел сервісів.

Нижче у вигляді порівняльної таблиці представлено опис можливих підходів з коротким аналізом переваг, недоліків та застережень щодо впровадження.

Таблиця 3. Підходи щодо ведення пацієнтів, які завершують лікування

Сценарій/модель	Переваги	Недоліки	Застереження
Переадресація до реабілітаційного центру	» інтенсивність підтримки; » спрямованість на вирішення багатьох проблем пацієнта та його повноцінну ресоціалізацію; » підходить для пацієнтів зі складними соціальними проблемами та не розвиненими навичками життя.	» висока вартість; » велика кількість центрів, які використовують підходи з не доведеною ефективністю; » займає багато часу та мало підходить для працюючих пацієнтів та жінок з маленькими дітьми.	» не визначена обґрунтованість проходження реабілітації після завершення ЗПТ з точки зору фінансових затрат (вартісна послуга) та ефективності для пацієнта (пацієнт під час перебування в програмі здебільшого отримував комплекс психосоціальних послуг та стабілізував свій фізичний та психоемоційний стан і може не потребувати послуг такої інтенсивності).
Лікування антагоністами опіоїдів (налтрексом)	» підходить для пацієнтів з високою мотивацією.	» у більшості пацієнтів низький рівень утримання на лікуванні.	» підвищення ризику передозування після закінчення лікування; » побічні ефекти; » ускладнює лікування болювого синдрому.²²
Реабілітація на базі наркологічного лікувального закладу, що надає послуги ЗПТ	» інтенсивність підтримки; » спрямованість на вирішення великої кількості проблем пацієнта та його повноцінну ресоціалізацію; » підходить для пацієнтів зі складними соціальними проблемами та не розвиненими навичками життя.	» займає багато часу та мало підходить для працюючих пацієнтів та жінок з маленькими дітьми.	» не визначена обґрунтованість проходження реабілітації після завершення ЗПТ з точки зору фінансових витрат (вартісна послуга) та ефективності для пацієнта (пацієнт під час перебування в програмі здебільшого отримував комплекс психосоціальних послуг та стабілізував свій фізичний та психоемоційний стан і може не потребувати послуг такої інтенсивності).
Сукупність медичних та психосоціальних заходів на етапі підготовки пацієнта до завершення лікування та вибуття з програми, що організовані силами ЗОЗ, які надають ЗПТ	» модель приваблива з економічної точки зору; » дозволяє комплексно оцінювати стан пацієнта та гнучко підходити до визначення його готовності завершувати лікування в програмі ЗПТ;	» невідомі, оскільки підхід на практиці не впроваджено, існують лише поодинокі спроби надання комплексних послуг на етапі завершення лікування, які здебільшого враховують лише медичний аспект захворювання (поступове зниження дози, призначення додаткових препаратів за потреби).	» відсутня практика надання подібних послуг, є потреба у пілотуванні підходу для визначення його ефективності та економічної доцільності (який обсяг послуг має надаватись для того, щоб були результати за найменших фінансових витрат).

Сценарій/ модель	Переваги	Недоліки	Застереження
	» комфортність для пацієнта (послуги надаються в процесі основного лікування та є його складовою), подальший супровід забезпечується в рамках диспансерного нагляду.		
Когнітивно-поведінкова терапія	» наукова доказовість; » підходить для працюючих пацієнтів та жінок з маленькими дітьми; » спрямована на напрацювання пацієнтом навичок вирішення проблем та працює з коморбідними розладами.	» висока вартість; » мала кількість фахівців, які використовують такий підхід.	» відсутня практика взаємодії центрів, де надають ЗПТ, і центрів психічного здоров'я.

2.2. Розбудова системи психосоціального супроводу пацієнтів, які завершують ЗПТ, на базі існуючого ЗОЗ

2.2.1. Загальні особливості організації роботи

З точки зору економічної ефективності зазначена модель бачиться найбільш перспективною для розвитку та підтримки.

У рамках зазначеної моделі варто дотримуватися загальних рекомендацій щодо супроводу завершення пацієнтами лікування, які відображені в *підрозділі 1.2. Розділу 1* цієї публікації, та використовувати в якості психосоціальних втручань лише ті, які мають доведену ефективність, зокрема:²²

- » когнітивно-поведінкову терапію,
- » мотиваційні інтерв'ю,
- » заохочувальний менеджмент (contingency management),
- » профілактику рецидиву (relapse prevention).

²² Australian national guidelines for medication-assisted treatment of opioid dependence. — 2014. — pp. 38–39.

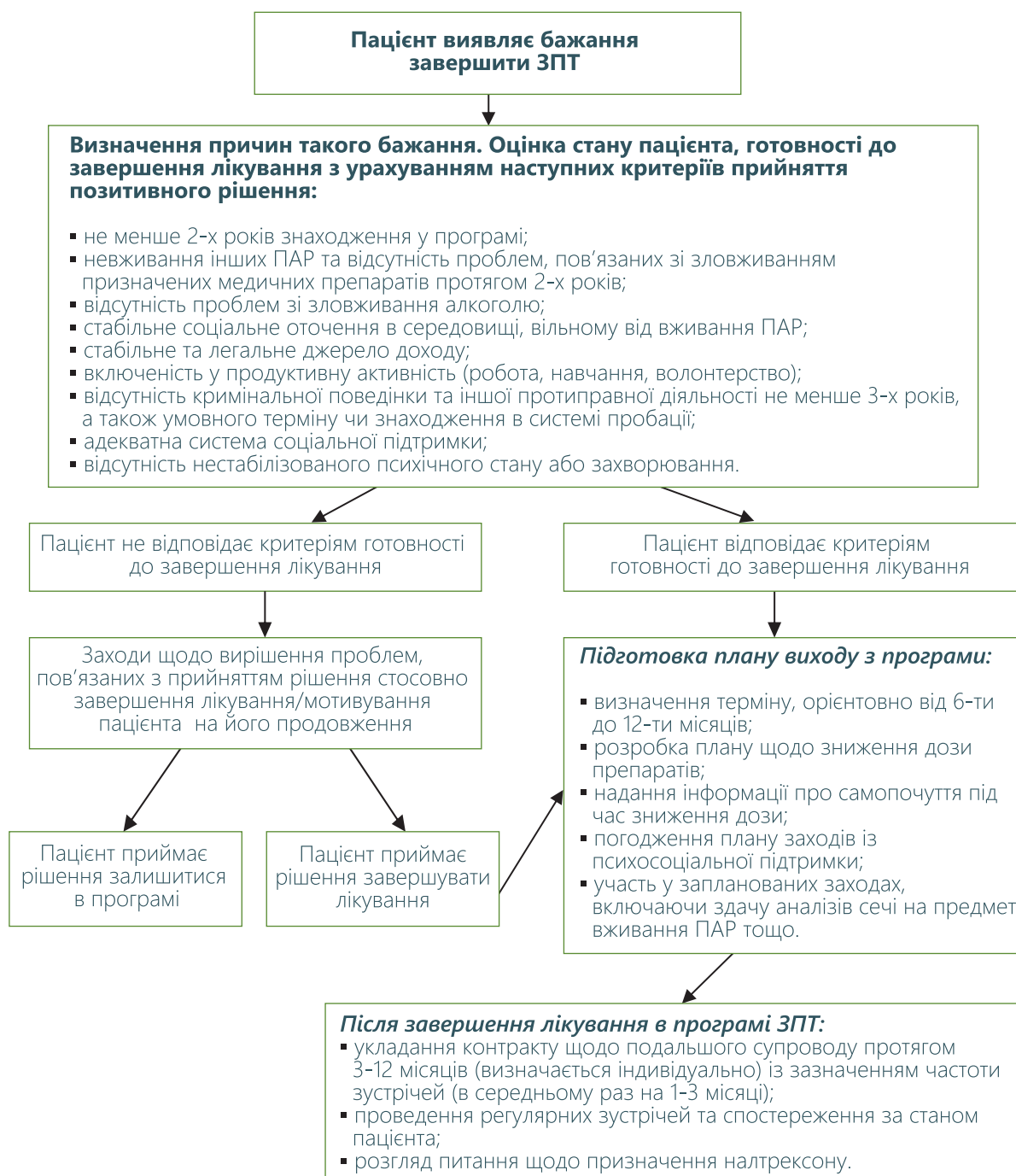
Medication-Assisted Treatment for Opioid Addiction in Opioid Treatment Programs // Treatment Improvement Protocol (TIP). Series. — №. 43. — Center for Substance Abuse Treatment. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration. — 2005.

Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. — WHO, 2009. — Режим доступу: (http://www.who.int/substance_abuse/activities/treatment_opioid_dependence/en/)

Особливий акцент в рамках такого підходу повинен робитися на профілактику рецидивів (який є доволі простою у застосуванні технікою) та мотиваційне консультування. Нижче у вигляді алгоритму представлено, як може виглядати така система підтримки²³.

Частота заходів із психосоціальної підтримки визначається індивідуально для кожного пацієнта, але в середньому вони проводяться 1–2 рази на тиждень.

В наступних розділах представлено опис двох технік, рекомендованих для використання на зазначеному етапі — мотиваційного консультування та профілактики рецидивів.



²³ При розробці прикладу лікувального контракту за основу взято: Managing chronic pain in adults with or in recovery from substance use disorders // Treatment Improvement Protocol (TIP). Series. — №. 54. — Center for Substance Abuse Treatment. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration. — 2012. — Режим доступу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92048/>

2.2.2. Мотиваційне консультування: принципи та техніки

Мотиваційне консультування — це направляючий клієнт-центрований стиль взаємодії, призначений допомагати людям досліджувати і долати їхню амбівалентність щодо вживання ПАР і почати змінювати свою поведінку в позитивному напрямку.

Під час мотиваційного консультування:

- » використовуйте рефлексивне слухання та емпатію,
- » уникайте конфронтації,
- » працюйте як команда проти «проблеми».

Основні принципи мотиваційного консультування:

- » емпатія,
- » дослідження амбівалентності,
- » уникання аргументів,
- » робота з опором,
- » підтримка самостійності пацієнтів.

Принцип 1: **Висловлюйте емпатію**

- » Ключова позиція — прийняття клієнта з усіма його протиріччями.
- » Фундаментальною основою роботи консультанта є рефлексивне слухання (уважний погляд, вдумливе вислуховування, вербальна та емоційна підтримка, повторювання з переразовуванням та ін.).
- » Важливо пам'ятати, що амбівалентність клієнта — нормальне явище. Це прояв його хвороби.
- » Консультант повинен демонструвати розуміння перспектив клієнта та не навішувати ярликів.

Принцип 2: **Розвивайте протиріччя (амбівалентність)**

- » Прояснюйте важливі цілі і завдання для клієнта.
- » Досліджуйте існуючі або можливі наслідки поточної поведінки клієнта.
- » Викликайте і збільшуйте у свідомості клієнта протиріччя між його теперішньою поведінкою і цілями.

Принцип 3: **Уникайте аргументації**

- » Пам'ятайте, що аргументи не є продуктивними, що запевняння та директивні рекомендації збільшують опір. Якщо консультант відчуває опір — це сигнал для того, щоб змінити свою стратегію.

Принцип 4: Обходьте опір

- » Уникайте опору, а якщо він з'являється, зупиніться і шукайте інших шляхів для продовження консультування.
- » Уникайте конфронтації (переведіть увагу на щось інше).
- » Пропонуйте, але не нав'язуйте нові перспективи.
- » Оцінюйте клієнта як ресурс для виявлення методів вирішення проблеми.

Принцип 5: Підтримка впевненості пацієнта у власних силах

- » Віра в можливості змінюватися (впевненість у власних силах) є дуже важливим мотиватором. Саме пацієнт відповідальний за вибір особистих змін та досягнення поставлених цілей.

Під час зустрічей пацієнту ставлять наступні запитання:

- 1) які *недоліки перебування в даному стані*;
- 2) які *недоліки при зміні стану*;
- 3) які *переваги у зміні стану*.

Авторами підходу рекомендовано не цікавитися перевагами вживання, адже це може сприяти позитивному образу залежності; краще ставити запитання, які пов'язані з негативним сторонами вживання.

Особливу увагу варто приділяти мотивації пацієнта до змін, коли йому ставляться питання: «Чого Ви хочете досягнути та змінити в собі?» (мета утримання та одужання) та які «стоп-цілі» (що пацієнт не хоче змінювати та що йому заважає).

Пацієнтові пропонується листок особистих цілей (Personal Goal Worksheet) із наступними запитаннями²⁴:

- *Які мої цілі щодо відмови від прийому наркотиків?*
- *Які причини намагатися досягти цієї цілі?*
- *Які кроки я планую зробити, аби досягти цієї мети?*

Консультанту слід чітко виявити ті почуття, думки і поведінкові моделі, які заважають пацієнтові взяти на себе зобов'язання за зміну свого стану.

Якщо цілі є недостатньо визначеними або недоречними для лікування, тоді консультант разом з пацієнтом заповнює протокол, пропонуючи кілька ідей, які можуть допомогти виявити цілі. У ході заповнення протоколу можна запропонувати внести зміни таким чином, щоб пацієнт не відчував критику.

Якщо у пацієнта виникають проблеми з формулюванням цілей, є декілька способів допомогти йому:

- » Скажіть пацієнтові, що на етапі припинення вживання успішні ті люди, які мають чітке планування і стратегії уникнення ситуацій, що призводять до вживання.
- » Запитайте пацієнта про те, чим може він відвернути себе від думок про вживання наркотиків.

²⁴ Sampl S., Kadden R. Motivational enhancement therapy and cognitive behavioral therapy for adolescent cannabis users //Cannabis Youth Treatment (CYT) Series. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. — 2001. — Volume 1.

- Зверніть увагу пацієнта на те, що в ході лікування він буде більше дізнаватися про конкретні стратегії, які дозволять вирішити проблему з утриманням від наркотиків.

Після того, як список цілей заповнено, консультант просить пацієнта прочитати його вголос, попередньо пояснивши, що таке читання допомагає зміцнити мотивацію для досягнення мети. Листок зі списком цілей віддається пацієнту, рекомендується тримати його в полі зору та періодично переглядати і оновлювати цілі.

Однією з базових технік консультування є **OARS**.²⁵

OARS — це навички, які дозволяють залучати клієнтів до розмови, дослідити їхню амбівалентність щодо вживання ПАР і прояснити мотиви/причини для скорочення або припинення вживання небезпечних речовин. Вона складається з наступних компонентів:

- відкриті питання (open-ended questions);
- афірмації/схвалення, підтримка (affirmation);
- рефлексивне слухання (reflective listening);
- підсумовування/узагальнення (summarising).

Приклади відкритих запитань:

- «Поясніть, чим добре те, що Ви утримуєтеся від наркотиків?» замість: «Є щось доброго в тому, що Ви не вживаєте наркотики?».
- «Розкажіть мені, у чому негативна сторона того, що Ви не вживаєте наркотики?» замість: «Чи є негативні моменти в тому, що Ви не вживаєте наркотики?».
- «Чи є які-небудь моменти, пов'язані зі вживанням наркотиків, які Вас досі турбують? Розкажіть мені більш докладно про це» замість: «Чи турбує Вас те, що Ви вживали наркотики?».
- «Що турбує Вас найбільше?» та інші.

Афірмації:

- «Дякую, що Ви прийшли сьогодні».
- «Я високо ціную те, що Ви готові розповісти мені про вживання наркотиків».
- «Ви, безсумнівно, достатньо винахідлива людина, аби впоратися з цими проблемами».
- «Це добра ідея».
- «Про це важко говорити. Я дійсно високо ціную те, що Ви продовжуєте [говорити]».

Рефлексивне слухання:

- Відводить головне місце амбівалентності клієнта щодо вживання ним ПАР.
- Підводить клієнта до усвідомлення його проблем і реальних справ.
- Посилює мотивацію до рішень, які вказують на те, що клієнт думає про зміни.

²⁵ The Treatnet Training Package. Volume B: Elements of Psychosocial Treatment. [electronic resource]. — Режим доступу: <https://www.unodc.org/ddt-training/treatment/b.html>

Підсумовування/узагальнення:

- Узагальнення — важлива техніка, яка підбиває підсумок всьому, що було сказано до цього, і готує клієнта продовжувати рухатися далі.

Інші техніки мотиваційного консультування:

- Дослідження бачення сучасного моменту.
- Запрошення до дослідження «розриву» між бажаним і дійсним та ролі проблеми у неможливості руху в напрямку бажаного стану.
- Психоедукація (інформування про розвиток хвороби та її лікування).
- Рефреймінг (формулювання в новому контексті) вживання як хвороби, без осудження особи (і без удару по самооцінці).
- Запрошення подивитися на можливі негативні наслідки, подумати і звернутися ще раз, коли буде бажання поговорити і довідатися більше про можливість змін.
- Дослідження значення змін, цілей, проблеми. Прийняття амбівалентності. Позиція терапевта — нейтральна, без тиску, головне — допомогти пацієнту дослідити значення змін і самостійно прийняти рішення.
- Аналіз «за» і «проти», коротко/довгострокові наслідки різних «доріг».
- Мрії про майбутнє, життєві цілі у зіставленні з хворобою.
- Написання листа проблемі як другу і проблемі як ворогу.
- Написання «листа з майбутнього» — якщо проблема буде і якщо проблеми не буде.
- Підсумкова копінг-картка.
- Табличка/список довго/короткострокових наслідків зміни чи продовження вживання ПАР.
- Флеш-картка — перелік усіх причин для вибору дороги змін.
- Лист/послання собі — рішення змінитися (слова віри, підтримки) — діалог крісел — внутрішня мова.
- Постановка цілі (повне утримання/контрольоване вживання + позитивне формулювання змін в житті) + візуалізація + нагадування.
- Формування плану досягнення змін.



Більш детально про техніки мотиваційного консультування можна прочитати в наступних джерелах:

«Мотивационное интервьюирование лиц употребляющих инъекционные наркотики». — К.: Международный Альянс по ВИЧ/СНИД в Украине, 2004.

Прохазка Дж., Норкросс Дж., ди Клементе К. Психология позитивных изменений. Как навсегда избавиться от вредных привычек. — Москва, 2013.

The Treatnet Training Package. Volume B: Elements of Psychosocial Treatment. [electronic resource] — Режим доступу: <https://www.unodc.org/ddt-training/treatment/b.html>

2.2.3. Використання техніки «Попередження рецидивів»

Враховуючи, що залежність — це хронічне захворювання, попередження рецидивів має стати невід’ємною складовою послуг із психосоціального супроводу пацієнтів ЗПТ, особливо на етапі підготовки до завершення лікування.

Ключовим у програмах з попередження зривів є навчальний компонент у контексті навчання конкретним стратегіям щодо попередження зриву через розуміння чинників, які його можуть викликати, вчасного розпізнавання їх, а також визначення симптомів, що передують поверненню до вживання ПАР, оволодіння стратегіями ослаблення дії провокуючих чинників.

Особливу увагу слід спрямовувати на хворих, які мають одночасно залежність від декількох ПАР. Для них варто розробляти окремі програми попередження зривів, оскільки для різних ПАР різні чинники можуть бути провокуючими.

Завдання, які стоять перед пацієнтом при формуванні навичок попередження зривів:

- розуміння зриву як процесу, а не події;
- розвиток навичок подолання ситуацій з високим ризиком;
- зміна стилю життя для попередження виникнення потреби у наркотиках;
- збільшення участі у заходах, пов’язаних зі здоровим способом життя;
- розуміння та реагування на соціальний тиск щодо спонукання до вживання ПАР;
- розвиток підтримуючої мережі у частині попередження зривів;
- розвиток навичок подолання негативних емоційних станів;
- розробка протидії зриву;
- розпізнавання сигналів, що можуть передувати зриву, зовнішніх та внутрішніх «тригерів»;
- подолання спогадів щодо ейфорії, пов’язаної зі споживанням наркотиків;
- посилення спогадів та розуміння негативних наслідків вживання наркотиків;
- подолання бажання спробувати встановити контроль за вживанням наркотичних речовин («контрольоване вживання»);
- уникнення людей, місць та ситуацій, що можуть провокувати на вживання;
- розвиток та підтримка альтернатив вживанню наркотиків (проведення вільного часу, отримання задоволення тощо).

