

Осипян Артем

*Державна установа «Центр психічного здоров'я
і моніторингу наркотиків та алкоголю Міністерства
охорони здоров'я України»*

Моніторинг реабілітаційних центрів і опитування людей, що проходять реабілітацію від наркозалежності

Шановні колеги і зацікавлені у даній темі, перед вами результати першого моніторингу реабілітаційних центрів для людей з наркозалежністю в Україні і опитування людей, які проходять реабілітацію в таких закладах. Подібні дані збиралися вперше. До тепер, майже нічого не було відомо про осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин, які звертаються до недержавних і немедичних закладів, а звертаються до приватних закладів. Через зловживання якими речовинами звертаються переважно в Україні? Який стаж вживання таких осіб? Який їх вік, статеві відмінності, кримінальний досвід, досвід лікування та інше. Багато важливих питань і даних були недоступні. Також, складно було визначити, наскільки великою є проблема порушення прав людини у подібних закладах. Дані, з якими у вас є можливість ознайомитись, стисло описує характеристику людей, які проходять реабілітацію від наркозалежності в Україні та специфіку надання допомоги таким людям.

Дане дослідження переважно складається з проміжних даних, які потребують повторних і більше детальних досліджень.

Зміст

Вступ	4
Актуальність	4
Методи	5
Обмеження	5
Фінансування	5
Характеристика реабілітаційних центрів	6
Програми реабілітації	7
Кількість реабілітаційних закладів	7
Загальні принципи моніторингу реабілітаційних закладів	7
Порушення прав людини в реабілітаційних центрах	8
Інша проблематика недержавних реабілітаційних закладів	8
Реабілітант як окрема група	8
Характеристика вибірки	9
За областями:	9
Середній вік:	9
Вікові особливості реабілітантів:	9
Результати	11
Звернення до медичних закладів	11
ВІЛ, гепатит, туберкульоз серед реабілітантів	11
Сімейні особливості	11
Освіта	12
Кількість і тривалість реабілітації	12
Стаж і початок вживання	13
Результати за вибором наркотичної речовини	13
Антисоціальні та неантисоціальні реабілітанти	16
Примусова реабілітація наркозалежних	18
Жінки, які мали досвід насильства протягом життя і проходять реабілітацію від наркозалежності	20
Загальні висновки опитування	21

Вступ

Дане опитування проводилось в рамках статутної діяльності Державної установи «Центр психічного здоров'я і моніторингу наркотиків та алкоголю Міністерства охорони здоров'я України» за підтримки Міжнародного благодійного фонду «Альянс громадського здоров'я», Благодійної організації «Благодійний фонд «Всеукраїнське об'єднання людей з наркозалежністю (ВОЛНА)» і Громадської спілки «Національна психологічна асоціація».

Актуальність

Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин (далі — РВВПР) є доволі поширеною групою розладів в Україні.

За даними МОЗ України на 01.01.2018 під диспансерним наглядом унаслідок вживання психоактивних речовин перебувало 60906 осіб, з них з діагнозом психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин — 41 547 осіб.

За даними останнього біоповедінкового опитування, оціночна кількість людей, які вживають наркотики ін'єкційно, становила 317 000 осіб (на підконтрольній території України), з них споживачів лише опіоїдів — 200 661 особа (63,3% від загальної кількості), 38 674 особи — споживачі стимуляторів (12,2% від загальної кількості), 77 665 осіб практикували змішане вживання наркотичних речовин (24,5%)¹.

За офіційними даними тільки у 2018 році майже 700 тисяч² осіб звернулись до медичних закладів через певні психічні та поведінкові проблеми внаслідок вживання психоактивних речовин.

З 2005 року в Україні широко запроваджуються програми лікування замісною підтримувальною терапією з використанням наркотичних лікарських засобів метадон або бупренорфін. Станом на 01.01.2019 на базі 211 закладів охорони здоров'я по всій країні, крім тимчасово неконтрольованих територій, таке лікування отримувало 11 385 наркозалежних осіб³.

Але міжнародні дані вказують на те, що є доволі вагома група таких пацієнтів, які не звертаються за допомогою до закладів охорони здоров'я, натомість, звертаються до інших сервісів, в контексті України — до недержавних закладів немедичної (соціальної) допомоги. Досліджень серед цієї категорії осіб майже не проводилось в Україні. Тому, будь-які дані щодо осіб з розладами внаслідок вживання психоактивних речовин (РВВПР), нарко- та ал-

¹ <https://phc.org.ua/news/narkozalezhnist-ce-khvoroba-ne-zlochyn>

² <http://medstat.gov.ua/ukr/statdan.html>

³ <https://phc.org.ua/sites/default/files/uploads/documents/files/8c0d85b22bc9ec5bc6ebcbf904cbf9de.xlsx>

коспоживачів, яким надається немедична допомога в недержавних організаціях, може бути корисною для розуміння прогалин системи надання допомоги особам з РВВІР. Також, дане опитування містить інформацію щодо особливостей осіб з РВВІР в Україні, зокрема, коморбідних розладів, кримінального досвіду, специфіки вживання психоактивних речовин і порушення прав таких осіб.