Існують деякі чинники, які необхідно знати фахівцям, що надають медичну допомогу, та які можуть призвести до повернення до вживання наркотичних речовин:

- ✓ ілюзія, що пацієнт вилікувався після декількох тижнів або місяців невживання наркотиків;
- ✓ переконання щодо можливості контролювати споживання ПАР та вживати їх у соціально прийнятних межах;
- ✓ ідеалізація ефекту ейфорії та згадування лише приємних ефектів, пов’язаних зі вживанням, та вибіркове забування негативних наслідків вживання наркотиків;
- ✓ перебільшення тяги до вживання наркотиків, що формує уявлення стосовно неефективності лікування;
- ✓ нерозуміння ризику зриву та неготовність прийняти таку ймовірність, що призводить до надсильної реакції, коли зрив все ж відбувається, та, як наслідок, до виключення пацієнтів з програми;
- ✓ перебування у ситуаціях високого ризику.

Попередження зривів поєднує тренінг формування навичок з когнітивними підходами для обмеження або скорочення частоти епізодів вживання.

Попередження зривів починається з оцінки внутрішніх, зовнішніх, оточуючих та психічних ризиків та факторів чи ситуацій, що можуть спровокувати повернення до вживання. Коли потенційні тригери та ситуації високого ризику визначені, використовуються когнітивні та поведінкові методи.

У цілому можна сказати про:

1. Навчання та інтервенції, спрямовані на ситуації середнього ризику (певні події, люди, ситуації, місця тощо).
2. Глобальну стратегію, що передбачає досягнення балансу та враховує чинники впливу стилю життя на повернення до вживання. В рамках зазначеної стратегії передбачається досягнення балансу між стресом та отриманням позитивних емоцій.

Цікавою технологією є так зване картування сценаріїв, при яких може відбутися зрив та повернення до вживання. Розробка таких сценаріїв дозволяє пацієнту уникати ризикованих ситуацій та вчасно реагувати на них, передбачаючи та оцінюючи потенційні ризики²⁶.

Для самостійної роботи або спільного опрацювання разом із фахівцем, який надає послуги, рекомендовано використовувати робочий зошит (Додаток 4)²⁷.

2.3. Амбулаторна програма реабілітації наркозалежних, які закінчили ЗПТ, на базі реабілітаційного центру, що використовує Міннесотську модель

2.3.1. Особливості роботи з пацієнтами в реабілітаційних центрах

В рамках зазначеної моделі передбачається переадресація пацієнтів, які завершують лікування в програмах ЗПТ, до реабілітаційних центрів. При цьому слід враховувати ймовірність того, що, якщо пацієнт не хоче продовжувати участь в програмі ЗПТ, то він/вона не захоче перебувати у реабілітаційному центрі.

Обрання реабілітаційного центру, куди здійснюється переадресація, має ґрунтуватися не лише на його географічній близькості, а виходити з принципів ефективності різних програм реабілітації.

Так, зважаючи на те, що в Україні досі не сертифіковані організації, які надають послуги з реабілітації, і значна частина таких центрів використовує підходи з недоказовою ефективністю, рекомендовано здійснювати перенаправлення лише до центрів, які використовують підходи, що зарекомендували себе як ефективні на міжнародному рівні, зокрема такі, що базуються на програмі «12 кроків» (Міннесотська модель реабілітації).

Водночас на сьогоднішній день невідома доцільність проходження повного курсу лікування в реабілітаційній програмі пацієнтам, які проходили лікування в програмі ЗПТ та здебільшого

²⁶ Marlatt G., Donovan D. Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. — NY, 2008.

²⁷ Establishing a strong recovery from drug and alcohol addiction. Workbook. — St. Joseph Institute for Addiction, 2005.

отримували низку соціально-психологічних послуг, спрямованих на попередження рецидивів, формування та відновлення соціальних стосунків тощо.

Вочевидь, висока вартість участі у зазначених програмах, яка покладається на пацієнта, та економічна необґрунтованість таких витрат у більшості випадків, дозволяє рекомендувати зазначену модель із значними обмеженнями.

Опис інших програм реабілітації в Україні представлено у додатку № 3. Інформацію з контактами існуючих центрів можна знайти в Довіднику реабілітаційних центрів «Допомога наркозалежним України»²⁸.

Важливо звернути увагу, що більшість існуючих реабілітаційних центрів орієнтовані на повну відмову від вживання пацієнтами будь-яких ПАР (принцип «drug-free»), що у випадку невдачі лікування налаштовує пацієнта проти програм ЗПТ як таких, що пропагують підхід громадського здоров'я та зниження шкоди, не ставлячи за мету повну відмову від вживання ПАР.

Таким чином, направляючи пацієнта до зазначених програм, важливо пояснити йому природу його захворювання як хронічного та переконати повернутися на програму в будь-який час, якщо він відчує у цьому потребу.

З метою розвитку зазначеної моделі та для того, щоб її рекомендувати для впровадження на національному рівні, необхідно здійснити ряд кроків щодо регулювання та впорядкування системи надання реабілітаційних послуг, а саме:

1. Сприяти розбудові системи підготовки та акредитації фахівців, що надають соціально-психологічну та психотерапевтичну допомогу в реабілітаційних закладах.
2. Створити державні реєстри реабілітаційних центрів, а також фахівців та установ, що працюють у цій сфері.
3. Забезпечити постійний безперервний якісний збір достовірної інформації про кількість та якість наданих в Україні послуг з реабілітації наркозалежних, соціально-психологічної та психотерапевтичної допомоги.
4. Забезпечити ліцензування і контроль за якістю надання реабілітаційної та психотерапевтичної допомоги, зокрема, за дотриманням норм чинного законодавства в процесі надання послуг та вимог професійної етики, конфіденційності, забезпечення безпеки персональних даних, а також реагуванням на інформацію про імовірність зловживань в процесі надання реабілітаційної та психотерапевтичної допомоги.

2.3.2. Зміст, завдання та етапи програми

Місія програми: допомогти клієнтам з психологічними та поведінковими розладами, що викликані вживанням ПАР, припинити вживання та поліпшити якість свого життя шляхом надання послуг соціально-психологічної реабілітації.

Завдання:

- ✓ Допомогти клієнтам досягти повного утримання від вживання ПАР та алкоголю, розвинути стиль життя, вільний від шкідливих речовин, отримати навички тверезого життя, суттєво зменшити ризиковану поведінку.
- ✓ Покращити фізичний, емоційний та психологічний стан здоров'я клієнта.
- ✓ Покращити сімейні та інші міжособистісні стосунки клієнта.

²⁸ Допомога наркозалежним в Україні: довідник реабілітаційних центрів. — К.: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2014. — Режим доступу: <http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2016/08/spravochnik2014.pdf>

- ✓ Досягти поліпшення у сфері трудової зайнятості, навчання.
- ✓ Покращити соціальне функціонування.
- ✓ Добитися відмови від противоправної діяльності.
- ✓ Інформувати клієнтів стосовно проблем ВІЛ/СНІДу.
- ✓ Допомога в ресоціалізації клієнтів.

Методи реабілітації:

- ✓ Психологічне консультування (індивідуальне і групове).
- ✓ Програма «12 кроків» і принципи терапевтичної спільноти.
- ✓ Релаксаційна техніка та аутогенне тренування.
- ✓ Системна сімейна терапія.
- ✓ Елементи гештальт-терапії.
- ✓ Елементи когнітивно-поведінкової терапії.

Філософія (основна ідея)

В основі програми лежить переконання, що хімічна залежність є хронічним, рецидивуючим, прогресуючим, мультимодальним та мультифакторним захворюванням. Враховуючи його природу, оптимальне лікування має фокусуватися на фізичних, емоційних, духовних та міжособистісних потребах клієнта.

Лікувально-реабілітаційна програма може мати наступні форми:

- » **Проходження реабілітації в умовах стаціонару**, що забезпечує ефективне подолання найбільш важкого та нестабільного періоду лікування, який настає після відмови від вживання хімічних речовин. Цей етап реабілітації передбачає повне залучення в програму і спрямований на відмову від залежної поведінки, покращення емоційного стану, отримання інформації про залежність та навичок попередження рецидиву хвороби. Для залежних від опіоїдів, які тривалий час перебували на ЗПТ, змінили свій стиль життя, знайшли роботу та створили сім'ю, перебування на стаціонарній реабілітаційній програмі може бути недоцільним. Тому, як правило, таким пацієнтам є сенс відразу починати з наступного етапу.
- » **Проходження реабілітації в умовах денного стаціонару**. На даному етапі програми відбувається психологічна реабілітація і поступова соціальна адаптація. Клієнти, які приходять на амбулаторну форму програми, мають можливість працювати, навчатися, розподіляти свій вільний час, налагоджувати міжособистісні стосунки (у першу чергу з близькими і родичами), застосовувати на практиці набуті навички тверезого життя і, водночас, отримувати підтримку та допомогу в центрі.
- » **Проходження підтримуючої програми лікування і профілактики**. Після подолання попередніх етапів програми клієнти, мають можливість продовжувати відвідувати центр, брати участь у певних його заходах, допомагати співробітникам у якості волонтерів, ділитися з клієнтами, які починають процес реабілітації, власним досвідом одужання, отримувати допомогу, спрямовану на профілактику рецидиву хвороби.

Програма реабілітації передбачає проведення наступних заходів:

- ✓ групова психотерапія;
- ✓ індивідуальне консультування;
- ✓ групове психологічне консультування;
- ✓ сімейна психотерапія;
- ✓ сімейне консультування;
- ✓ сімейна освіта;
- ✓ духовна освіта;
- ✓ сексуальна освіта;
- ✓ інформаційні заняття щодо концепції хвороби і одужання;
- ✓ програма профілактики ВІЛ/СНІДу та інфекційних захворювань;
- ✓ арт-терапія;
- ✓ тілесно-орієнтована терапія;
- ✓ тренінги особистісного росту;
- ✓ участь в групах взаємодопомоги.

Окрема увага приділяється роботі з родичами та близькими клієнтів. Впродовж курсу реабілітації вони отримують інформацію щодо хвороби та специфіки її проявів у залежної людини, рекомендації стосовно побудови подальших конструктивних стосунків, проходять курс сімейної психотерапії, де мають можливість вирішити проблеми співзалежності.

Обмеження та труднощі

Отримання стаціонарної допомоги в реабілітаційних центрах за Міннесотською моделлю реабілітації досить дороге і не відповідає принципу доступності послуг. У деяких центрах консультанти використовують замалі терміни для фіксації утримання в тверезості та не мають відповідної кваліфікації надавати якісне консультування, не забезпечені супервізійною підтримкою від кваліфікованих фахівців-супервізорів. Також у багатьох центрах не здійснюється моніторинг та оцінка якості надання послуг.

Програма в амбулаторному режимі може тривати 3–6 місяців.

Зміст програми (в амбулаторному режимі):

1. Сесії групової психотерапії тривалістю 1,5 год. (5–6 разів на тиждень).
2. Тренінги щодо формування навичок відмови від наркотиків, асертивної поведінки, подолання дратівливості та керування гнівом тощо.
3. Сесії індивідуального консультування (1 раз на тиждень в перші три місяці, в подальшому — раз у два тижні).
4. Участь у групах самодопомоги анонімних наркоманів та робота з наставником.

Етапи програми

Програма може бути умовно розділена на три етапи:

1. «Дореабілітаційний» етап.

2. Етап активної реабілітації.
3. Етап формування стійкої ремісії, протирецидивної та підтримуючої терапії.

II 1-й етап. Дореабілітаційний

Завдання «дореабілітаційного» етапу: забезпечити пацієнтові мотивацію та готовність до співпраці і, за можливості, залучити в процес реабілітації членів його родини.

Ще на етапі детоксикації пацієнт і його родина знайомляться з принципами і завданнями програми, узгоджують свої інтереси та очікування з можливостями програми, отримують консультацію фахівця. За необхідності проводиться декілька таких консультацій. У разі недостатнього мотивування пацієнта і високої ймовірності того, що він не втримається в реабілітаційній програмі, рекомендується відвідування зборів анонімних наркоманів, а також повторна консультація через 2–4 тижні після першого звернення.

Оцінка ефективності 1-го етапу. Успішність цього етапу оцінюється за рівнем готовності пацієнта брати участь у реабілітаційній програмі, що підтверджується підписанням ним правил і умов перебування. Додатковими показниками успішності служать регулярні відвідування пацієнтом зборів груп самопомоги.

II 2-й етап. Активна реабілітація

Активне лікування розпочинається з моменту вступу пацієнта в програму реабілітації в спеціалізованому центрі. Тривалість етапу 30–45 днів.

Метою даного етапу є подолання пацієнтом «заперечення хвороби» і амбівалентності, а також досягнення і збереження абстиненції, навчання навичкам повсякденного життя без психоактивних речовин.

Весь час і всі зусилля фахівців, які працюють з конкретним пацієнтом, зосереджені на одному: змінити поведінку, мотивацію, переконання, емоційні реакції пацієнта таким чином, щоб максимально посилити ефективність терапії і сприяти його утриманню в програмі.

Однією з перших інтервенцій є докладний опис проблем, що привели пацієнта в програму реабілітації. Під час збору первинної інформації про пацієнта психолог структурує інформацію, отриману таким чином, щоб той мав можливість усвідомити в повному обсязі, які розлади мають місце у всіх сферах його життя. Первинна інформація торкається не лише проблем медичного або суто психологічного характеру, а й проблем, пов'язаних з порушенням закону, фінансових питань, працевлаштування. Часто стан пацієнта у перший день не дозволяє закінчити опис, тоді робота триває і в наступні дні. У середньому цей процес займає не менше трьох годин.

Теми індивідуального і групового консультування:

1. Концепція лікування і відповідні симптоми при хімічній залежності.
2. Люди, місця, речі, що викликають у пацієнта бажання вживати психоактивні речовини.
3. Структура особистого часу.
4. Потяг до вживання.
5. Ситуації підвищеного ризику.
6. Соціальний пресинг до вживання.

7. Гострі симптоми, що виникають після відмови від вживання звичного наркотику, способи їх подолання.
8. Вживання інших наркотичних речовин (алкоголю, ліків, не прописаних лікарем та ін.).
9. Участь в групах анонімних алкоголіків та наркоманів.

Окрім того, групове консультування включає покрокову роботу за програмою «12 кроків». Тема для обговорення на кожній сесії може бути задана психотерапевтом або психологом, або бути обрана відповідно до індивідуальних потреб пацієнта на даному етапі лікування. Однак за весь період консультування необхідно розглянути всі зазначені теми.

Освітня програма охоплює наступні проблеми:

- ✓ інформаційні заняття щодо концепції хвороби і одужання;
- ✓ сімейна освіта;
- ✓ філософія духовності;
- ✓ антистресова програма;
- ✓ профілактика інфекційних захворювань (гепатит, ВІЛ/СНІД та ін.).

Метою проведення освітніх програм є зміна ставлення пацієнта до вживання психоактивних речовин і формування уявлення про вживання як патологічний потяг, яким можна навчитися управляти.

Основні теми інформаційних занять по концепції хвороби і одужання:

- ✓ наркоманія та алкоголізм — це хвороба;
- ✓ природа залежності;
- ✓ поведінкові ознаки залежності;
- ✓ медичні симптоми залежності;
- ✓ форми психологічного захисту залежних;
- ✓ психологія поведінки залежних людей;
- ✓ нейробіологічна теорія залежності;
- ✓ програма одужання — групи взаємодопомоги;
- ✓ негативні особистісні характеристики і їх прояви при залежності;
- ✓ рецидиви (зриви) і стратегії їхньої профілактики;
- ✓ психологічні чинники формування залежності;
- ✓ сором і вина.

Теми для сімейних занять:

- ✓ алкоголізм і наркоманія — хвороба сімейна;
- ✓ що таке дисфункціональні сім'ї;
- ✓ співзалежність: ознаки і симптоми.

Теми для занять з питань філософії духовності:

- ✓ поняття духовності;
- ✓ три основні компоненти одужання: чесність, відкритість, готовність спробувати;
- ✓ духовні потреби та цінності;
- ✓ концепція Вищої сили в процесі одужання.

Мета проведення занять з філософії духовності — формування у пацієнта духовних цінностей і потреб, а також почуття причетності до сили, більшої за його власну, що допоможе йому сформувати стиль життя, вільний від наркотиків.

Мета проведення антистресової програми — навчити пацієнтів справлятися з напруженими життєвими ситуаціями, познайомити з технікою саморегуляції без вживання психоактивних речовин.

Заняття з профілактики інфекційних захворювань ставлять на меті інформування пацієнтів про інфекційні захворювання, які часто є супутниками вживання психоактивних речовин, і методи їх профілактики, формування у пацієнтів відповідальності за своє здоров'я та здоров'я інших людей.

Оцінка ефективності етапу денного стаціонару. Успішність цього етапу оцінюється готовністю пацієнта зберігати абстиненцію і продовжувати участь в подальшій терапевтичній програмі, за ступенем залучення в процес терапії, змінами, що відбуваються з особистістю пацієнта (мислення, емоційне реагування, поведінка, фізичне здоров'я).

II 3-й етап. Формування стійкої ремісії

Тривалість етапу становить від 3-х до 4-х місяців. У цей період пацієнт знаходиться в режимі підтримуючої амбулаторної терапії. Програма передбачає участь у груповій терапії, ведення щоденника емоційних станів, роботу за кроками, відвідування груп взаємодопомоги і роботу з куратором за програмою «12 кроків».

Метою даного етапу є формування у пацієнта нового стилю життя без наркотиків і алкоголю, розуміння своїх цінностей і життєвих завдань на новому, вищому рівні і навчання техніці профілактики рецидивів.

Пацієнт поступово входить в сімейне і соціальне середовище. За допомогою співробітників і членів терапевтичної спільноти він опановує нові для себе або забуті прийоми міжособистісного спілкування, емоційного реагування, навички вирішення можливих конфліктів, освоює моделі тверезої поведінки, встановлює нові соціальні зв'язки, не пов'язані із вживанням психоактивних речовин.

На цьому етапі пацієнт має можливість отримувати підтримку персоналу і спільноти АА і/або АН, консультуватися щодо наслідків своєї поведінки і емоційних реакцій, розвивати нові соціальні зв'язки, які не пов'язані з минулим. Важливою складовою даного етапу є активне відвідування груп взаємодопомоги (АА/АН) і робота з куратором. До закінчення етапу пацієнт повинен підготувати спільно з психологом розгорнутий план підтримуючої терапії та подальшої роботи з виявленими в процесі лікування психологічними проблемами.

Планування програми формування стійкої ремісії

Мета програми — навчитися застосовувати в повсякденному житті всі навички, основи яких були закладені під час курсу реабілітації.

Базовий курс не лише створив фундамент одужання, це було свого роду безпечне коло, певний спосіб життя, організована персоналом робота за програмою. Дійсно, неможливо все життя присвячувати одужанню. Є ще сім'я, робота, відпочинок, багато і багато іншого. Одужання необхідне для того, щоб жити повним життям. Одужання саме по собі не може бути метою. Але це необхідна умова для такого життя, в слід навчитися жити, одужуючи.

Оцінка ефективності пройденого курсу та планування життя:

- ✓ Що допомогло, що необхідно зберегти при розширенні рамок життя в програмі після лікування?
- ✓ Робота в програмі «12 кроків»: в яких формах вона була в базовому курсі? Як буде виглядати ця робота тепер?
- ✓ Режим дня, харчування, спорт. Що було передбачено? Як ти збираєшся впроваджувати це тепер?
- ✓ Стосунки з людьми: друзі, довіра, відкритість, конфіденційні розмови. Що тепер буде з цим важливим аспектом одужання?
- ✓ Терапевтичний контакт з консультантами і робота в терапевтичних групах. Що тепер буде з цією допомогою? Не забудь духовні групи.
- ✓ Молитва, медитація. Як тепер ти думаєш це робити?

Далі необхідно проаналізувати, як розширилось життя пацієнта, який перейшов у програму формування стійкої ремісії:

Життя в сім'ї і стосунки в ній

«Часто одужання — велика радість, але тут на тебе чекає і багато труднощів. Це не тільки співзалежність наших близьких, а й наше власне невміння жити в родині і «танцювати разом». Як ти плануєш «увійти в сім'ю», де і як ти будеш отримувати тут допомогу?».

Робота або навчання

«Тепер з'являється реальна можливість реалізувати свої можливості — вчитися або працювати. Як ти плануєш свої дії в цьому напрямку? Краще не ховатися за свої зусилля щодо одужання від залежності: «Це моя робота!». Людина повинна прагнути забезпечувати себе, навіть якщо це прямо зараз може бути і нереально. Починати діяти в цьому напрямку слід просто зараз!».

Стосунки з оточуючими

«Так чи інакше ти почнеш спілкуватися з людьми, яким завдав шкоди своїм вживанням. Подумай, що і як ти можеш тут зробити і як, навіть поки зі слабкими силами, ти можеш почати процес на 9-му кроці. Що ти можеш змінити? Не забудь порадитися з монітором або куратором».

Здоров'я

«Тепер є можливість зайнятися своїм здоров'ям. Чи все ти знаєш про свої хвороби? Що ти робиш для того, щоб поліпшити ситуацію? Пам'ятай, часто набагато легше стримати розвиток навіть важкої хвороби, ніж дозволяти гострі проблеми зі здоров'ям. Не забувай, що не всі препарати тобі можна вживати без шкоди для одужання, проконсультуйся з монітором».

Відпочинок

«Як ти збираєшся відпочивати? Для наркомана або алкоголіка часто це стає критичним пунктом. Відпочинок необхідний, і слід навчитися радіти без наркотиків і алкоголю. У нас немає вибору: відпочинок чи тверезість. У нас є завдання навчитися відпочивати, одужуючи».

Духовність

«Твій духовний шлях тепер може бути більш особистим і глибоким. Тепер у тебе з'явилося більше часу для тиші і молитви. Можливо, настав час піти до церкви? Читати духовні книги? Шукати людей, які можуть сказати нам про це щось, що ми ще не знаємо? У чому сьогодні полягає твій духовний шлях, і куди він веде?».

Служіння допомогло вистояти багатьом одужуючим людям. Як і кому ти сьогодні можеш служити? Як ти можеш ще «застосовувати ці принципи у всіх наших справах?».

Планування

«Будь конкретний у своїх планах і не обмежуйся благими побажаннями, якими, як відомо, «випрошена дорога в пекло». План може бути на день (найточніший), на тиждень (він вже більш гнучкий) і на місяць (він, скоріше, перспективний). Те, що входить в тижневий план, має поступово переноситися в денний. Заведи собі щоденник і відзначай там ці справи. Там же зручно буде писати 10-й крок вечорами, і ти зможеш побачити, що тобі вдалося, що ще треба зробити і коли. Будь уважним, не плануй день з точністю до хвилини, залишай вільний час, це допоможе відреагувати на несподіванки. Не шкодуй часу на ці записи. Перевірено: ця година ввечері повернеться тобі щасливим життям в одужанні. Покажи цю роботу на післялікувальній групі і уважно вислухай досвід тих, хто йшов цим шляхом до тебе. Але пам'ятай: порад не даємо і не приймаємо, і, можливо, тобі вдасться те, що не вдалося іншому. Але те, що тобі скажуть — «інформація для роздумів».

Теми індивідуального і групового консультування:

1. Інструменти запобігання рецидиву.
2. Визначення процесу рецидиву, його початок і розвиток.
3. Взаємовідносини з іншими в одужанні.
4. Розвиток способу життя, вільного від наркотиків.
5. Духовність і релігійність. Система цінностей.
6. Сором і вина.
7. Особистий досвід, особистісне зростання, самооцінка.
8. Недоліки характеру.
9. Розуміння і задоволення власних потреб.
10. Подолання гніву і злості.
11. Релаксація і час відпочинку.
12. Робота і керування грошима.
13. Трансформація залежної поведінки, пошук нових моделей.
14. Самопідкування. Асертивна поведінка.

Тема для обговорення на кожній сесії може бути задана або консультантом, або бути обрана відповідно до індивідуальних потреб пацієнта на даному етапі лікування. Однак при проведенні консультування слід розглянути всі зазначені теми.

Оцінка ефективності етапу формування стійкої ремісії проводиться на підставі усвідомленого вибору пацієнта жити без наркотиків і алкоголю. Прояви можна бачити у виконанні всіх рекомендацій, відкритій співпраці з персоналом та видужуючими пацієнтами, зменшенні інтенсивності психологічних проблем, формуванні продуктивних стосунків з близькими, успішному проходженні 1-, 2-, 3-го кроків, активному залученні в співтовариство АА, АН. Важливим критерієм ефективності також є те, що пацієнт продовжує брати участь в амбулаторних психотерапевтичних програмах «Точка тверезості» для лікування опійної або алкогольної залежності.

Робота з родичами хворих в рамках реабілітаційної програми

Наявність залежності в одного із членів родини неминуче порушує сімейні стосунки і спричиняє дисфункціональний стан у сім'ї. У родичів хворих із залежностями відзначаються стани хронічного дистресу, розвиваються психогенні захворювання. Прояви співзалежності є факторами ризику рецидиву залежності. Однак самі співзалежні родичі в своїй більшості не потрапляють в поле зору фахівців (психіатрів, психотерапевтів, клінічних психологів) і залишаються поза програмами терапії. Ця обставина, в свою чергу, може сприяти посиленню дисфункціональності сім'ї та, як наслідок, виникненню зривів і рецидивів у хворих на залежність. Окрім того, у родичів таких хворих визначається високий суїцидальний ризик. У зв'язку з цим важливо залучати родичів до участі в реабілітаційній програмі.

Групи самодопомоги хворих із залежностями «12 кроків»

Групи само- та взаємодопомоги хворих на алкоголізм виникли в першій третині ХХ ст. Найпоширенішими на сьогоднішній день в світі спільнотами наркологічних хворих є спільнота Анонімних Алкоголіків (АА), АлАнон (родичі алкоголіків), Анонімних Наркоманів (АН) і НарАнон (родичі наркоманів), які існують в країнах Америки, Європи, Африки, в Австралії. Ефективність програми Анонімних Алкоголіків була досліджена Американською асоціацією психіатрів (1992).

2.4. Програма психотерапевтичної допомоги фахівцями з когнітивно-поведінкової терапії²⁹

2.4.1. Мета, етапи, зміст програми

Основна ідея зазначеної моделі полягає в тому, що пацієнт після завершення лікування в програмі ЗПТ направляється на проходження реабілітації до фахівця з когнітивно-поведінкової терапії, який може працювати в державній установі, в центрі психічного здоров'я або як приватний психотерапевт.

Нижче представлено орієнтований опис програми реабілітації, яка застосовується такими фахівцями.

²⁹ При написанні цього розділу було використано та адаптовано посібник: Клейн К., Чепмен М. Когнітивно-поведенческая терапия при расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ /Перевод на русский В.В. Штенгелов — Научно-исследовательский Центр здоровья Университета штата Колорадо. Отдел по изучению зависимости от психоактивных веществ. — 2005.

Ще під час перебування в програмі ЗПТ в процесі консультування соціальним працівником або психологом може відбуватися навчання навичкам оцінки та освідомлення власного емоційного стану, рефлексивної регуляції поведінки, ефективної та неманіпулятивної комунікації з іншими людьми (ці навички досить часто не встигають сформуватись до початку захворювання).

Мета реабілітації — відновлення (формування) особистого та соціального статусу хворого.

Специфіка медико-соціальної реабілітації залежних визначена особливостями самого контингенту хворих, властивостями їхньої мотивації (амбівалентність), значними змінами особистості (оскільки пацієнти програми ЗПТ, як правило, тривалий час вживають опіоїди і часто починали це вживання в молодому, а іноді і в підлітковому віці).

У той же час щоденне відвідування сайтів ЗПТ дисциплінує пацієнтів і надає можливість медперсоналу мотивувати їх до повної відмови від вживання наркотичних засобів, у тому числі препаратів ЗПТ.

Основні принципи реабілітації

Перший принцип — партнерство, залучення хворого до активного співробітництва у процесі реабілітації.

Другий принцип — різнобічність зусиль, скерування їх на різні сфери функціонування (психологічну, професійну, сімейну, громадську, відпочинкову).

Третій принцип — єдність психосоціальних і біологічних методів впливу.

Четвертий принцип — етапність прикладених зусиль, який наголошує на необхідності дотримання певної послідовності у використанні різних елементів реабілітаційного комплексу.

Позитивні прогностичні критерії ефективності реабілітації:

- ✓ висока мотивація, яка містить бажання змінити себе і свій спосіб життя;
- ✓ участь пацієнта і його рідних в процесі реабілітації;
- ✓ здатність до вербалізації та концептуалізації власних переживань;
- ✓ позитивний погляд пацієнта та його рідних на психотерапію;
- ✓ усвідомлення пацієнтом та його рідними джерел поведінки протягом терапії;
- ✓ навчання пацієнта та його рідних конструктивній поведінці в складних ситуаціях;
- ✓ зниження надмірної конформності пацієнта;
- ✓ розблокування здібності пацієнта встановлювати повноцінні емоційні контакти з оточенням;
- ✓ емоційне прийняття пацієнта його рідними;
- ✓ ототожнення конфліктів в родині хворого з його наркотизацією та відсутність інших видів конфліктів;
- ✓ самостійні спроби припинити наркотизацію в анамнезі;
- ✓ відсутність кримінального анамнезу.

Методика

Реабілітація базується на когнітивно-поведінковій моделі з акцентом на формуванні навичок міжособистісного спілкування і керування собою.

Цілі реабілітації

Першочерговою ціллю реабілітаційної програми є оволодіння навичками, які допоможуть клієнтові утримуватися від вживання наркотиків. Для розвитку клієнт повинен навчитися розпізнавати ситуації підвищеного ризику, через які може зрости ймовірність повернення до наркотизації. Такі ситуації можуть бути як зовнішніми (наприклад, непередбачене вживання алкоголю), так і внутрішніми (міркування й емоції). Навчившись розпізнавати ситуації, які представляють підвищений ризик рецидиву, клієнти повинні розвивати навички керування собою в таких ситуаціях.

Роль клієнта

Когнітивно-поведінковий підхід вимагає активної участі кожного окремого клієнта, а також прийняття ним на себе відповідальності за здобуття необхідних навичок самоконтролю для запобігання зловживання в майбутньому. Активна участь у програмі навчання, що формує нові навички і нову когнітивну стратегію, дозволяє клієнтові замінити згубний спосіб життя на здорову поведінку, регульовану за допомогою процесу усвідомлення і розумного планування.

Пацієнти повинні мати можливість виробляти необхідні навички за допомогою участі в рольових іграх, а також одержувати конструктивний зворотний зв'язок на конкретних прикладах, близьких до їхніх власних проблем, а не просто обговорюючи чи переказуючи матеріал заняття. Активна участь, моделювання і практика при наявності позитивного, коригувального зворотного зв'язку є найефективнішим способом зміцнення віри у власні сили і створення стійких змін у поведінці.

Нижче подається опис основних етапів реабілітації.

II 1-й етап — залучення у терапію

Відбувається усвідомлення проблем, можливостей змін, розвиток і утримання мотивації до досягнення змін.

На цьому етапі проводиться:

- ✓ обстеження (пацієнти, які завершують ЗПТ, його не потребують, оскільки отримували зазначені послуги під час лікування в програмі ЗПТ);
- ✓ психоедукація (пояснення нейрофізіології захворювання та моделі допомоги);
- ✓ мотиваційне інтерв'ювання;
- ✓ залучення рідних;
- ✓ постановка цілей і побудова плану.

II 2-й етап — розвиток когнітивного контролю за «потягом» до вживання ПАР — передбачає заняття на наступні теми:

- ✓ ідентифікація та менеджмент тригерів;
- ✓ когнітивна корекція думок і переконань, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин;
- ✓ майндфулнес³⁰;
- ✓ розвиток і тренування альтернативної поведінки;
- ✓ соціальна підтримка.

³⁰ Майндфулнес — це усвідомлення існуючого моменту з безоціночним його прийняттям. Використання технік майндфулнес для допомоги залежним доведено численними дослідженнями, зокрема: Li W., Howard M., Garland E., McGovern P., Lazar M. Mindfulness treatment for substance misuse: a systematic review and meta-analysis // Journal of Substance Abuse Treatment. — 2017. — №75. — pp. 62–96.

II 3-й етап — розвиток емоційної та соціальної компетентності, робота з факторами схильності, коморбідними розладами і проблемами, зміцнення ресурсних факторів — включає:

- ✓ розвиток емоційної компетентності;
- ✓ майндфулнес;
- ✓ соціальні навички;
- ✓ ресурсні техніки;
- ✓ техніку вирішення проблем;
- ✓ когнітивні техніки;
- ✓ менеджмент коморбідностей.

II 4-й етап — утримання ремісії, реінтеграція, якість життя, особистісна зрілість, стресостійкість — містить заняття на наступні теми:

- ✓ ідентифікація ситуацій високого ризику та планування поведінки;
- ✓ план дій у випадку рецидиву;
- ✓ довготривалі життєві цілі, планування, кроки до створення кращого життя;
- ✓ розвиток стресостійкості, особистісна зрілість, цінності і т.д.

Зміст програми

Програма складається, щонайменше, з 16-ти індивідуальних зустрічей, містить 11 різних тем, разом із заключною сесією. Теми занять:

1. Мотивування і залучення.
2. Функціональний аналіз.
3. Подолання потягу.
4. Навички спілкування (асертивність).
5. Розпізнавання і подолання емоцій гніву.
6. Негативно забарвлені афективні стани і депресія.
7. Вирішення проблем.
8. Навички відмови від вживання психоактивних речовин.
9. Зміцнення соціальної підтримки.
10. Планування поведінки в кризових ситуаціях і подолання рецидивів.
11. Перспективне планування.

Порядок тем сесій може змінюватися залежно від потреб пацієнта.

Індивідуальні сесії тривають близько 50–55 хв.

Нижче детально описуються згадані вище сесії (п. 2.4.2).

Структура занять

Кожна сесія розпочинається з оцінки наданих на попередньому занятті навичок і перевірки домашнього завдання, робиться акцент на застосуванні нових навичок — як для підтримки трезого способу життя, так і для вирішення проблем, з якими зазвичай зіштовхуються залежні в період одужання. Рекомендації щодо освоєння навичок обговорюються, записуються клієнтом і видаються надрукованими у вигляді пам'яток. Фахівець моделює ситуації, де клієнт може зіштовхнутися з проблемами, і за допомогою рольових ігор відпрацьовує з ним сценарії поведінки.

Домашні завдання

Домашні завдання є важливим компонентом процесу реабілітації, оскільки матеріалом для вправ можуть слугувати реальні життєві ситуації. У рамках програми домашні вправи розробляються попередньо для кожного заняття. У більшості випадків необхідно, аби клієнт спробував застосувати в умовах реальної життєвої ситуації те, що вже програвалося в рольових іграх на заняттях. У домашньому завданні фахівець пропонує клієнтові записувати факти, свою поведінку, реакцію, яку вона викликає серед близьких, і свою оцінку виконання завдання. Зміст домашньої роботи можна модифікувати, наповнивши її конкретними подробицями індивідуальних ситуацій. Іноді, щоб допомогти клієнтові вирішити проблеми, які в нього виникли, додому можуть бути задані додаткові вправи.

Особисті характеристики психотерапевта-консультанта та навчання

Спеціалісти, які працюють з наркозалежними особами, повинні вміти встановлювати контакт із більшістю пацієнтів, слухати, бути толерантними (не мати негативного ставлення до роботи із залежними), застосовувати конфронтацію як допомогу, а не як засіб покарання.

Вимоги до освіти та професійної сертифікації

Надавати психологічні послуги має спеціаліст з вищою освітою за напрямом «психологія» або «медицина» та зі спеціалізацією у когнітивно-поведінковій психотерапії. Для супервізування процесу роботи таких фахівців супервізор має бути акредитованим відповідним професійним товариством.

Обмеження та труднощі когнітивно-поведінкової реабілітаційної програми:

Навчання когнітивно-поведінковій терапії тривале (3,5 роки) і на сьогодні, його може здійснювати обмежене коло фахівців. Процес надання послуг в рамках когнітивно-поведінкової терапії повинен супроводжуватися супервізуванням, а кількість супервізорів за цим підходом в Україні обмежена. Проте з кожним роком таких фахівців стає все більше. Окрім того, зростає доступність освітніх програм, що базуються на когнітивно-поведінковій терапії.

2.4.2. Зміст програми: планування сесій, ключові втручання та техніки

Сесія № 1. Мотивація/залучення

Під час цієї сесії терапевт працює над посиленням залучення пацієнта, застосовуючи методи підвищення мотивації. Практичні вправи на сесії розпочинаються із вправи щодо постановки цілей, під час якої пацієнт визначає короточасні цілі і конкретні дії, необхідні для їх досягнення. Крім того, пацієнта просять вказати, хто може допомогти в досягненні цих цілей, а також вказати потенційні перешкоди.

Багато випадків припинення лікування пов'язані з недостатнім початковим контактом. Причиною цього є поширені помилки терапевта, такі як суперечки та розбіжності щодо проблем пацієнта, невміння вислухати запитати його про побоювання щодо лікування, а також, зокрема, надання надмірної кількості інформації.

Для терапевта корисно використовувати перший контакт як можливість уважно вивчити представлені пацієнтом проблеми. Цього не можна недооцінювати, оскільки не існує важливішого завдання для створення фундаменту успішного лікування. Терапевт не повинен забувати використовувати методи і ключові концепції терапії посиленням мотивації. Коротко їх можна представити наступним чином:

- ✓ створити когнітивний дисонанс між цілями і поведінкою;
- ✓ адекватно виражати емпатію за допомогою рефлексивного слухання;
- ✓ уникати суперечок і навішування ярликів;
- ✓ подолати психологічний опір;
- ✓ підтримувати самоефективність пацієнтів, заохочуючи засвоєння і розвиток нових навичок.

Перше інтерв'ю з пацієнтом може спровокувати відчуття тривоги як у досвідченого, так і недосвідченого терапевта, що призводить до того, що він занадто багато говорить і занадто мало слухає.

Психотерапевт має бути готовий пояснити суть лікування і те, чим воно може відрізнитися від тієї терапії, яку пацієнт міг отримувати в минулому, надати реалістичну і обнадійливу інформацію. Спільна робота буде важкою, але пацієнти, якщо вони активно співпрацюватимуть, можуть сподіватися на відчутну користь від цієї важкої роботи з позитивними результатами.

Важливо, якщо виникає така можливість, дати пацієнту чіткі рекомендації змінити проблемну поведінку, яка може привести до вживання психоактивних речовин.

Окрім того, терапевт повинен враховувати, що під час першої сесії важливо також не квапити пацієнта виконати план сесії.

Ключові втручання:

1) Знайомство та отримання інформації.

Під час першої сесії треба виконати багато завдань; однак терапевт не повинен припускати помилок і відразу братися за їх виправлення. Важливо пояснити правила конфіденційності з юридичними та етичними винятками. Терапевт має чітко роз'яснити, що за винятком випадків, коли повідомлена пацієнтами інформація підпадає під ці винятки, він буде дотримуватися конфіденційності.