Варто зазначити, що **ніяких опитувань і досліджень в Україні щодо реабілітації наркозалежних до цього не відбувалося**. Тож, висвітлення даної проблематики може бути важливим поштовхом до подальших досліджень і змін у системі надання допомоги наркозалежним.

Методи

Опитування проводилось за рахунок декількох методик, які дали змогу отримати інформацію як щодо реабілітаційного закладу, в якому надається допомога, так і щодо особливостей стану та особистого досвіду реабілітантів.

Вивчення особистого досвіду вживання та реабілітації проводилось за рахунок структурованого глибинного інтерв'ю, яке включало в себе: Міні Міжнародний Нейропсихіатричний Опитувальник — M.I.N.I. (шкала розладів внаслідок вживання психоактивних речовин й шкала антисоціального розладу особистості) та критерії DSM-5 щодо розладів внаслідок вживання психоактивних речовин (ступінь зловживання ПАР) для оцінки психічного стану реабілітанта, а також окремі питання, націлені на розуміння життєвих обставин, досвіду реабілітації та вживання психоактивних речовин.

Обмеження

Дані опитування не можна екстраполювати на загальну категорію наркоспоживачів в Україні. Отримані дані описують лише певні особливості групи людей, які опинилися на реабілітації в недержавних закладах в Україні. Також, дане опитування не висвітлює причинно-наслідкові зв'язки, а лише описує кількісні показники.

Фінансування

Дослідження фінансувалося МБФ «Альянс громадського здоров'я» в рамках проекту «Прискорення прогресу у зменшенні тягаря туберкульозу та ВІЛ-інфекції шляхом надання універсального доступу до своєчасної та якісної діагностики та лікування туберкульозу, розширення доказово обґрунтованої профілактики, діагностики та лікування ВІЛ-інфекції, створення життєздатних та стабільних систем охорони здоров'я» за підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією.

Характеристика реабілітаційних центрів

Реабілітаційний центр — це недержавна організація, незалежно від форми власності, яка діє, зазвичай, в рамках господарської діяльності «надання соціальної допомоги особам з розумовими вадами і хворих на наркоманію», або в рамках інших соціальних послуг та інших видів медичної діяльності. Більшість таких закладів не мають ліцензії на ведення медичної практики. Керівниками таких закладів здебільшого є особи, які у минулому також мали проблем з вживанням психоактивних речовин. В середньому такі центри здатні обслуговувати 15–20 реабілітантів. Працівниками цих закладів є так звані «консультанти з хімічної залежності», волонтери, приватні або наймані фахівці у сфері психічного здоров'я (психологи, наркологи, психіатри, психотерапевти, іноді — соціальні працівники). Центри надають «стаціонарні» послуги, тобто, особа постійно перебуває в закладі разом з працівниками. Здебільшого такий реабілітаційний центр являє собою аналог моделі «терапевтичної спільноти» (ТС) з внутрішніми фактичними правилами.

За результатами опитування Центру психічного здоров'я і моніторингу наркотиків та алкоголю Міністерства охорони здоров'я України, в рамках якого було опитано 50 керівників реабілітаційних закладів, приблизно 30% таких закладів є Громадськими організаціями, 30% — Благодійними організаціями, 30% — Товариствами з обмеженою відповідальністю. Певна частина з них також може функціонувати як ФОП.

До 40% таких організацій здатні обслуговувати 20–30 осіб, 25% цих закладів мають менше 20 ліжко-місць, 15% обслуговують 30–50 ліжко-місць та 15% — можуть надавати послуги 50 особам та більше.

Лише 36% таких закладів мають можливість вільного відвідування, у 68% — амбулаторне відвідування або групи підтримки ремісії, 78% мають стаціонарні послуги та менше 5% працюють в рамках груп допомоги родинам наркозалежних.

Надають соціально-побутові послуги 57% закладів, 90% — психологічні послуги, 26% — медичні послуги, 25% таких установ зазначили, що надають юридичну допомогу.