Важливо зосередитися на зборі інформації, що стосується вражень пацієнта у зв'язку з початком терапії, і на наявних у нього побоюваннях. Це час, коли можна запитати про те, чи немає якихось особливих перешкод для того, аби приходити на щотижневі сесії, і виконати кілька вправ з вирішення проблем, пов'язаних з цими перешкодами. Корисно дізнатися про попередній досвід пацієнта щодо психологічної допомоги, реабілітації чи психотерапії, якщо такий був. Ставлячи прості запитання, можна дізнатися про спосіб мислення пацієнта, його погляди на життя, а також про поточні обставини і оточення.

Вислуховуючи відповіді, слід реагувати прийомами рефлексивного слухання. Рефлексивне слухання «включає уважне слухання пацієнта і відповідь, що включає ту ж думку, часто в злегка зміненій формі, іноді — відображення почуттів, висловлених пацієнтом або передбачуваних. Рефлексія не включає порад і думок терапевта»³¹.

Рефлексивне слухання служить проявом інтересу та поваги до поглядів пацієнта.

2) Опис процесу терапії

На початку роботи з пацієнтом існує спокуса відразу розповісти про те, якою «ефективною» може бути терапія. Більшість пацієнтів хотіли б зразу довідатись, як часто будуть відбуватися зустрічі, яка їхня тривалість і що вимагатиметься від них. І, звичайно, найкраще починати саме з цього, до того, як почати пояснювати модель терапії та її дію. Однак важливо розповісти, що відбуватиметься на сесіях. Попередній досвід лікування може привести до неправильного розуміння цього методу терапії. Терапевти повинні чітко пояснити, що кожна сесія має свою тему і структуру.

Немає потреби пояснювати на цьому етапі деталі лікування, але слід зробити огляд основної інформації, включаючи наступне:

- ✓ сесії проводяться щотижня і тривають 40–60 хв.;
- ✓ структура кожної сесії включає наступні елементи:
- ✓ короткий вступ (нова інформація, з'ясування можливих змін у житті пацієнтів, враховуючи ситуацію за останній тиждень);
- ✓ нагадування про навички, отримані на попередній сесії, обговорення домашнього завдання;
- ✓ спільний вибір теми сесії та її обґрунтування;
- ✓ здобуття нових навичок з моделюванням відповідних ситуацій, за можливості;
- ✓ спільне відпрацювання нових навичок, зазвичай у рольових іграх;
- ✓ представлення нового домашнього завдання.

Це саме час для того, аби підкреслити, що практичні вправи на сесії і домашня робота є основою програми здобуття навичок і основними методами, за допомогою яких пацієнти набувають нові вміння. Варто пояснити, що навички і форми поведінки, засвоєні під час лікування, будуть більш ефективними, якщо їх практикувати поза терапевтичними сесіями.

Найефективніший спосіб пояснення моделі лікування — це скрізь, де це можливо, використовувати приклади з життя пацієнта, показати, що вживання психоактивних речовин «не виникло просто так», а є «звичкою» і певною мірою служить конкретній «меті». Варто підкреслити необхідність спільної роботи, щоб знайти технологічне вирішення проблем пацієнтів.

3) Практична вправа на сесії: постановка цілей

Активна терапія розпочинається із вправи з постановки цілей, під час якої пацієнт визначає короточасні цілі і починає виділяти серед них пріоритетні, ставлячи конкретні завдання. Необхід-

³¹ Campbell R, Babrow A. The role of empathy in responses to persuasive risk communication: Overcoming resistance to HIV prevention messages //Health Communication. — 2004. — №16(2)/ — pp.159–182.

но коротко пояснити, чому важливо починати саме з постановки цілей, згадавши, що терапія буде набагато ефективнішою, якщо вона стосуватиметься всіх питань, які турбують пацієнта, і що зловживання психоактивними речовинами може «не бути його єдиною проблемою». Це дає можливість поговорити про вживання ПАР в нейтральних тонах, без осуду.

Пацієнти можуть виконувати цю вправу неохоче. Важливо пояснити, що постановка цілей — це складний процес, але також дуже вагомий.

Варто намагатися, аби пацієнти використовували свої власні формулювання, описуючи цілі, замислювалися про різні сфери свого життя (зайнятість, сім'я, ставлення до закону, вживання психоактивних речовин, навчання тощо).

Для чого потрібна постановка цілей?

- ✓ Виробляє почуття цілеспрямованості.
- ✓ Допмагає пацієнтам почуватися більш оптимістично.
- ✓ Попереджає відхилення в роботі терапевта.
- ✓ Зміцнює співпрацю.
- ✓ Допмагає оцінити успішність лікування і його результати.

Щоб полегшити пацієнтам початок роботи, можна запропонувати їм закінчити наступні фрази:

«У своєму житті я хотів би змінити наступне ...

Найважливіші причини, чому я хочу цих змін, такі ...

Для досягнення змін я планую зробити наступні кроки ...

Яким чином інші люди можуть допомогти мені в цьому?

Я розумію, що мій план працює, якщо ...

Деякі фактори, які можуть перешкодити реалізації мого плану, такі...»

Під час цього процесу важливо змусити пацієнта визначити, хто в його оточенні може допомогти досягнути його цілей. Можна пояснити це на особистому прикладі, використовуючи постановку своїх власних цілей, описуючи розбивання цілей на невеликі досяжні завдання: подолання перешкод на шляху до цілей та звернення до інших людей по допомогу.

Процес постановки цілей починається на сесії, і вкрай важливо запропонувати пацієнту продовжити цю роботу самостійно в домашніх умовах. Можна запропонувати обрати одну мету, щоб зосередитися на ній, скласти список конкретних кроків для досягнення цілей, які він може здійснити негайно.



Сесія № 2. Функціональний аналіз (ФА)

Здійснюючи ФА, пацієнт визначає зовнішні і внутрішні фактори вживання ним психоактивних речовин та аналізує короточасні позитивні й довготривалі негативні наслідки вживання кожної з них. Визначаючи фактори, актуальні для минулого, теперішнього і майбутнього, пацієнти стають «експертами» своїх власних проблем, з самого початку підвищуючи самоефективність. Це робиться обережно, за необхідності протягом однієї або двох сесій, щоб досягти повного залучення пацієнта. Інформація за результатами ФА створює основу для вибору конкретних модулів для здобуття навичок під час терапії (для кожної психоактивної речовини проводиться окремий ФА).

Ключові втручання

1) Пояснення мети функціонального аналізу.

Починати сесію необхідно з перегляду цілей і планів пацієнта щодо змін. Якщо пацієнт поставив цілі, пов'язані із вживанням психоактивних речовин, необхідно пояснити, що процес ФА повинен допомогти йому виявити думки і почуття (фактори, що запускають), що стосуються вживання ПАР, а також причини, які на це спонукали.

2) Вправа на сесії: здійснення функціонального аналізу

Функціональний аналіз щодо вживання психоактивних речовин проводиться у формі інтерв'ю, але також включає заповнення бланка зі списком виявлених форм поведінки. Мета — допомогти пацієнтові виявити та зрозуміти зв'язок між думками, почуттями та первинними і наступними формами поведінки, пов'язаними із вживанням психоактивних речовин. Для цього виду терапії вкрай важливо чітко визначити, що являє собою фактор, який запускає бажання вживати ПАР (тригер).

Доречно також дати визначення патологічного потягу — це сильне почуття або потреба в чому-небудь (наприклад, у наркотику, їжі, сексі, гострих відчуттях і т.п.), що викликає неприємні відчуття і може ставати неконтрольованим.

Інтерв'ю складається з п'яти розділів.

1) **Зовнішні фактори**, які стимулюють потяг: пацієнти зазвичай достатньо розгорнуто описують події свого життя — з ким, де і коли вони вживали психоактивні речовини. Важливо, щоб пацієнт давав якомога конкретнішу інформацію. Розглядаючи детально свій стиль поведінки, пацієнт може зрозуміти, що існують певні моделі, які характеризують вживання ПАР.

2) **Внутрішні фактори** включають думки, почуття і соматичні (тілесні) відчуття, які виникають безпосередньо перед вживанням ПАР.

Пацієнтам часто важко розпізнати і вербалізувати свої думки і відчуття, і щоб навчитись розпізнавати, що відбувається безпосередньо перед прийняттям рішення вжити наркотик, необхідна спеціальна підготовка. Характеризуючи свої когнітивні й емоційні процеси, пацієнт може зрозуміти, що конкретне рішення вживати ПАР було прийнято у разі наявності конкретних емоційних переживань. Якщо вживання пояснюється як відповідь на емоційні фактори, це може означати, що пацієнт ще не навчився більш адаптивно реагувати на неприємні емоційні стани. Пацієнти можуть не хотіти повного переходу до тверезості, але вони можуть хотіти змінити конкретну модель вживання, тобто бачити його як реакцію на емоційний пусковий фактор, наприклад гнів або тугу.

Для пацієнтів, яким важко визначити і/або вербалізувати думки чи почуття, підходить завдання описати яку-небудь сценку або зоровий образ.

3) **Поведінка, безпосередньо пов'язана із вживанням психоактивних речовин.** Необхідно отримати якомога більше конкретної інформації про речовини, які вживають пацієнти: у яких дозах (порціях, грамах і т.п.), як часто і протягом якого періоду (години, дні, тижні). Якщо пацієнт зловживає декількома психоактивними речовинами, варто провести функціональний аналіз окремо для кожної з них, оскільки можуть бути різні стимулюючі фактори та різні наслідки.

4) **Короткочасні позитивні наслідки.** Перед тим як обговорювати різні позитивні та негативні наслідки вживання психоактивних речовин, варто переконатися, що пацієнт розуміє, що таке «наслідок»: це те, що відбувається після чогось — результат тієї чи іншої форми поведінки. У даному випадку ми говоримо про те, що відбувається після вживання психоактивних речовин — як відразу після вживання, так і через багато років. Наслідки можуть бути як позитивними, наприклад відчуття заспокоєння, так і негативними, наприклад головний біль, викликаний великою дозою алкоголю.

5) **Довготривалі негативні наслідки.** Заключний етап функціонального аналізу — виявлення найпоширеніших негативних наслідків, пов'язаних із вживанням ПАР. Важливо, щоб пацієнт розумів прямий зв'язок між вживанням наркотичних речовин та негативними наслідками. Деякі пацієнти таких результатів не бачать і не можуть назвати жодного негативного ефекту. Замість того, щоб змушувати їх віднайти такі наслідки, важливо використовувати принципи мотивуючого інтерв'ю, зокрема створення когнітивного дисонансу. Консультант повинен ставити запитання, які допоможуть пацієнтам виявити в їхньому житті проблеми, що пов'язані із вживанням ПАР.

Функціональний аналіз не обов'язково має завершитись протягом однієї сесії. Для проведення повноцінного ФА можуть знадобитися дві або навіть три сесії. Основне завдання — допомогти пацієнту зрозуміти, що за допомогою цього інструменту він може стати «експертом» з питань своєї поведінки, пов'язаної із вживанням ПАР.

Завершення функціонального аналізу — велике досягнення для пацієнта, і це може допомогти встановити міцні робочі стосунки. Аналізуючи складний матеріал із застосуванням неконфронтаційного підходу можна краще почути пацієнта.

Домашнє завдання

Деякі пацієнти будуть завершувати ФА самостійно, особливо це стосується розділів, щодо яких отримана неповна інформація. Важливо попросити пацієнта завершити цю роботу вдома.

Аналіз можливих негативних наслідків і негативних очікувань, що пов'язані із вживанням ПАР, можна провести, запропонувавши пацієнтові заповнити бланк «Окремі наслідки вживання ПАР».

Негативні наслідки — це те, що вже відбулося, а негативні очікування — це події, яких пацієнти можуть очікувати в майбутньому. Обговорюючи очікування, можна запропонувати виявити негативні наслідки, які найбільше до них відносяться, і описати, чому це так. Варто пояснити, що не всі перераховані негативні наслідки можуть відзначатися у них на даний час, вони можуть з'явитися в майбутньому.



Сесія № 3 — Подолання потягу

Пацієнтів вчать розпізнавати фактори потягу і зменшувати час їх впливу. Оскільки не завжди можна уникнути контакту з відповідними стимулами, необхідно навчити пацієнтів спеціальним методам копіngu, а потім розробити план дій у різних ситуаціях високого ризику. Пацієнтів навчають веденню щоденних записів інтенсивності потягу і щоденника самоконтролю.

Ключові втручання

1) Визначення потягу

Більшість пацієнтів можуть описати прояви потягу. Для прикладу можна навести випадок потягу щодо деяких харчових продуктів. Роблячи це, консультант пояснює клієнтам природний характер їхнього потягу. Стимулюючими факторами потягу можуть бути зорові образи, звуки, запахи або інші сигнали навколишнього середовища, наприклад коли пацієнт проїжджає повз будинок людини, яка поставляє йому наркотики, або побачить пристосування для введення наркотиків. Потяг може включати тілесні відчуття, такі як стиснення в животі, нервозність і головні болі. Розум може «говорити» пацієнтові, що було б добре спожити наркотик, або що йому «потрібно» вжити, бо інакше він відчуватиме внутрішню порожнечу, тугу, гнів або інші негативні емоції.

Типи подолання потягу:

- ✓ реакція на симптоми відміни,
- ✓ реакція на нестачу приємних відчуттів,

- ✓ «умовно-рефлекторна» реакція на сигнали, пов'язані з наркотиками,
- ✓ реакція на бажання отримати приємні відчуття.

Потяг — неприємне відчуття, проте воно природне і не небезпечне. Потяг обмежений у часі, тобто триває декілька хвилин. Він не збільшується безперервно до такої міри, що стає нестерпним, а звичайно досягає максимуму через декілька хвилин і потім спадає, як хвиля. Образ хвилі може бути дуже корисним при описах патологічного потягу і процесу його подолання.

2) Зменшення впливу чинників з метою контролю над потягом

Під час цієї сесії акцентується увага на способах, за допомогою яких пацієнт може змінити своє оточення, щоб зменшити вплив стимулюючих чинників. Необхідно допомогти пацієнтам розпізнавати фактори, що провокують потяг (наприклад, уникати відвідування місць, де можливий контакт з психоактивними речовинами, рідше зустрічатися зі знайомими, які вживають їх). Пацієнтів навчають, як розпізнавати провокуючі фактори потягу і як зменшити їх вплив.

3) Методи, що допомагають зменшувати і долати потяг

Іноді потягу не можна уникнути, і необхідно знайти спосіб його подолати. Існує багато різних методів боротьби з потягом. Чотири види навичок, описаних нижче, являють собою набір простих прийомів, які легко запам'ятати. Навчаючи цим навичкам, необхідно підкреслювати, що вони не універсальні — деякі з них працюватимуть краще в певних ситуаціях і не у всіх пацієнтів будуть ефективними. Кожен метод може бути корисним як інструмент для посилення контролю за тілесними і психічними проявами, в ситуаціях високого ризику.

Відволікаюча діяльність. За допомогою цієї навички можна змістити фокус уваги з внутрішніх відчуттів на зовнішні чинники. Необхідно пояснити, що в той час, коли пацієнт зазвичай вживає ПАР, в будь-який час дня і ночі, може бути дуже корисним зайнятися якоюсь відволікаючою діяльністю. При проведенні функціонального аналізу, як правило, з'ясовується, що багато пацієнтів описують свій розпорядок дня як такий, що включає (якщо, взагалі, включає) дуже мало видів діяльності, не пов'язаних із вживанням ПАР. Нереально очікувати, що у пацієнта відразу з'являться нові хобі, він приєднається до нових соціальних груп або зробить інші великі зміни у своєму житті. Однак необхідно стимулювати їх робити невеликі кроки в цьому напрямку, пробуючи нові види діяльності.

Обговорення проблеми. Важливо допомогти пацієнтам використовувати систему підтримки для подолання патологічного потягу. Існують традиційні підходи, серед яких основними є програми, засновані на принципах «12 кроків», з використанням «кураторів», до яких можна звернутися, коли є ризик повернення до вживання ПАР. Когнітивно-поведінкова терапія заохочує використання програми «12 кроків» та інших видів допомоги в спільноті. Бесіда з членами сім'ї та/або друзями з приводу появи патологічного потягу може допомогти виявити джерело цього явища і зменшити неприємні відчуття. Пацієнтам часто незручно обговорювати свої проблеми, пов'язані із вживанням психоактивних речовин, з іншими людьми. Навчіть їх долати почуття сорому чи душевний біль, ділитися своїми переживаннями.

Уявне звернення до самого себе. При виникненні потягу багато пацієнтів, як правило, частіше згадують лише позитивні ефекти від вживання ПАР і часто забувають про негативні наслідки. Необхідно навчати пацієнта нагадувати самим собі про переваги тверезості і негативні наслідки і формулювати уявні звернення до самого себе на основі цих нових думок. Іноді корисно записати ці переваги і наслідки на невеликій картці, яку пацієнт може носити з собою. Уявні звернення до самого себе можуть призводити як до посилення, так і ослаблення потягу. Процес вироблення подібних тверджень стає настільки автоматичним, що пацієнти можуть навіть не помічати, як це відбувається. Приховані або автоматичні уявні звернення до самого себе, пов'язані з потягом, можуть ускладнювати його подолання.

Приклад звернення до самого себе: *«Цей потяг неприємний для мене, але через плюс-мінус 15 хвилин моє тіло заспокоїться, і я буду відчуватися, як і раніше. Я попрошу мого двоюрідного брата побути зі мною».*

Для виявлення та зміни моделей негативних думок (уявних звернень до самого себе), які провокують вживання ПАР, використовується когнітивна реструктуризація. Пізніше ця тема буде розкрита докладніше. Фіксація негативних уявних звернень до самого себе, які сприяють загостренню патологічного потягу, допоможе пацієнтам. Однак для цього необхідно наполегливо практикуватися ретельно аналізувати думки, а також навчитися їх змінювати. Деякі пацієнти можуть отримати позитивний ефект від когнітивної реструктуризації, коли вона вводиться вже на ранніх етапах лікування. Однак це вимагає достатнього рівня психологічної зрілості і терпіння для поетапної роботи. Необхідно перевірити, чи готовий пацієнт до засвоєння цього конкретного навичку на даному етапі, чи це варто зробити пізніше. Якщо цей підхід використовувати занадто рано, він може виявитися неефективним для більшості пацієнтів. Один із варіантів — ознайомити з цим методом на початку консультування і повідомити пацієнтам, що вони будуть вивчати його застосування більш докладно пізніше, під час лікування.

Використання сили потягу. Багато людей прагнуть подолати потяг, намагаючись бути сильними, зціпивши зуби і докладаючи великі зусилля. Інколи, особливо на початкових етапах утримання від вживання, патологічний потяг є настільки сильним, що його практично нереально ігнорувати. Коли це трапляється, треба спробувати перечекати, поки він не пройде. Цей прийом називається «використання сили потягу», або «серфінг потягом» (urge surfing). Ідея, яка лежить в його основі, аналогічна ідеї, на якій засновано багато бойових мистецтв — перемога над супротивником досягається тільки після початкової поступки силі його атаки. Приєднуючи свою силу до сили противника, можна взяти ситуацію під контроль. Цей прийом дозволяє також витрачати менше енергії. Спочатку відчуття сили потягу — замість того щоб протистояти йому з великими зусиллями.

Профілактика рецидиву

В рамках цієї сесії корисно і рекомендовано провести навчання щодо профілактики рецидивів з метою формування навичок розпізнавання ознак, що передують зривам, та оволодіння прийомом щодо їх попередження.

Такі стратегії корисні для профілактики і керування рецидивами, оскільки передбачають:

- ✓ Підвищення прихильності до змін (наприклад, використання мотиваційного інтерв'ювання).
- ✓ Виявлення ситуації підвищеного ризику, наприклад: чи пов'язаний рецидив з хворобою? Які ситуації були пов'язані з рецидивом в минулому?
- ✓ Навчання навичкам копінгу, наприклад: вирішення проблем; використання соціальних навичок та навичок самоконтролю; самомоніторинг вживання наркотиків і шкоди, пов'язаної зі вживанням.
- ✓ Розробка стратегій, які можуть бути частиною попередження рецидиву (що повинен зробити пацієнт у разі, якщо рецидив відбувся? Де він може отримати підтримку? Яка роль у цьому друзів/сім'ї?).
- ✓ Як швидко пацієнт повинен записатися на прийом, щоб повернутися до життя без наркотиків?

Рецидив означає повернення до моделі «наркоманської» поведінки, що часто знову призводить до фактичного регулярного вживання наркотиків. Якщо навчитися розпізнавати рецидив, коли він лише починається, це може допомогти зупинити процес, перш ніж вживання наркотиків знову почнеться.

При збільшенні споживання наркотиків стає все важче тримати життя під контролем, що може призвести до активних дій для підтримки видимості «нормальності», наприклад: брехня, шахрайство, безвідповідальність (запізнення, порушення обіцянок), недбалість у ставленні до власного здоров'я та гігієни, імпульсивність, погані звички; втрата інтересу до сімейного життя, відпочинку та хобі; ізоляція, використання інших наркотиків, алкоголю або не приписаних ліків; припинення прийому приписаних ліків; втрата самоконтролю і здатності справлятися з повсякденними проблемами.

Тригери для рецидиву можуть бути як зовнішніми, так і внутрішніми. Уникнення деяких негативних емоційних станів має важливе значення для запобігання рецидивам.

Найпоширенішими негативними почуттями, які викликають повернення до вживання наркотиків, є:

- **Голод** — дискомфорт, несвоєчасне харчування.
- **Гнів** — інтенсивна дратівливість на ранній стадії відновлення може привести до гніву або люті. Ці почуття призводять до втрати критичності і раціональності і можуть викликати рецидив.
- **Самотність** — дуже важливо відмовитися від друзів і дій, які пов'язані із вживанням наркотиків, перейти до іншого способу життя і знайти друзів, які не вживають наркотики.
- **Втома** — проблеми зі сном часто виникають під час відновлення. Втома викликає рецидив, але важливо розуміти, що почуття підвищеної уразливості і виснаження мають тимчасовий характер.
- **Стрес** — людина, яка одужує, може відчувати себе негативно, і стрес від одужання є радше правилом, ніж винятком. Якщо додати інші фактори, присутні у житті клієнта, і навчитися управляти стресом, — це може бути дуже корисним умінням.

Щоб бути успішним у процесі відновлення, залежні повинні навчитися розпізнавати і розуміти свої справжні відчуття.

Так, емоції часто проявляються через поведінку або фізичні симптоми (біль у животі, головний біль, звичка гризти нігті, кричати). Важливо зрозуміти ці зовнішні ознаки емоцій, щоб вони не продовжували накопичуватися всередині.

Консультування спонукає людей аналізувати свої почуття: як вони впливають на них і навколишніх людей. Відновлення потребує вироблення вміння, коли і як виражати свої почуття. Зміна поведінки і навички «робити щось інше» — це ще один із способів впоратися з важкими почуттями.



Сесія № 4 — Розвиток навичок спілкування

Невербальні та вербальні навички спілкування відпрацьовуються за допомогою моделювання під час рольових ігор. Особливий акцент робиться на використанні навичок формування асертивної поведінки у стосунках з однолітками, які вживають психоактивні речовини, і для домашніх конфліктів.

Обґрунтувати тему цієї сесії може бути досить складно, оскільки багато пацієнтів вважають, що проблеми у спілкуванні виникають з вини інших людей, наприклад членів сім'ї, керівників, друзів і представників правоохоронних органів. Цілком можливо, що пацієнти можуть втратити надію на зміну свого стилю спілкування. Важливо навести відповідні приклади і показати, як можна поліпшити навички спілкування.

Невербальний і вербальний стилі спілкування несуть у собі різну інформацію; тому важливо володіти обома. Варто зазначити, що іноді людина може не знати про невербальні сигнали,

тому що вони увійшли в звичку, наприклад уникнення очного контакту, коли людина нервує або розмахує руками, коли розсерджена.

Три стилі спілкування (пасивний, агресивний і асертивний)

Бажано розповісти про відмінності між пасивним, агресивним і асертивним стилями спілкування. Доцільно підкреслити недоліки пасивного або агресивного стилю і переваги використання асертивного стилю.

Як конструктивно робити критичні зауваження і сприймати критику

Критика часто сприймається як негативне й неприємне явище. Це неправильно. Навички сприймати критику і реагувати на неї у конструктивний спосіб можуть принести багато позитивних результатів, як для промовця, так і для слухача. Важливо, щоб пацієнт знав, як робити критичні зауваження і як сприймати критику на свою адресу.



Сесія № 5 — Усвідомлення і подолання почуття гніву

Пацієнтів навчають, як розпізнати ситуацію, яка запускає почуття гніву, а також внутрішні реакції, які є його сигналами. Пояснюються відмінності між гнівом як почуттям і його поведінковими проявами. Таким чином, афективні прояви представляються як природні. Щоб продемонструвати відмінності між пасивними, асертивними і агресивними реакціями, використовуються рольові ігри, а також вправи з релаксації.

Модуль включає роботу над формуванням двох груп навичок — усвідомлення та подолання почуття гніву. Важливо розповісти пацієнтам, що вони повинні розвивати навички розпізнавати в собі ознаки гніву та його силу. Це вміння вимагає тривалого тренування, але це вартує витрачених зусиль, бо може врятувати від небезпечних помилок.

Вправа під час сесії

«Запропонуйте пацієнтам замислитися над конкретною ситуацією, яка нещодавно викликала у них сильний гнів (а не просто роздратування). Попросіть їх описати цю ситуацію, зазначивши, коли та де це сталося і хто був учасником конфлікту. Попросіть пояснити, чому вони відчували гнів. Запропонуйте перерахувати конкретні стимулюючі фактори виникнення почуття гніву, а також внутрішні реакції на ці чинники. Допоможіть їм визначити фізичні реакції, а також почуття та думки. Ймовірно, доведеться допомогти пацієнтам виявити думки і переконання, пов'язані з конфліктною ситуацією».

Подолання почуття гніву

Необхідно пояснити пацієнтам, що існує багато способів подолання гніву, важливо знати, що конкретно підходить для тієї чи іншої людини. Решту сесії буде присвячено вибору способів заспокоєння, щоб можна було думати більш раціонально а отже, приймати більш правильні рішення. Необхідно нагадати, що почуття гніву може залежати від того, як вони думають про ті чи інші речі: провокуюча подія формує гнівні думки і почуття, що в свою чергу спричиняє зміни в поведінці.

Етапи навчання пацієнтів подоланню гніву:

1. Навчіться заспокоюватися або зберігати спокій, так ви зможете контролювати ситуацію (визначте, які уявні звернення до самого себе працюють краще у вашому випадку: заспокойся, не приймай близько до серця, охолонь, зроби глибокий вдих, зупинись і подумай, розслабся, порахуй до десяти, візьми перерву).

2. Проаналізуйте ситуацію крок за кроком. Після того як ви заспокоїлися, подумайте про ситуацію. Що викликає гнів? Чи намагається хто-небудь викликати його? Які будуть наслідки агресивних дій? Чи є що-небудь позитивне в цій ситуації?
3. Подумайте про варіанти, які у вас є. У чому полягають мої інтереси? Що я можу зробити? Який варіант видається кращим?
4. Виберіть асертивну реакцію для вирішення проблеми. Це підвищує шанси на те, що ваші цілі будуть досягнуті і що ви краще оціните свою роль у цій ситуації.
5. Після спроби вирішення проблеми буде два варіанти розвитку подій:
 - а) ви не змогли вирішити конфлікт. Пам'ятайте, неможливо виправити все. Спробуйте відійти/уникнути ситуації/проблеми;
 - б) успішно вирішили проблему. Привітайте себе.



Сесія № 6 — Врегулювання негативних емоційних станів

У період одужання пацієнти часто відчувають негативні емоційні стани (дратівливість, депресія, тривога, гнів, туга). Вони зазвичай пов'язані з депресивним ефектом ПАР, але можуть також викликатися життєвими негараздами, що виникли в результаті вживання ПАР або інших факторів (сімейні проблеми, напружена робота, шкільна неуспішність).

Негативні емоційні стани можуть бути основною причиною рецидиву і ситуації високого ризику. Повернення до вживання наркотиків або алкоголю не є ефективним способом подолання негативних емоційних станів і може погіршити ситуацію.

Водночас, якщо пацієнт в ході курсу лікування навчається більш ефективно вирішувати життєві проблеми, можна зменшити інтенсивність і частоту негативних афективних станів. Важливою навичкою, корисною для подолання негативних емоцій, є усвідомлення того, що зміна власних думок про ситуацію може привести до зміни почуттів і поведінки.

Спочатку важко визнати, що думки впливають на почуття, адже це форма автоматичного мислення, що триває недовго. Нижче наводиться модель, яка може допомогти пояснити зв'язки між подіями, негативними емоціями і поведінкою.

Ключові втручання

Навчіться думати про себе і про навколишній світ інакше (принцип 3А, викладений нижче). В негативних емоційних станах у людей часто відзначається неправильне сприйняття навколишнього світу. Наші думки впливають на наші почуття.

1. Усвідомте (Become AWARE) думки, які приречені на провал.
2. Відреагуйте (ANSWER) на них більш реалістичними думками.
3. Дійте (ACT) у відповідності з новими думками.

1. «Усвідомлення»

Щоб навчитися долати негативні емоційні стани, необхідно вміти їх розпізнавати. Пацієнти можуть не знати, як називаються негативні емоційні стани або почуття. Діаграма «Коло почуттів» і таблиця «Розпізнавання почуттів» є корисними інструментами, які допомагають пацієнтам навчитися виявляти і називати різні почуття. Вони мають зрозуміти, як спостерігати за коливаннями настрою і за ситуаціями, які впливають на настрій, а також навчитися розпізнавати зміни тілесних відчуттів (соматичні скарги), коли діяльність вимагає великих зусиль або зосередження.

Окрім знань про зміни фізичних відчуттів і настрою, пацієнт повинен навчитись розпізнавати свої думки (звернені до самого себе), адже їх можна вивчити на предмет помилок мислення.

Список помилок мислення (когнітивних деформацій):

- Чорно-біле мислення (або/або) — ви бачите речі або досконалими, або однозначно жакливими — *«Я або невдаха або переможець»*.
- Катастрофічне мислення — ви реагуєте на розчарування чи невдачу так, ніби це кінець світу: *«Я знаю, що сталося щось жахливе»*.
- Передчасні висновки — ви припускаєте найгірше, не отримавши доказів, або вирішуєте, що станеться щось жахливе, навіть якщо немає підстав про це думати: *«Він не подзвонив мені, значить, він думає, що я невдаха»*.
- Ігнорування позитивних моментів — ви не звертаєте уваги на позитивні моменти або говорите, що «вони не важливі»: *«Цей вдалий удар вийшов випадково. Я погано граю в футбол»*.
- Взяття провини на себе — ви звинувачуєте себе в тому, за що не відповідаєте або що не контролюєте: *«Це моя провина у тому, що мої батьки розлучилися»*.
- Почуття обов'язку — ви відчуваєте, що «повинні» думати або робити щось, або критикуєте інших людей за те, що, на вашу думку, вони повинні або не повинні думати або робити: *«Я завжди маю бути люб'язним стосовно інших людей: «Ви не повинні ніколи нікого засмучувати»*.

2. «Реагування»

Якщо пацієнти навчилися розпізнавати в собі негативні емоції і думки, пов'язані з ними, вони можуть починати реагувати на них. Навчаючись розпізнаванню думок (автоматичних думок, уявних звернень до самого себе), важливо враховувати можливість безлічі варіантів інтерпретації будь-якої ситуації, і не лише неприємної. Вивчіть докази (або їх відсутність) на користь тієї чи іншої думки і розгляньте можливість помилок. Коли помилкові думки виправляються, почуття і негативні емоції змінюються.

Ключові запитання:

Чи засноване моє мислення на принципі все або нічого?

Які є докази того, що це правда?

Що може трапитися в найгіршому випадку?

Чи є у мене переконливі докази того, що може трапитися щось погане?

Чи дає мені це мислення те, що мені потрібно?

Чи на достатній я відстані від ситуації, щоб робити висновки?

Чи не плутаю я думки з фактами?

Які переваги і недоліки має такий спосіб мислення?

Яке значення це матиме через тиждень або через рік?

3. «Дії»

Переформулюйте негативні уявні звернення до самого себе.

Для зміни настрою недостатньо знайти відповіді на свої думки. Необхідно діяти згідно з новими думками і переконаннями, наприклад, знайти інше більш правильне/продуктивне пояснення

ситуації і узгодити з ним свої дії. Колишні автоматичні думки повинні бути замінені новими, які можуть стати основою нових форм поведінки.

Сесія № 7 — Техніка вирішення проблем

Ситуація стає проблемою, якщо людина не володіє навичками ефективного копінгу, які зазвичай застосовуються в подібних ситуаціях. Споживачі ПАР частіше стикаються з новими проблемами, що виникають у ситуаціях, з якими вони раніше не стикалися (коли вживали ПАР) — це стосується регулювання стосунків, сімейних конфліктів, фінансових питань, працевлаштування та вибору нових видів діяльності для підтримання тверезого способу життя. Цим проблемам важко протистояти, варто нагадати пацієнтам, що вони постійно будуть отримувати підтримку. Важливо, щоб пацієнти зрозуміли: якщо вони не знайшли правильного рішення, то 1) це не означає, що його немає, і 2) проблеми можуть з часом накопичуватися, як снігова куля. Ефективні методи вирішення проблем повинні бути елементом будь-якої програми утримання.

2

Ключові втручання

Техніка вирішення проблем є ключовим втручанням під час цієї сесії. Вона містить п'ять етапів і дає клієнтам покрокову модель виходу зі складних ситуацій.

1. **Визнання проблеми:** Чи існує проблема? Якими є ознаки її наявності?

Сам факт, що ви сядете і почнете аналізувати проблемну ситуацію, намітивши варіанти вирішення, може бути альтернативою споживання ПАР. Проблеми можуть бути пов'язаними зі вживанням наркотиків, з сімейною ситуацією, фінансовими питаннями, роботою та з іншими міжособистісними стосунками.

2. **Визначення проблеми.** Зберіть якомога більше інформації та фактів, щоб максимально збагнути суть проблеми. Прагніть до конкретних формулювань і, якщо це можливо, визначайте проблему з точки зору поведінки. Виділіть декілька конкретних частин, таких як «хто, коли і де», якщо це можливо. Це допоможе пацієнтам відчувати себе менш безпорадними, оскільки після цього вони можуть поставити перед собою конкретні цілі.

3. **Розгляньте різні підходи до вирішення проблеми.** Часто виникає спокуса спробувати застосувати перше ж рішення, яке приходить в голову, проте це не найкращий варіант дій. Важливо виділити декілька можливих варіантів.

- ✓ Змініть свою точку зору або критерії оцінки. Це допомагає зробити крок назад і подивитися на ситуацію збоку. Попросіть пацієнта уявити, що він дає пораду другові щодо цієї проблеми.
- ✓ Чи є хто-небудь, хто, на вашу думку, може дати добру пораду стосовно цієї проблеми? Як ви думаєте, що б він порадив?
- ✓ Застосуйте рішення, яке допомагало раніше. Згадайте що-небудь, що допомогло в подібній ситуації або запитайте іншу людину про рішення, яке допомогло їй в минулому в аналогічних умовах. Важливо звернути увагу клієнта на те, що йдеться саме про рішення, яке мало позитивні наслідки для нього і для оточення в короткотривалій та довготривалій перспективі.

4. **Виберіть найперспективніший підхід.** Якщо у вас з'явиться досить великий список підходів і варіантів, перегляньте його список і виключіть те, що здається неконструктивним або нереалістичним. Визначте найбільш імовірні результати для кожного можливого варіанту з урахуванням як позитивних, так і негативних, а також довготривалих і короткочасних наслідків. Розташуйте всі можливі рішення відповідно до їхніх наслідків і бажаності — від найбільш до найменш бажаного.

5. **Дійте та оцініть ефективність обраного підходу.** Наступним кроком є здійснення обраного найкращого підходу. Це стадія дії, на якій клієнт повинен отримати стимул для реалізації обраних рішень.

Під час сесії допоможіть клієнту вибрати щось одне, що можна зробити відразу ж — аналогічно до вже знайомого йому елементу постановки цілей, коли пацієнти визначають «перші кроки, які вони збираються зробити» (завдання) для досягнення мети. Нагадайте, якщо людина не пробує щось зробити, вона не дізнається, чи можна це зробити. Інший важливий елемент цього етапу — відразу ж оцінити сильні і слабкі сторони виконаних дій. Запропонуйте пацієнту поставити собі запитання: «Чи отримую я той результат, якого очікував?» Пацієнтові слід пояснити, що після того, як його план почав здійснюватися, але проблема не вирішена, слід перейти до наступного вибраного рішення і повторити вже відомі процедури.



Сесія № 8 — Навички відмови від вживання ПАР

Оскільки вживання ПАР триває протягом значного періоду (часто — з підліткового віку), оточення людей складається з осіб, які теж вживають наркотики. Формується група однолітків, яка підтримує вживання ПАР і є підкріплюючим фактором для конкретного споживача.

Продовження контакту з такою групою суттєво підвищує ризик рецидиву через дію соціального тиску, який може бути прямим або опосередкованим. Прямий тиск — це ситуації, коли хтось безпосередньо пропонує ПАР пацієнту; непрямий тиск виникає, коли особа повертається до колишнього кола спілкування, колишніх занять тощо, які, в свою чергу, пов'язані із вживанням ПАР.

При проходженні цього модуля необхідно підкреслювати, що в основі стратегії має лежати уникання ситуацій і людей, пов'язаних із вживанням ПАР. Однак одного уникнення здебільшого буває недостатньо і необхідно розвивати навички відмови від вживання ПАР.

Щоб не відновити вживання ПАР під тиском оточення, необхідно використовувати навички асертивної поведінки. Під час цієї сесії буде повторюватися значна частина матеріалів про навички, які освоювалися при проходженні модуля, присвяченого спілкуванню, а також йтиметься про низку інших навичок, таких як подолання патологічного потягу і вирішення проблем. Деякі пацієнти заперечуватимуть вплив оточення, заявляючи: «Це суто моя справа припиняти чи ні!»

Можна висловити згоду з такою заявою і водночас розповісти пацієнтам, як важливо вміти швидко реагувати на такі ситуації, а для цього потрібно до них готуватися.

Ключові втручання

Вміння відмовлятися — дуже важлива навичка, яку потрібно розвивати, і необхідність повертатися до неї може виникати декілька разів у процесі терапії.

Необхідно навчати пацієнта переконливо говорити «ні» і завжди бути готовим відповісти негайно. Чим швидше пацієнт може сказати «ні» на пропозицію вжити ПАР, тим менше шансів виникнення рецидиву. Це пов'язано з двома чинниками. По-перше, зволікання дає іншій людині більше часу на те, щоб переконати вжити наркотик, по-друге, дає пацієнтові більше часу, щоб виправдати вживання («від одного келиха пива нічого поганого не трапиться»).

Важливо нагадати пацієнту про навички, освоєні при проходженні модуля № 4, та навести наступні рекомендації:

- ✓ говоріть чітко, впевнено і без вагань,
- ✓ використовуйте прямий зоровий контакт,
- ✓ не відчувайте провини (якщо відчуваєте, змініть формулювання уявних звернень до самого себе),

- ✓ уникайте вибачень і невизначених відповідей,
- ✓ скажіть: «Ні, дякую» в асертивний спосіб.

Заявляючи про відмову, людина має бути рішучою і впевненою в собі. Якщо необхідне пояснення, можна його дати. Випадкові знайомі зазвичай не будуть вимагати пояснень. Близькі друзі або члени сім'ї частіше запитують про причини відмови. Заздалегідь підготовлене пояснення (навіть вигадане) може допомогти в такій ситуації, але також може привести до необхідності знову пояснювати відмову в майбутньому.