У 73% закладів працюють соціальні працівники, 78% — психологи, 31% подібних установ мають лікарів-наркологів, 30% — лікарів-психіатрів, 73% — консультантів (особи, за-

звичай, без освіти, які допомагають у процесі реабілітації), 78% користуються послугами волонтерів, 36% мають юристів, 31% — інших працівників з медичною освітою.

45% установ зазначили, що їх працівники офіційно працевлаштовані, а 55% повідомили, що більша частина співробітників працює по найму за вільним графіком.

Програми реабілітації

За даними опитування 50 таких організацій, приблизно 90% з них використовують 12-крокову (Мінесотську модель реабілітації).

30% цих установ використовують разом з 12-кроковою моделлю інші авторські / недоказові методи, або ж тільки їх і використовують.

Лише 12% організацій зазначили серед своїх методів когнітивно-поведінкову терапію.

Варто зазначити, що визначити ефективність подібних реабілітаційних програм таких організацій на даний момент неможливо через відсутність досліджень.

Кількість реабілітаційних закладів

Фактичну кількість таких закладів в Україні визначити неможливо. За попередніми розрахунками та прогнозами, орієнтовна кількість таких закладів в Україні коливається в межах 300–500. Але останні дані вказують на те, що ця цифра може бути у 2–3 рази більшою. В рамках моніторингу було охоплено 50 таких закладів. Результати, отримані у 8 з них, не можливо було використати у дослідженні через побічні фактори, які могли суттєво вплинути на достовірність отриманих даних, таких як: надання вербальної установки з боку працівників реабілітаційних центрів респондентам (реабілітантам), несприятливі умови опитування і надання заздалегідь підготовлених відповідей на деякі запитання (фальсифікація відповідей).

Загальні принципи моніторингу реабілітаційних закладів

Згідно з Міжнародними стандартами лікування розладів, пов'язаних з вживанням наркотичних речовин:

- 1) Лікування має бути доступним та відповідати потребам клієнта;
- 2) Повинні дотримуватись етичні норми при проведенні лікування;
- 3) Сприяння лікуванню розладів, пов'язаних з вживанням наркотичних речовин, має відбуватись за допомогою ефективної координації між системою кримінального правосуддя та системами охорони здоров'я і соціального забезпечення;
- 4) Лікування повинно ґрунтуватись на наукових доказах і відповідати специфічним потребам осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних засобів;
- 5) Має бути забезпечено реагування на потреби конкретних підгруп, а відтак надані і конкретні умови під час лікування;
- 6) Повинно забезпечуватись належне клінічне управління послугами та програмами лікування розладів, пов'язаних з вживанням наркотичних засобів;
- 7) Інтегровані тактики, послуги, програми, підходи і взаємозв'язок у лікуванні мають підлягати регулярному моніторингу та оцінці⁴.

⁴ https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_59/ECN72016_CRP4_V1601463.pdf

Порушення прав людини в реабілітаційних центрах

Згідно українського законодавства, особі **не можуть надаватись медичні та соціальні послуги (лікування) без власної згоди**. Тому, особи, які є недієздатними та перебувають у закладі не за власним бажанням, під тиском з боку працівників, чи батьків — знаходяться на реабілітації незаконно. Такі дії є грубим порушенням прав людини, зокрема порушенням прав осіб з психічними та поведінковими розладами.

Люди, які мають наркозалежність, є вразливою групою щодо порушення прав людини. Важливим завданням такої роботи є висвітлення наявності чи відсутності даної проблематики в Україні.

Інша проблематика недержавних реабілітаційних закладів

Серед основних проблеми реабілітаційних центрів в Україні можна визначити наступні, а саме **відсутність**:

1. повноцінного законодавчого регулювання такого виду діяльності;
2. стандартів, за якими може надаватись послуги;
3. кваліфікованих спеціалістів у сфері психічного здоров'я, порушення прав реабілітантів (торгівля людьми, примусове утримання та трудове рабство і т.п.);
4. налагодженої системи співпраці між такими закладами з закладами кримінального правосуддя, поліцією, судами та медичними закладами.

Реабілітант як окрема група

Варто зазначити, що особи, які проходили реабілітацію від нарко- чи алкозалежності, можуть суттєво відрізнятись від осіб, які вживають наркотики чи мають залежність від ПАР, в цілому. Реабілітація в Україні для таких осіб стала окремою частиною життя, окремою «культурою», до якої держава майже не має відношення на даний момент. На реабілітації є свої «умовні правила», свій «сленг», звички і розуміння. Через подібні особливості моніторам і фахівцям у сфері правосуддя може бути доволі складно виявити певні порушення, зокрема, через психологічний тиск на реабілітантів чи їх родичів.