- ✓ Контролюйте мову тіла. Важливо відмовлятися від вживання ПАР, застосовуючи і слова, і мову тіла, щоб показати, що Ви ставитеся до цього серйозно і впевнені в собі. Ви повинні практикувати такі прийоми: стояти прямо, обличчям до співрозмовника і твердо говорити: «ні, дякую». Якщо цього не зробити, може створитися враження, що Ваше рішення про відмову не є остаточним.
- ✓ Змініть тему розмови. Зміна теми бесіди означає, що ви не зацікавлені в пропозиції. Наприклад, можна сказати: «Ні, дякую. А що ти думаєш про новий фільм...?» Спочатку ви можете відчувати себе ніяково, але після декількох репетицій будете почуватися природніше. Пам'ятайте, що це ваше право вживати дії з контролю за ситуацією.
- ✓ Вступайте в конфронтацію з провокатором. Якщо хто-небудь наполягає, пропонуючи алкоголь або наркотики, незважаючи на вашу відмову, може з'явитися необхідність вступити в конфронтацію. Це має бути останнім засобом, оскільки може призвести до агресивної відповіді або втрати дружніх стосунків. Ви можете сказати: «Ви розумієте, що я припинив вживати...? Чому це так важливо для вас, щоб я вживав, коли я цього не хочу?»

Особливий тип ситуації, коли тиск виявляється групою людей. Найкраще прийняти тверде рішення не вживати ПАР до того, як зустрітися з групою, де будуть вживати ці речовини. Заздалегідь подумайте про те, що може зажадати від вас група і чому. Вирішіть, що ви хочете робити. Програйте свою роль в думках (або з ким-небудь) і продумайте, як ви хочете сказати групі про своє рішення. Також зважте, чи настільки важливою є ця зустріч.

У рамках цієї сесії повторіть інформацію на відпрацювання навичок щодо попередження зривів.



Сесія № 9 — Зміцнення мережі соціальної підтримки

Із вживанням ПАР пов'язано багато проблем, у тому числі емоційних, міжособистісних, фінансових і медичних. Дотримуватися тверезості, долати проблеми, пов'язані із вживанням ПАР, з тригеруючими факторами і тиском інших людей набагато важче за відсутності підтримки від оточуючих. Люди, які мають підтримку, зазвичай відчувають себе впевненіше щодо своєї здатності керувати своїм життям і справлятися з проблемами. Крім того, пацієнти повинні думати про те, чим замінити деякі види підтримки, які вони отримують, перебуваючи на лікуванні, після його закінчення.

Ключові втручання

Мережа соціальної підтримки може включати сім'ю, друзів, знайомих, співробітників і групи взаємної підтримки, такі як програма «12 кроків» або інші.

Люди часто не відчувають, що вони отримують необхідну їм підтримку, деякі не знають, як просити про допомогу, або думають, що не повинні цього робити. Іноді системи підтримки розпадаються через відхід людини від соціальних контактів або через міжособистісний конфлікт, пов'язаний із вживанням ПАР.

В рамках цієї сесії необхідно визначити, хто може надати допомогу:

- ✓ люди, які вже відіграють важливу роль у вашому житті;
- ✓ люди, які займають наразі нейтральну позицію, але які могли б надавати підтримку;
- ✓ люди, які перешкоджають вам, але які теж можуть підтримувати вас, якщо Ви докладете до цього певні зусилля.

Подумайте над тим, якого типу підтримку бажано отримати:

- ✓ вирішення проблем;
- ✓ моральну підтримку;
- ✓ допомогу в формулюванні завдань;
- ✓ інформацію або ресурси;
- ✓ допомогу в надзвичайних ситуаціях;
- ✓ допомогу в дотриманні тверезості;
- ✓ заохочення;
- ✓ медичні рекомендації та скерування до фахівців.

Як можливо отримати допомогу:

- ✓ попросіть про те, що вам потрібно;
- ✓ говоріть прямо і конкретно;
- ✓ включайте нових людей у групу підтримки;
- ✓ давайте підтримку іншим людям;
- ✓ використовуйте навички активного слухання (згадайте навички спілкування);
- ✓ давайте зворотний зв'язок — друзі і родина повинні знати, що було для вас корисним, а що ні. Не забувайте дякувати.



Сесія № 10 — Наче й несуттєві рішення

При проходженні цього модуля клієнти дізнаються, як незначні рішення, що наче й не стосуються проблеми (і тому є нібито несуттєвими), можуть спровокувати ситуації високого ризику, в яких виникає потреба вжити ПАР. Низка незначних рішень може поступово наблизити клієнта до того, що вживання ПАР стане майже неминучим. Люди часто вважають себе жертвами; здається, що все відбувається наче саме по собі. Вони не розуміють, як десятки незначних рішень наближають до ситуацій, яких вони намагаються уникати.

Ramo&Brown (1998) представили матеріали дослідження особливостей рецидивів у осіб, які пройшли лікування з приводу зловживання ПАР. Близько третини серйозних рецидивів були охарактеризовані як «пов'язані з імпульсивними діями або зовнішніми впливами». Пацієнти не думали про вживання ПАР до виникнення рецидивів і не робили спроб придбати алкоголь чи наркотики — все відбувалося за сценарієм «це сталося само собою»³².

Вимагайте від клієнтів розповідати і думати про всі рішення, незалежно від масштабу. Кожне рішення може розглядатися, як ланка в ланцюзі. Деякі ланки є слабкими, що призводить до розриву всього ланцюга. Наприклад, слабка ланка може проявитися при плануванні вільного часу на вихідні дні. Якщо ніщо не пускається на самоплив, більше шансів добре розважитися, отримати задоволення і менше шансів опинитися в ситуації, яка може призвести до вживання ПАР.

³² Ramo, D., Brown S. Classes of substance abuse relapse situations: A comparison of adolescents and adults // Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors. — 2008. — № 22(3). — pp. 372–379.

На початку може здатися дивним так детально розписувати всі дрібниці, але оцінка кожного рішення дасть можливість більш повного контролю утримання від вживання ПАР. Коли людина звикає оцінювати «несуттєві рішення», вона починає розпізнавати певні думки, які можуть призвести до вживання ПАР, так звані «думки-обов'язки» («повинен», «тільки так»).

Рішеннями можна спровокувати високий або низький ступінь ризику залежно від ймовірності виникнення ситуації, в якій потреба вживання ПАР стає сильною. Наприклад, зробивши вибір посидіти в барі зі старими друзями, з якими Ви раніше вживали спиртні напої, Ви приймаєте рішення з високим ступенем ризику. Краще зробити вибір з низьким ступенем ризику, наприклад, пообідати в іншому місці. Якщо з якихось причин Ви обираєте варіант з високим ступенем ризику, будьте готові застосувати навички подолання патологічного потягу до ПАР.



Сесія № 11 — Оглядова/заключна сесія

Під час цієї сесії не вивчаються нові навички, а дається можливість проаналізувати успіхи, виявити досягнення, а також потреби у подальшій підтримці. Клієнтів просять висловити свою думку щодо процесу терапії. Їхня самоефективність може бути підвищена завдяки підсиленню впевненості в тому, що вони оволоділи новими навичками, необхідними для вирішення проблем.

Незважаючи на те, що терапія заснована на принципі «тут і зараз», питання завершення важливі для когнітивно-поведінкової терапії, так само як і для інших видів терапії. Під час роботи з клієнтом у терапевта формуються міцні та активні робочі стосунки з ним, Варто згадати про них, готуючись до завершення роботи. Мінімум дві-три останні сесії терапевт має частіше наводити приклади успішного самостійного використання пацієнтами нових навичок. Такі успіхи, навіть невеликі, повинні підкреслюватися на всіх етапах терапії. Пацієнти мають знати про те, що вони володіють навичками, необхідними для вирішення життєвих проблем, і можуть обходитися без підтримки терапевта.

У цілому рівень самоефективності пацієнтів можна підвищити шляхом підкріплення активного використання навичок, таких як вирішення проблем і прийняття рішень.

На цій сесії пацієнти можуть надати терапевту важливу інформацію під час зворотного зв'язку. Ця сесія дає змогу підкреслити успіхи клієнтів у всіх сферах діяльності, а не тільки пов'язаних із вживанням ПАР.

Необхідно заохотити їх, незалежно від того, яких успіхів вони досягли на шляху до утримання. Покладіть в основу розуміння того, що всі вони доклали максимум зусиль для досягнення цієї мети.

Ключові втручання

Цей модуль менш структурований, ніж попередні. Він не включає формальних вправ і не буде домашнього завдання. Однак важливо перевірити домашнє завдання і навички, отримані на попередній сесії.

На цьому етапі необхідно вжити заходів, спрямованих на полегшення переходу пацієнта до звичайного життя.

Існує декілька аспектів, які необхідно передбачити, щоб допомогти пацієнтам відчувати себе готовими використовувати отримані навички самостійно. Зазвичай їх підтримували під час процесу лікування, тому буде абсолютно природним сказати, що на тепер вони готові працювати незалежно.

На заключній сесії важливо:

1. **Розробити «надзвичайний план дій»**, щоб справлятися з непередбаченими кризовими станами, які можуть раптово виникнути. Цей «надзвичайний план дій» повинен створюватися, починаючи з модуля «Планування дій у надзвичайних ситуаціях та подолання рецидивів». Важливо, щоб після завершення курсу терапії пацієнти не відчували, що «борються самотужки». Варто повторити ознаки, за якими вони можуть визначити, що необхідне додаткове втручання.

2. **Вирішити основні проблеми**. Для цього нагадайте пацієнту про навички, отримані під час проходження модуля «Вирішення проблем». У нього має бути сформоване усвідомлення того, що після завершення лікування він стикатиметься з багатьма проблемами, які продовжуватимуться доти, доки основні сфери його життя не будуть упорядковані. Це нормально і має бути сигналом до того, щоб взяти свій робочий зошит і потренуватися у застосуванні отриманих навичок.

3. **Оцінити ефективність**. Для цього необхідно повернутися на етап постановки цілей, і пригадати, які цілі були поставлені на початку лікування. Запропонуйте пацієнтам оцінити успіхи в досягненні своїх цілей, попросіть описати проблеми, які у них виникали на початку лікування, і успіхи, яких вони досягли у вирішенні цих проблем.

Запропонуйте пацієнтам охарактеризувати навички, які вони застосовували для подолання проблем. Вони можуть використовувати це як можливість для постановки перед собою нових цілей. Для підвищення рівня самоефективності всі клієнти повинні вірити, що вони володіють навичками, необхідними для вирішення життєвих проблем і не потребують допомоги терапевта.

Зворотний зв'язок з терапевтом

Під час цієї сесії необхідно заохочувати клієнтів до висловлення зауважень, як позитивних, так і негативних, стосовно процесу терапії в цілому і щодо терапевта зокрема. Можна поставити наступні запитання:

- *Що б вони змінили в проведенні терапії?*
- *Які вправи допомагали найбільше? Які вправи допомагали найменше?*
- *Що створювало мотивацію до виконання домашніх завдань? Які фактори перешкоджали цьому?*

Важливо виділити достатньо часу для того, щоб пацієнти могли вільно висловитися.

Додатки

Додаток № 1

ОРІЄНТОВАНИЙ ПЛАН УЗГОДЖЕНИХ ДІЙ ЩОДО ВИХОДУ ПАЦІЄНТА ІЗ ЗПТ

В період прийому ЗПТ		
1.	Термін виходу	
2.	Отримує ЗПТ з	
3.	Дозування	
4.	Причина виходу із ЗПТ	
5.	Супутні захворювання (перелік) та стан лікування кожного з них	
6.	Потребує обстеження	
7.	Потребує лікування	
8.	Схема детоксикації	
9.	Частота консультацій лікаря	
10.	Медикаментозне лікування	
11.	Контакти пацієнта	
Після закінчення прийому препаратів ЗПТ		
1.	Частота відвідувань лікаря	
2.	Заходи реабілітації	
3.	Надання інформаційного листа	

Підпис лікаря: _____

Підпис пацієнта: _____

Додаток № 2

ПРИКЛАД ЛІКУВАЛЬНОГО КОНТРАКТУ³³

Пацієнт _____ Лікар _____ Дата _____

Метою лікувального плану є керування болем у шиї та сильним головним болем. Одним з основних завдань є також сприяння лікуванню залежності.

1. Щоденний прийом препаратів: _____ 1,200 мг/3 рази на день.
2. При перших ознаках головного болю я прийму ібупрофен (600 мг).
3. Якщо буде можливість, я полежу в темній кімнаті, тримаючи біля шиї та плечей пакет з льодом протягом 15–20 хв., щоб препарат подіяв. Якщо через 30 хв. біль продовжуватиметься, я прийму _____ (500 мг). Якщо препарат не подіє, я прийму опіоїдні препарати. Я зобов'язуюсь не шукати ці препарати в інших лікарів, знайомих, через мережу Інтернет. Натомість обговорюватиму, чому план не працює зі своїм лікарем _____
4. Я щотижня відвідуватиму лікаря _____ для проведення акупунктури.
5. Я щодня ходитиму пішки по 30 хв.
6. Я не відвідуватиму інших лікарів без обговорення і погодження цього з ведучим лікарем.
7. Я відвідуватиму групи АН три рази на тиждень, зустрічатимусь зі куратором раз на тиждень.
8. Я зобов'язуюсь на вимогу лікаря здати тест сечі на виявлення психоактивних речовин.
9.

Важливі контакти

Пацієнт _____

Лікар _____

Дата _____

³³ Managing Chronic Pain in Adults With or in Recovery From Substance Use Disorders. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2012. (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 54.) Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92048>

ІНШІ ВИДИ ПРОГРАМ РЕАБІЛІТАЦІЇ НАРКОЗАЛЕЖНИХ

ЦЕНТРИ, ПОБУДОВАНІ ЗА ПРИНЦИПАМИ «ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СПІЛЬНОТИ»

Терапевтична спільнота (ТС) — це форма об'єднання людей, структурована таким чином, що набуває терапевтичного значення. Терапія середовищем ґрунтується на психологічній атмосфері, створеній усіма учасниками спільноти. Від кожного учасника програми очікують певного внеску у створення середовища, яке матиме «цілющі властивості»³⁴.

За визначенням М. Джонса³⁵, лікування у терапевтичній спільноті розглядають не стільки як застосування фахівцями певних засобів, як взаємодію членів спільноти, тобто фактично лікує сама атмосфера. Середовище в терапевтичній спільноті забезпечує високий рівень безпеки та захищеності людини, яка прагне одужати. Саме за таких умов вона може вільно навчатися нових способів поведінки, робити помилки і вчитися на них.

Важливою умовою повноцінного функціонування терапевтичної спільноти є сформоване реабілітаційне або терапевтичне середовище. У формуванні реабілітаційного середовища необхідно дотримуватися принципу комплексності. У деяких реабілітаційних програмах акцент роблять на трудовій зайнятості та встановленні ієрархічних відносин «табірного» або сектантського типу, надмірній владі однієї окремої людини, що, безумовно, полегшує керування режимом спільноти, але може призвести до декомпенсації клієнтів.

В основі роботи якісних терапевтичних спільнот лежить гуманістичний та когнітивно-поведінковий підходи, що надають терапевтичній програмі гуманістичної спрямованості: відкритості, комплексності, етапності, наукової обґрунтованості реабілітаційних технологій та принципів, гласності, гнучкості комунікативних зв'язків, активній участі клієнтів у лікувально-реабілітаційному процесі, розподілі відповідальності за ефективне функціонування реабілітаційного середовища, повазі та довірі до персоналу й один до одного. У рамках програми стимулюють самостійність клієнтів, їхню відповідальність, ініціативність, акуратність, креативність, дотримання норм етики та гігієни, працелюбність.

Принципи та підходи:

1. **Конфіденційність.** ТС не надає інформації про своїх клієнтів іншим організаціям, окрім офіційних запитів органів МВС та суду. Принцип конфіденційності панує й усередині спільноти: інформацію, отриману соціальним працівником від клієнта, не розголошують, якщо клієнт не дає на це усної або письмової згоди.
2. **Повага до клієнта.** Кожна людина приходить у програму зі своїми поглядами, очікуваннями, які поважає персонал. Це слугує гарним прикладом для виховання у клієнтів поваги один до одного.
3. **Віра у здатність людини до змін.** Кожна людина має в собі потенціал до змін і здатність до позитивних кроків на шляху до одужання.
4. **Розуміння замість засудження.** Кожну людину слід сприймати такою, як вона є, надаючи їй можливість для виявлення своїх почуттів, не засуджуючи її, а приймаючи до спільного обговорення.

³⁴ Rapoport R. Community as Doctor. — London, 1960.

³⁵ Jones M. The Therapeutic Community: A New Treatment Method in Psychiatry. — New York, 1953.

5. **Щирість та довірливість стосунків клієнтів і соціальних працівників.** Стосунки клієнтів і соціальних працівників ґрунтуються на відкритості, чесності та довірі. Професіонал не дозволяє собі зробити за спиною клієнта нічого такого, що суперечить його інтересам.
6. **Тісна співпраця з родиною клієнта.** Захист і допомога кожному клієнту можуть бути забезпечені тільки в спільній роботі з його родиною. Кожна сім'я, яка має проблеми із залежністю, може розраховувати на надання дієвої допомоги, яка полягає у психосоціальній підтримці, щоб таким чином усунути існуючі проблеми та запобігти прояві нових.
7. **Наснаження: допомога для самодопомоги (активність замість пасивності).** Кожна людина, яка отримує допомогу, не має бути безпорадною та залежною, а навпаки, повинна на її основі робити активні самостійні дії задля розв'язання власних життєвих проблем.
8. **Об'єднана допомога ~ комплексна допомога.** Будь-яку допомогу необхідно розглядати в сукупному контексті проблемних життєвих обставин і тому здійснювати у співпраці з усіма зацікавленими соціальними інститутами та агенціями.

Завдання, які ставить перед собою ТС:

1. Формування терапевтичного середовища як одного із ключових засобів реабілітації.
2. Запровадження системи самообслуговування та підсобного господарства в терапевтичній спільноті з метою самоокупності останньої.
3. Запровадження групової та індивідуальної форм роботи у терапевтичній спільноті за наступними напрямками: когнітивно-поведінковий, гуманістичний, екзистенційний, сімейний, арт-терапія, кінезіотерапія, терапія зайнятості.
4. Робота з найближчим оточенням клієнта, а саме з родичами (індивідуальні та групові консультації).
5. Здійснення представництва клієнта (адвокація) в органах влади задля відновлення документів, відновлення в правах на житло, дотримання прав клієнтів у суді тощо.
6. Запровадження системи індивідуального супроводу клієнтів терапевтичної спільноти.

Вплив терапевтичного середовища відбувається, насамперед, завдяки динаміці ієрархічних стосунків між клієнтами реабілітаційної програми. Діє чітка покрокова модель, яка визначає права та обов'язки кожного учасника. Життя у спільноті організоване таким чином, що чим вищим є крок реабілітації, тим більше клієнт має прав, обов'язків та можливостей впливати на групове рішення.

Просування клієнта може бути як у формі підвищення, так і пониження у статусі. Пониження відбувається у разі невиконання розпорядку дня або обов'язків. Термін перебування на кожному етапі є умовним і може змінюватися індивідуально для кожного клієнта. Кроки виконують кілька функцій. По-перше, мотивуючу, оскільки з кожним кроком збільшується обсяг прав та привілеїв. По-друге, стимулюючу, адже не можна перебувати на одному кроці занадто довго і, таким чином, використовувати перебування у ТС як «схованку» від своїх проблем. По-третє, вони допомагають клієнтам відстежувати динаміку реабілітації.

Для кожного етапу визначено умови, виконуючи які може просуватися від кроку до кроку. Просування клієнтів обговорюється на загальних зборах усіх клієнтів та персоналу спільноти. Виступ клієнта, який хоче перейти з кроку на крок, зазвичай викликає жваві дискусії. Якщо персонал та клієнти висловлюють чимало зауважень до клієнта, то йому радять попрацювати над удосконаленням поведінки і пропонують подолати межу між кроками наступного разу.

Серед важливих умов формування терапевтичного середовища можна назвати розподіл відповідальності за реабілітаційний процес між професіоналами та клієнтами ТС. Це виявляється в залученні клієнтів до планування роботи та самообслуговування. Залучення клієнтів до плану-

вання та обговорення важливих проблем відбувається на спеціальних ранкових зібраннях, в ході яких підбивають підсумки за попередній день та планують наступний.

Неабияку роль при розподілі відповідальності відіграють групові зустрічі, на яких ухвалюють рішення щодо важливих питань, зокрема, виключення з програми, винесення покарань, прийняття в програму тощо. Клієнти часто уникають ухвалення рішень стосовно виключення з програми або винесення покарання члену спільноти. Інколи виникає ситуація, коли всю відповідальність прагнуть перекласти на соціальних працівників і погоджуються з будь-яким їхнім рішенням. У таких випадках багато залежить від уміння фахівців використати групові стосунки на користь і групі, і клієнту, стосовно якого ухвалюють рішення.

Система покарань та заохочень

Однією з ключових умов прийому клієнта до ТС є усвідомлення ним правил спільноти та власних обов'язків. Персонал і клієнти прагнуть постійно стежити за дотриманням правил та режиму.

При порушенні режиму тверезості клієнта виключають з програми. У нього залишаються шанси знову потрапити до ТС, але лише через певний період (зазвичай через рік) на загальних підставах; він має починати свою реабілітацію з мотивуючих консультацій. При виникненні сексуальних стосунків клієнти повинні негайно залишити терапевтичну спільноту. Процедура повторного прийому в цьому випадку така ж, як і для тих, хто порушив режим тверезості.

При інших порушеннях режиму застосовують систему покарань, прийняту в ТС, наприклад: стілець за колом під час групових зібрань, заборона відпусток, заборона зустрічей з батьками, заборона користування телефоном, робота у вихідні дні тощо. Слід зазначити, що одним із найсуворіших покарань за систематичне невиконання режиму спільноти, за словами клієнтів, є виключення з програми на певний час, зазвичай, на тиждень або два. При цьому клієнт зобов'язаний підтримувати телефонний контакт із соціальним працівником і приходити на ним призначені консультації. Якщо під час тимчасового виключення з програми соціальний працівник помітить порушення режиму тверезості, тоді клієнта негайно виключають з програми. Клієнти ТС, до яких застосовували таке покарання, висловлювали думки про те, що після такого покарання стає зрозумілим, яку сильну підтримку надає спільнота. Покарання призначають, як правило, на груповому зібранні.

Істотну роль у програмі спільноти відіграє система заохочень. Клієнти, які дотримуються всіх правил розпорядку та виконують свої обов'язки, мають право на заохочення, яке їм надають на підсумкових зібраннях щоп'ятниці. Серед заохочень можуть бути: додатковий дзвінок додому, перегляд телепередач у вихідні дні, додатковий вихід у місто тощо. Однак заохочення не можуть включати звільнення від виконання обов'язків, передбачених розпорядком спільноти.

Обмеження та труднощі

Послуги терапевтичних спільнот в Україні, на жаль, нерідко платні, перебування в них займає від 6-ти місяців до двох років. Інколи там порушуються права пацієнтів щодо добровільності надання допомоги та можливі фізичні покарання.

При перенаправленні клієнта в таку спільноту слід мати точну інформацію про відсутність там порушень прав людини, фізичних покарань та інших форм насилля.

ДЕРЖАВНІ РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ВІДДІЛЕННЯ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ

У структурі деяких державних наркологічних лікарень (зокрема в КМКНЛ «Соціотерапія» та в КЗ «Дніпропетровський наркологічний диспансер» ДОР) є реабілітаційні відділення. У них поряд з лікарями-наркологами та кваліфікованими медсестрами працюють психологи і соціальні працівники, обрані серед наркозалежних, що перебувають в тривалій ремісії.

Обмеження та труднощі

Такі відділення є не в кожному обласному наркологічному диспансері країни, а в районних немає взагалі. Лікарі-наркологи, безумовно, мають можливість направляти туди пацієнтів ЗПТ, що закінчили програму замісної підтримувальної терапії, але можливості таких відділень обмежені.

У структурі Міністерства соціальної політики працює чотири центри ресоціалізації, які утримуються за рахунок бюджетних коштів Київської, Житомирської, Миколаївської та Хмельницької областей.

Центри ресоціалізації наркозалежної молоді є спеціалізованими закладами, в яких на добровільних засадах цілодобово перебувають молоді люди, які отримали курс лікування від наркотичної залежності в закладах охорони здоров'я і потребують соціальних послуг. Молоді люди отримують, зокрема, психологічні, соціально-педагогічні, юридичні, соціально-медичні, соціально-економічні, соціально-побутові та інформаційні послуги, відповідно до їхніх потреб. Спеціалісти центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді в роботі зі споживачами ін'єкційних наркотиків найбільшу увагу приділяють проблемам профілактики ВІЛ-інфікування, як серед наркозалежних, так і їхнього соціального оточення. Окрім того, проводиться робота щодо мотивації до проходження ними програм реабілітації та ресоціалізації.

Варто відзначити, що кількість подібних центрів зростає. Вони забезпечують: розробку та виконання індивідуальних програм соціальної реабілітації та адаптації отримувачів соціальних послуг; проводять психологічну діагностику з метою психологічної корекції та соціальної реабілітації отримувачів соціальних послуг; забезпечують захист прав та інтересів отримувачів соціальних послуг; надають допомогу в оформленні правових документів; створюють умови для проживання та забезпечують харчування отримувачів соціальних послуг; організовують дозвілля; поширюють інформацію про діяльність центрів та їхні основні завдання; інформують населення через засоби масової інформації про наслідки вживання наркотичних і психотропних речовин. Водночас трапляються випадки шахрайства, недбалості, іноді бажання заробити гроші спонукає керівників центрів ресоціалізації до надання послуг сумнівної якості. Упродовж останнього року кількість споживачів наркотиків в Україні зросла, а державні установи та програми лікування не спроможні задовольнити потреби всіх хворих. Актуальним є завдання щодо формування банку даних підприємств, установ та організацій різних форм власності й господарювання, а також фізичних осіб, які здійснюють підприємницьку діяльність, пов'язану з лікуванням, реабілітацією та реінтеграцією наркозалежних³⁶.

РЕЛІГІЙНІ РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ЦЕНТРИ³⁷

Досвід роботи християнських центрів реабілітації існує в Україні з 1994 року. Вони використовують різні реабілітаційні моделі та методи, але сповідують більш-менш однакову систему християнських принципів та цінностей.

Зазвичай християнські центри реабілітації — це неприбуткові громадські, благодійні та релігійні організації, головною метою діяльності яких є ресоціалізація наркозалежних шляхом надання духовної, соціально-психологічної підтримки на основі принципів християнської моралі, духовної психотерапії та популяризації здорового способу життя.

³⁶ Національний звіт за 2016 рік щодо наркотичної ситуації в Україні (за даними 2015 року). Поглиблений огляд наркоситуації в Україні. — К.: Український моніторинговий та медичний центр з наркотиків та алкоголю МОЗ України, 2016.

³⁷ Основні типи програм та методик, які використовуються для ресоціалізації наркозалежних в Україні. Розділ «Програма реабілітації християнських центрів «Пізнай істину» // Методичні рекомендації з питань організації та функціонування центрів ресоціалізації наркозалежних / Авт. О.М. Балакірева (кер. авт. кол.), А.М. Бойко, Р.М. Бойко та ін.; Ред. Ю.Г. Попсуєнко. — К.: М-во України у справах сім'ї, дітей та молоді, М-во охорони здоров'я України, Держ. ін-т проблем сім'ї та молоді, 2004. — С. 80–97.

Філософія християнської реабілітації

Мета християнської реабілітаційної програми — допомогти людям у вирішенні їхніх внутрішніх та життєвих проблем через навернення до вищих духовних цінностей, знайти сенс життя та сили, щоб подолати всі важкі обставини через пізнання любові Ісуса Христа, його прощення та безумовного прийняття.

Християнська мораль розглядає залежність як один із симптомів гріха (порочності, моральної розпусти), а також як наслідок перенесених душевних та моральних травм особистості. Тому християнська програма направляє людину на звільнення від гріха та внутрішнє зцілення.

Мета програми

Допомогти залежній людині на основі принципів духовної психотерапії та християнської моралі стати на шлях видужання всіх сфер особистості для вільного та повноцінного життя через:

- поліпшення фізичного здоров'я
- відновлення емоційного стану
- духовне відродження
- оновлення родинних стосунків
- соціальну адаптацію в суспільстві.

Складові програми реабілітації:

- індивідуальне консультування
- групова терапія
- навчально-виховна робота
- трудотерапія
- арт-терапія
- робота з членами родин та ін.

Важливою складовою християнської реабілітації є наставництво. У християнських центрах воно, як правило, здійснюється випускниками центрів. Людина, яка успішно пройшла реабілітацію, звільнившись від залежності та зціливши особистість, наснажує інших своїм особистим прикладом «з життя у життя».

Теми індивідуальних консультацій:

- подолання негативних явищ
- юридичні проблеми (слідство, судові справи, нагляд при умовному звільненні)
- сімейні проблеми (розлучення, проблеми батьківства)
- стан здоров'я
- допомога у подоланні негативних аспектів життя (борги, мотивація на налагодження взаємостосунків, кримінальне минуле).

Також проводиться психолого-педагогічна робота, направлена на подолання внутрішніх конфліктів та вироблення позитивного мислення на суспільно корисне життя, а також консультації щодо складання подальшого реалістичного плану життя.

Види групових занять:

- духовні зібрання;
- групове вивчення Біблії;
- групи підтримки та взаємодопомоги;
- навчальні групи;
- групи молитовної підтримки та духовні співи.

Складові навчально-виховної роботи:

- принципи християнської моралі;
- природа залежності;
- здоровий спосіб життя та самообслуговування;
- самонавчання;
- професійні навички;
- участь у життєзабезпеченні центру.

Трудотерапія організовується у формі:

- доручень;
- чергувань;
- індивідуальної або спільної колективної праці.

Оволодіння навичками праці підвищує самооцінку, дає можливість учасникам відчувати себе потрібним, здібним та корисним. У процесі трудотерапії учасники набувають та розвивають терпіння, виробляють повагу до чужої праці. При наявності у реабілітаційному центрі відповідної можливості професійні навички формуються у виробничих майстернях, фермерському господарстві під керівництвом майстрів-наставників.

Арт-терапія в релігійних центрах може проводитися у наступних формах: духовні співи, гра на музичних інструментах, театралізовані виступи, гуртки творчості та ін.

Робота з родичами залежного може проводитися у формі індивідуального консультування членів родини та групової терапії.

Групова терапія для родичів включає:

- заняття з вивчення принципів родинних взаємовідносин;
- заняття з вивчення Біблії;
- групи підтримки для співзалежних;
- групи молитовної підтримки;
- проведення навчальних семінарів щодо одужання родини.

Обмеження та труднощі релігійних реабілітаційних програм

Релігійні реабілітаційні програми не можуть рекомендуватися лікарями-наркологами як доказово-ефективні, тому що:

- їхня ефективність не досліджувалась;
- наповненість діяльності може бути будь-якою та непередбачуваною;
- стандарти надання допомоги в релігійних реабілітаційних центрах не можуть бути проконтрольовані державою.

ПРИКЛАД РОБОЧОГО ЗОШИТА ДЛЯ РОБОТИ ЗА НАПРЯМОМ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ЗРИВІВ³⁸

Реабілітація алко- та наркозалежних — не просто крок, а ціла подорож. На жаль, вона наповнена неодноразовими стартами та зупинками, і однієї сили волі недостатньо, щоб не повернутись до залежності. Більшість науковців стверджує, що залежність — це хронічна хвороба. Якщо ти хочеш вилікуватися від цієї хвороби, тобі потрібно навчитися жити інакше. Тобі потрібен план.

Цей зошит допоможе тобі розробити план, який дасть змогу дійти до кінця і не зірватись. Ми пропонуємо тобі самотужки опрацювати його, відповісти на питання та з часом повернутися до нього для переосмислення.

Спершу проаналізуй плани реабілітації, які пройшли перевірку часом. Як люди з найкращим показниками успішності керують своїм процесом реабілітації? Як виглядає повна програма реабілітації?

Науковці дослідили алко- та наркозалежних, у яких через п'ять років показник успішності сягнув 90 % та вище. Їхні дослідження показали, що найуспішніші виконували наступні рекомендації, які пригодаються і тобі:

- **Приділяй час лікуванню.** Однієї детоксикації недостатньо. Ти повинен вивчити свою залежність та навчитись жити по-іншому. Чим довше ти лікуєшся, тим краще проходитиме процес реабілітації.
- **Вирішуй супутні проблеми.** Більшість тих, хто має залежність, стикається з проблемами, які підштовхують їх повернутися до залежності. Депресія, тривога, психічна травма, розлади — біполярний, посттравматичний, нервовий, образа — все це призводить до зривів. Ефективне лікування залежності вимагає, щоб всі проблеми пов'язані з психічним здоров'ям, були вирішені.
- **Заручися підтримкою.** Реабілітація — затяжний процес. Коли настають складні часи та залежність дає про себе знати, краще, щоб був хтось, хто зможе підтримати. На щастя, існує багато груп підтримки для людей, які проходять процес реабілітації.
- **Будь відповідальним та чесним перед собою.** Залежність живиться брехнею та секретами. Тому ти маєш подивитися правді в очі та час від часу пересвідчуватися, що ти не повернувся до минулого стилю життя. Багато людей, які проходять реабілітацію, періодично проходять тест на наркотики протягом перших трьох років.
- **Змінюйся.** Ефективний реабілітаційний процес вимагає від тебе важких рішень. У твоєму житті все має змінитися — від малого до великого.
- **Будуй краще життя.** Реабілітація — не лише відмова від певних речей, але й кращий стиль життя, мета якого реалізувати мрії та досягти успіху.

Вчися на успіхах інших та будуй реабілітаційний план, який допоможе тобі не повернутись до залежності. У наступній частині ти зможеш проаналізувати ситуацію, в якій ти зараз знаходишся, визначиш завдання для реабілітації та побудуєш список і план, які допоможуть тобі пересвідчитися, що ти маєш достатню підтримку.

³⁸ Перекладено з: Establishing a strong recovery from drug and alcohol addiction. Workbook. — St. Joseph Institute for Addiction, 2005.

ПОВЕРТАЄМОСЯ ДО РЕАЛЬНОСТІ

Аналіз ситуації: Чому я це роблю?

Ти вживаєш наркотики з якоїсь причини. Ти хочеш змінити своє самопочуття.

Ти хочеш розслабитися, втекти, забути, розвеселитися чи уникнути болю. Основний твій мотив — це бажання змінити свої думки та почуття. Цей розділ допоможе тобі визначити емоційні та інші причини, які призводять до вживання, збільшують шанси ризикованої поведінки та завдання, які мотивують пройти реабілітацію.

Тобі потрібно визначити «причини», які вмотивують не зірватись та пройти реабілітацію успішно. Які думки, емоції чи обставини збуджують бажання вживати наркотики чи алкоголь? Якщо ти визначиш причини, які заохочують до вживання наркотиків, ти зможеш знайти кращу альтернативу. Боротьба із залежністю не означає, що ти повинен сховати всі емоції, адже ти маєш зрозуміти свої переживання і знайти кращий спосіб керувати ними.

Визнач причини, які призводять до вживання наркотиків (можливі всі варіанти):

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------|
| о Стрес | о Фінансові труднощі |
| о Проблеми в сім'ї | о Самотність |
| о Нудьга | о Проблеми зі сном |
| о Фізичний біль | о Бажання бути таким, як інші |
| о Тривога | о Бажання керувати емоціями |
| о Депресія | о Розчарування |
| о Злість | о Бажання побороти страх |
| о Бажання отримати більше розваг | о Інше: |
| о Бажання побороти сором'язливість | _____ |
| о Бажання забути деякі події | _____ |

Які із зазначених причин ти б назвав основними? Чому?

1. _____
2. _____
3. _____

ВИЗНАЧАЄМО СТРЕС

Які основні причини стресу в моєму житті?

Всі знають, що основною причиною вживання наркотиків є стрес. Тому в твоєму реабілітаційному плані ти маєш визначити методи керування стресом у своєму житті.

Деякі з методів у твоєму списку будуть швидкими та простими (наприклад, закрити очі на декілька секунд та глибоко вдихнути). Інші методи потребуватимуть більше дій (наприклад, відвідування спортзалу, прогулянки на велосипеді чи робота в саду).

Найважливіше, що ти не повинен ігнорувати стрес.

Якщо ти дозволиш стресу накопичуватися, то це призведе до повернення залежності.

Спершу визнач основні причини стресу (вибери три основні):

- о Робота
- о Фінансові труднощі
- о Фізичний біль
- о Самотність/нудьга
- о Проблеми з керуванням часом
- о Проблеми зі сном
- о Проблеми в сім'ї

- о Забагато обов'язків
- о Проблеми зі спілкуванням
- о Минулі психічні травми
- о Виснаження
- о Інше:

Використовуючи цей список, визнач методи, які допоможуть тобі впоратися зі стресом (вибери методи, які, на твою думку, будуть найефективнішими, та занотуй можливі дії (наприклад, список книг, які ти хочеш прочитати)):

Читати книги

Слухати музику

Медитація

Розмовляти з друзями

Займатися спортом (спортзал, прогулянки, аеробіка)

Хобі

Молитви

Ведення розкладу та ефективне керування часом

Участь у заходах

Інше:

АНАЛІЗУЄМО ДУМКИ

Як я можу змінити своє мислення?

Залежність характеризується як «деструктивне мислення» — думки, ідеї та пояснення, які виправдовують причину вживання. Протягом реабілітації тобі потрібно перестати позитивно мислити про свою залежність (наприклад: «Я дуже сильно нервую, тому мені потрібні наркотики/алкоголь, щоб заспокоїтись»).

Такі думки мають класифікуватися як «голос залежності» та мають бути замінені позитивними ідеями, які направлятимуть тебе в правильному напрямку (наприклад: «Якщо я не буду вживати, то я зможу повернути втрачену довіру родини»).

Напиши думки, які використовує твій «голос залежності», щоб змусити тебе повернутися до вживання.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Напиши позитивні думки «голосу реабілітації», які допомагають тобі не вживати наркотики/алкоголь.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

ЗМІНЮЄМОСЯ

Що я маю змінити в своєму житті?

Існує таке прислів'я: «Нічого не зміниться, якщо нічого не міняти». Таке усвідомлення — дуже важливий крок до абсолютного подолання залежності.

Ти мусиш змінити своє життя! Найважливіше те, що ти маєш створити середовище, в якому легше не вживати. Тому для тебе важливо уникнути сфер життя, які свого часу спонукали до залежності.

Проаналізуй своє життя та визнач зміни, які ти хочеш зробити. Вибери твердження, які важливі для тебе, та допиши деталі та імена.

Я хочу залишатися подалі від деяких людей, оскільки вони вживають	Я хочу оминати місця, де розповсюджують наркотики
---	---

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Я хочу оминати людей, які додають стрес та конфліктні ситуації в моє життя

Я хочу оминати місця, де є життя, якого я намагаюсь оминати

Я хочу залишитися подалі від людей, які не підтримуватимуть мене на шляху до змін

Я не хочу відвідувати заходи, які асоціюються з моєю залежністю

Я хочу оминати деякі місця, які спонукають мене повернутися до вживання

Я хочу уникати речей, які асоціюються з моєю залежністю (музика, одяг, атрибути, заходи)

Витрати певний час, щоб подумати над цими твердженнями для зміни. Які зміни для тебе пройдуть легко? Які зміни пройдуть важко? Чи потребує твій процес реабілітації будь-яких серйозних змін, таких як пошук нової роботи, завершення стосунків або переїзд в інший район/місто? Якщо так, то склади план, щоб знайти людей і ресурси, які будуть потрібні для підтримки цих змін (в розділі «Діємо» ти дізнаєшся, як створити групу підтримки).

Тепер, коли ти розглянув те, що ти хочеш прибрати зі свого життя, подумай про те, що ти хотів би додати до нього. Чи існують якісь стосунки, які ти хотів би розвивати? Чи хочеш ти покращити свою освіту в майбутньому? Чи існують які-небудь місця або групи, які ти хотів би відвідувати регулярно та зробити частиною свого життя?

ВИЗНАЧАЄМО ЦІЛІ

Чого я хочу досягнути в житті, щоб покращити його чи щоб воно набуло сенсу?

Залежність руйнує твої життєві цілі. Це може перешкодити тобі досягти їх, або це може підірвати їхню важливість. Занадто часто в залежних людей головною метою життя стає отримання та вживання наркотиків або алкоголю.

Реабілітація стає ефективнішою і швидшою, якщо ти визначиш, куди рухаєшся і чи хочеш туди йти. Коли життя має більш чітку мету, воно набуває нового змісту та мотивації.

Визнач, чого хочеш досягнути протягом реабілітації. Нехай ці цілі стануть маяком, до якого ти рухаєшся, і мотивацією для зміни. Витрати деякий час, щоб створити декілька короткострокових, середньострокових і довгострокових цілей.

Які мої короткострокові цілі (досягнути протягом цього місяця)?

- 1) _____

- 2) _____

- 3) _____

Які мої середньострокові цілі (досягнути протягом наступних 6–12 місяців)?

- 1) _____

- 2) _____

- 3) _____

Які мої довгострокові цілі (досягнути протягом наступних 1–3 років)?

- 1) _____

- 2) _____

- 3) _____

ДІЄМО

Якщо у тебе є залежність, то ти дізнався, якою підступною вона є. Залежність, наче тигр на полюванні, нападає, коли ти найуразливіший. Будь-який натяк на слабкість, стрес або біль у твоєму житті може бути запрошенням для думок про вживання наркотиків чи алкоголю. Не дозволяй залежності спіткати тебе зненацька.

Ця частина допоможе створити список для аналізу твого процесу реабілітації. Це також допоможе тобі встановити чіткі та доступні канали підтримки для запобігання або переривання рецидиву.

СТВОРЮЄМО СПИСОК

Що я маю робити, щоб реабілітація проходила ефективно?

Використовуючи список, наведений нижче, ти маєш визначити, що робитиме твій процес реабілітації ефективним (вибери 3–4 пріоритети). Час від часу повертайся до нього, адже ти помітиш,

що пріоритети можуть змінитися через певний період. Щодня нагадуй собі свої пріоритети та цілі, щоб пересвідчитись, що ти не повернувся на старий шлях.

Список для ефективності реабілітації:

- підтримувати здорові стосунки;
- залишатись у добрих стосунках;
- покращити спілкування;
- зменшити кількість конфліктів;
- оминати людей, які вживають/шкодять/не допомагають реабілітуватися;
- дбати про здоров'я:
 - о вживати здорову їжу;
 - о врегулювати сон;
 - о займатися спортом;
 - о інше: _____
- знайти підтримку:
 - о відвідувати групи взаємної допомоги;
 - о працювати з куратором;
 - о знайти наставника/радника;
 - о інше: _____
- вирости морально:
 - о спробувати дізнатися про духовний світ;
 - о молитися/медитувати;
 - о приєднатися до релігійної общини;
 - о інше: _____

ПОМІЧАЄМО НЕБЕЗПЕЧНІ ПРОЯВИ ЗАЛЕЖНОСТІ

Як визначити речі, які потрібно змінювати?

Повернення до залежності — це процес, а не випадкова подія.

Зазвичай рецидив розпочинається за декілька днів чи тижнів до фактичного вживання наркотиків чи алкоголю.

Готовність до небезпечних проявів залежності та швидка відповідь (зміна) допоможе перешкодити поверненню до залежності. Якщо в тебе є емоційні труднощі, важкі думки чи зміни в поведінці, які можуть призвести до рецидиву, то краще звернутися за підтримкою.

Вибери зі списку три найсерйозніші прояви повернення до залежності:

- | | |
|----------------------|--------------------|
| о Збільшення тривоги | о Проблеми зі сном |
| о Нетерплячість | о Занепад духу |
| о Злість | о Самотність/туга |
| о Захисна поведінка | о Приголомшеність |

- | | |
|--------------------------------------|--|
| о Перепади настрою | о Роздуми про речі, які нагадують залежність |
| о Відчуження | о Брехня |
| о Небажання пошуку допомоги | о Ідеалізоване минуле |
| о Припинення реабілітаційних заходів | |

Якщо ти починаєш думати про вживання, то ти повинен діяти. Яка із стратегій підійде тобі?

- **Повторення істин.** Задумайся над тим, що наркотики зробили з твоїм життям. Що буде з тобою, якщо ти знову повернешся до залежності?
- **Відволікання.** Тяга до вживання триває від 15 до 30 хв. Тому в цей період потрібно сфокусуватися на чомусь іншому.
- **Спілкування.** Коли ми ділимося емоціями та думками з іншими, то зазвичай бажання зникає.
- **Відвідування зустрічей.** Проведення часу з іншими людьми, які також проходять реабілітацію, допомагає врегулювати процес.
- **Молитви/медитації.** Пошук духовної сили допоможе тобі побороти негативні та руйнівні чинники.
- Інше: _____

ВПРОВАДЖУЄМО ЗАХОДИ ЩОДО ПОПЕРЕДЖЕННЯ

Кому я зателефоную у важкий момент?

Боротьба із залежністю ведеться лише в твоїй голові. Думки та бажання спонукають тебе діяти не так, як ти цього хочеш. Часом будуть періоди, коли ти з легкістю відкидатимеш думку про вживання, але будуть і такі, коли твоя голова розриватиметься від думок про вживання. Коли настане такий період, а він настане, то тобі буде потрібна підтримка. Ти не мусиш боротися із залежністю самотужки.

Склади список людей, яким ти зможеш зателефонувати у разі необхідності. Ці люди будуть твоєю особистою «гарячою лінією». Завжди тримай список при собі, оновлюй його та використовуй, коли відчуваєш, що втрачаєш самоконтроль.

Ім'я

Контактні дані

Групи взаємної допомоги допоможуть впоратися, коли тебе турбуватимуть тяга та бажання.

Група

Адреса

Час зустрічей

РОЗРОБЛЯЄМО ЗАПАСНИЙ ПЛАН

Що робити, якщо все-таки зірвався?

На жаль, коли людина повертається до залежності, вона стикається з тими ж проблемами минулого. В запасному плані мають бути друзі, родина, наставники — люди, які допоможуть повернутися до процесу реабілітації без значних страждань.

Розроби план дій, щоб зупинити рецидив, і поділися ним із людьми, які допоможуть втілити його в життя. План має бути реальним, адже він слугуватиме тобі все життя.

Як найближчі мені люди можуть допомогти?

Імена: _____

- Періодично проводитимуть мені тести на наркотики без мого відома.
- Забиратимуть гроші тоді, коли я хотітиму вживати.
- Телефонуватимуть до мого наставника/куратора задля допомоги.
- Відмовлятимуть у допомозі, доки я не повернуся до реабілітації.
- Інше: _____

Як мої друзі допомагатимуть мені?

Імена: _____

- Мотивуватимуть мене ходити на зустрічі.
- Змушуватимуть мене телефонувати до наставника/куратора.
- Не допомагатимуть потрапити в місця, які асоціюються з наркотиками.
- Показуватимуть свою любов до мене та будуть зі мною у складний момент.
- Інше: _____

Як мій наставник/куратор допомагатиме мені? Ім'я: _____

- Телефонуватиме родині та друзям, щоб вони мене підтримали.
- Доправлятиме мене до місця зустрічей.
- Відмовлятиметься приймати мої причини вживання.
- Інше: _____

ГОТУЄМО ЛЕГЕНДУ

Що ти розповідатимеш про свою реабілітацію?

Продумай, що ти розповідатимеш про свою залежність та реабілітацію, та можливі запитання, які тобі задаватимуть.

Що ти розповіси сім'ї та друзям про свою залежність та реабілітацію?

Що ти відповіси колегам чи знайомим на те, що ти не п'єш чи не вживаєш?

РУХАЄМОСЯ ДАЛІ

Що допоможе не вживати?

Знаючи, що допомагає і що шкодить твоїй реабілітації, ти зможеш приймати кращі рішення.

Тези, наведені нижче, вироблені людьми, які вже не вживають 5, 10, 15 та навіть 50 років. Ти захочеш впровадити багато з цих рекомендацій у своє життя.

Позитивне мислення. Ти повинен налаштувати свої думки лише на позитив. Якщо твої думки хороші, то і твоє життя буде хорошим.

Приділяй увагу симптомам. Коли твоє тіло, емоції та духовний стан починають проявляти незрозумілі ознаки, ти повинен діяти негайно, щоб повернутися назад у русло реабілітації.

Не намагайся робити все самотужки. Всі, хто робить найбільший прогрес на шляху до реабілітації, не бояться попросити про допомогу.

Знайди підтримку в спільноті. Людина створена для стосунків. Долучайся до спільнот, які цінуватимуть і підтримуватимуть тебе.

Постійно вивчай щось нове. Дуже важливо зрозуміти суть залежності, адже тоді тобі буде легше не потрапити в її капкан. Наука постійно розвивається, тому навчання ніколи не завершиться.

Розважайся. Реабілітація не повинна бути сумним процесом. Мільйони людей теж шукають нових друзів, з якими можна насолоджуватись життям без залежності.

Доглядай за собою. Ти мусиш слідкувати за собою. Пам'ятай, що такі фактори, як голод, злість, самотність та втома, можуть серйозно вплинути на процес реабілітації.

Змирися з тим, що життя складне. Вживання наркотиків та алкоголю — один з найпоширеніших способів уникнення проблем. Замість того, щоб нарікати на життя, ми повинні прийняти виклики, які воно ставить, та вирішувати наші проблеми.

Постійно розвивайся. Всі завдання реабілітації спрямовані на те, щоб стати кращою людиною. Працюй над собою, контролюй стрес, будуй здорові стосунки та досягай цілей з ентузіазмом.

Не забувай про духовне. Не слід уникати найбільших питань у житті. Подумай, у що ти віриш. Прагни будувати свою віру.

Список використаної літератури:

1. Amato L., Minozzi S., Davoli M., Vecchi S. Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence // The Cochrane database of systematic reviews [electronic resource]. — 2011. — № 5(10).
2. Australian national guidelines for medication-assisted treatment of opioid dependence — 2014.
3. Brooks M. New APS Guideline on Safe Use of Methadone // Medscape Medical News. 22.05.2014 [electronic resource]. — Режим доступу: <https://www.medscape.com/viewarticle/825571>.
4. Campbell R., Babrow A. The role of empathy in responses to persuasive risk communication: Overcoming resistance to HIV prevention messages // Health Communication. — 2004. — №16(2)/ — pp.159–182.
5. Carroll K. M., Onken L.S. Behavioral therapies for drug abuse // American Journal of Psychiatry. — 2005. — №162. — pp. 1452–1460.
6. Cassels C. FDA Approves New Treatment for Opioid Dependence.[electronic resource]. — Режим доступу: <http://www.medscape.com/viewarticle/807379>.
7. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / Fifth Edition. — Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
8. Dugosh K., Abraham A., Seymour B., McLoyd K., et al. A Systematic Review on the use of psychosocial interventions in conjunction with medications for the treatment of opioid addiction // Journal of Addiction Medicine. — 2016. — Volume 10. Issue 2. — pp. 93–103.
9. Dutra L., Stathopoulou G., Basden S., Leyro T., et al. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders// American Journal of Psychiatry. — 2008. — № 165 (2). — pp. 179–87.
10. Establishing a strong recovery from drug and alcohol addiction. Workbook. — St. Joseph Institute for Addiction, 2005.
11. Gjersing L., Waal H., Caplehorn J.R, Gossop M., Clausen T. Staff attitudes and the associations with treatment organisation, clinical practices and outcomes in opioid maintenance treatment // BMC health services research [electronic resource]. — 2010.
12. Grella C., Lovinger K. 30-year trajectories of heroin and other drug use among men and women sampled from methadone treatment in California // Drug and alcohol dependence. — №118. — pp. 251–258.
13. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. — Geneva: WHO, 2009.
14. Jones M. The Therapeutic Community: A New Treatment Method in Psychiatry. — New York, 1953.
15. Kornør H., Waal H. From opioid maintenance to abstinence: a literature review // Drug and alcohol review. — 2005. — №24(3). — pp. 267–274.
16. Kreek M., Borg L., Ducat E., Ray B. Pharmacotherapy in the treatment of addiction: methadone // Journal of addictive diseases. — 2010. — №29(2). — pp. 200–216.

17. Li W., Howard M., Garland E., McGovern P., Lazar M. Mindfulness treatment for substance misuse: a systematic review and meta-analysis // *Journal of Substance Abuse Treatment*. — 2017. — №75. — pp. 62–96.
18. Managing chronic pain in adults with or in recovery from substance use disorders // *Treatment Improvement Protocol (TIP). Series*. — №. 54. — Center for Substance Abuse Treatment. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration. — 2012.
19. Marlatt G., Donovan D. Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. — NY, 2008.
20. Medication-Assisted Treatment for Opioid Addiction in Opioid Treatment Programs // *Treatment Improvement Protocol (TIP). Series*. — №. 43. — Center for Substance Abuse Treatment. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration. — 2005.
21. Miller M. Traditional approaches to the treatment of addiction // *Principles of Addiction Medicine* (2nd ed.); Graham A., Schultz T. (eds.). — Washington, D.C.: American Society of Addiction Medicine, 1998.
22. Mills K., Lynskey M., Teesson M., et al. Post-traumatic stress disorder among people with heroin dependence in the Australian treatment outcome study (ATOS): prevalence and correlates // *Drug Alcohol Dependence*. — 2005. — №. 77. — pp. 243–249.
23. Minozzi S., Amato L., Bellisario C., Davoli M. Maintenance treatments for opiate -dependent adolescents // *The Cochrane database of systematic reviews* [electronic resource]. — 2014. — № 6.
24. Minozzi S., Amato L., Bellisario C., Davoli M. Detoxification treatments for opiate dependent adolescents // *The Cochrane database of systematic reviews* [electronic resource]. — 2014. — № 4.
25. Muhuri P., Gfroerer J., Davies M. Associations of nonmedical pain reliever use and initiation of heroin use in the United States [electronic resource]. — Режим доступу: <http://www.samhsa.gov/data/2k13/DataReview/DR006/nonmedical-pain-reliever-use-2013.pdf>.
26. National survey of substance abuse treatment services. data on substance abuse treatment facilities. — Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2014.
27. National survey on drug use and health. — United States Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2012.
28. Pan S., Jiang H., Du J., Chen H., Li Z., et al. Efficacy of cognitive behavioral therapy on opiate use and retention in methadone maintenance treatment in China: A Randomised Trial // *PloS one* [electronic resource]. — 2015.
29. Pani P., Vacca R., Trogu E., Amato L., Davoli M. Pharmacological treatment for depression during opioid agonist treatment for opioid dependence // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. — 2010. — Issue 9.
30. Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders, 2nd edition // *American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders*. — Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2006. — pp. 291–563.
31. Principles of Drug Dependence Treatment. — WHO, 2008.
32. Rahimi-Movaghar A., Amin-Esmaeili M., Hefazi M., Yousefi-Nooraie R. Pharmacological therapies for maintenance treatments of opium dependence // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. — 2013. — Issue 1.

33. Ramo, D., Brown S. Classes of substance abuse relapse situations: A comparison of adolescents and adults // *Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*. — 2008. — № 22(3). — pp. 372–379.
34. Rapoport R. *Community as Doctor*. — London, 1960.
35. Reimer J., Verthein U., Karow A., Schäfer I., Naber D., Haasen C. Physical and mental health in severe opioid-dependent patients within a randomized controlled maintenance treatment trial // *Addiction*. — 2011. — № 106. — pp. 1647–1655.
36. Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables. — Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2015.
37. Sacks S., Banks S., McKendrick K., and Sacks J.Y. Modified therapeutic community for co-occurring disorders: A summary of four studies // *Journal of Substance Abuse Treatment*. — 2008. — № 34. — pp. 112–122.
38. Sampl S., Kadden R. Motivational enhancement therapy and cognitive behavioral therapy for adolescent cannabis users // *Cannabis Youth Treatment (CYT) Series*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. — 2001. — Volume 1.
39. The facts hurt: a state-by-state injury prevention policy report [electronic resource]. — Trust for America's Health and the Robert Wood Johnson Foundation, 2015. — Режим доступу: <http://www.healthymamericans.org/reports/injuryprevention15/>.
40. The Treatnet Training Package. Volume B: Elements of Psychosocial Treatment. [electronic resource] — Режим доступу: <https://www.unodc.org/ddt-training/treatment/b.html>.
41. Власенко Л.В. Оценка соответствия национальных регуляций, руководств и клинических протоколов по лечению опиоидной зависимости международным стандартам лечения и требованиям к медико-технической документации. — К.: Управление ООН по наркотикам и преступности, 2015.
42. Допомога наркозалежним в Україні: довідник реабілітаційних центрів. — К.: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2014. — Режим доступу: <http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2016/08/spravochnik2014.pdf>.
43. Клейн К., Чепмен М. Когнитивно-поведенческая терапия при расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ. — Научно-исследовательский Центр здоровья Университета штата Колорадо. Отдел по изучению зависимости от психоактивных веществ. — 2005.
44. Наказ МОЗ № 681 від 21.09.2009 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «наркологія».
45. Наказ МОЗ України від 10.11.2008 № 645 «Замісна підтримувальна терапія в лікуванні із синдромом залежності від опіоїдів».
46. Наказ МОЗ України від 19.08.2008 № 476 «Стандарт лікування ВІЛ-позитивних людей, які є споживачами ін'єкційних наркотиків».
47. Наказ МОЗ України від 27.03.2012 р. № 200 «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю».
48. Національний звіт за 2016 рік щодо наркотичної ситуації в Україні (за даними 2015 року). Поглиблений огляд наркоситуації в Україні. — К.: Український моніторинговий та медичний центр з наркотиків та алкоголю МОЗ України, 2016.

49. Національний звіт за 2017 рік щодо наркотичної ситуації в Україні (за даними 2016 року). — К.: Український моніторинговий та медичний центр з наркотиків та алкоголю МОЗ України, 2017.
50. Мерсер Делінда Е., Вуді Джордж. Індивідуальне консультування наркозалежних. — Одеса, 2001. — 112 с.
51. Огляд програм ресоціалізації для споживачів наркотиків серед молоді та підлітків. — К., 2010.
52. Основні типи програм та методик, які використовуються для ресоціалізації наркозалежних в Україні // Методичні рекомендації з питань організації та функціонування центрів ресоціалізації наркозалежних / Авт. О.М. Балакірєва (кер. авт. кол.), А.М. Бойко, Р.М. Бойко та ін.; Ред. Ю.Г. Попсуєнко. — К.: М-во України у справах сім'ї, дітей та молоді, М-во охорони здоров'я України, Держ. ін-т проблем сім'ї та молоді, 2004. — С. 73–164.
53. Упровадження інтегрованих послуг для осіб із наркотичною залежністю в закладах охорони здоров'я / Думчев К., ред. — [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://phc.org.ua/uploads/documents/0d928d/2be2f80407a1e41473d74e804625502c.pdf>.