Характеристика вибірки

Загальна кількість опитаних	311
Чоловіки	210 (68%)
Жінки	101 (32%)

За областями:

Київська область і місто Київ	40
Львівська область	125
Харківська область	30
Чернігівська область	20
Кіровоградська область	20
Дніпропетровська область	36
Закарпатська область	12
Одеська область	28

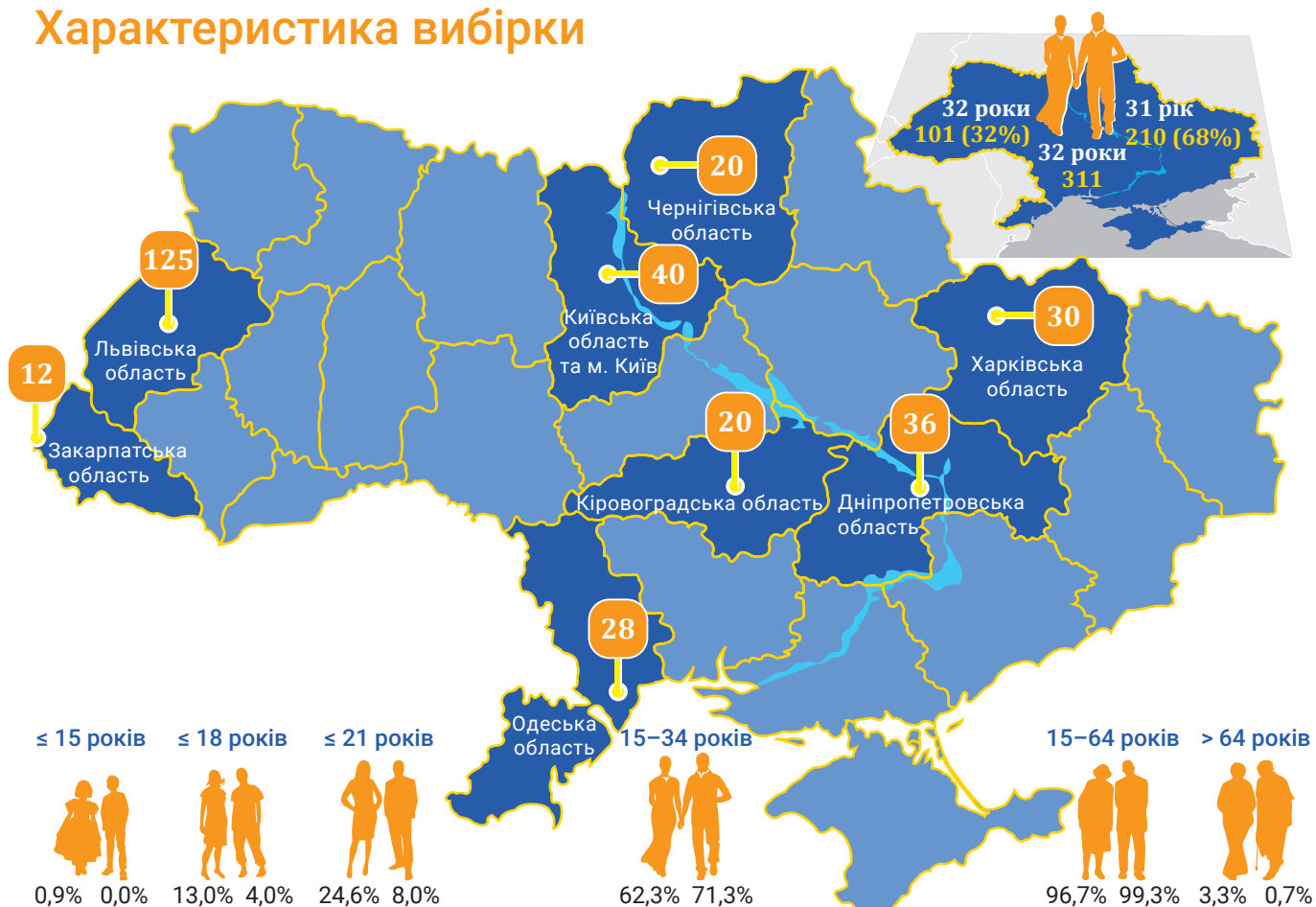
Середній вік:

Середній вік (і чоловіки, і жінки)	32
Чоловіки	31
Жінки	32

Вікові особливості реабілітантів:

до 15 років включно	чоловіки 0%, жінки 0,9%
до 18 років включно	8,5% (з них 4% чоловіки, 13% жінки)
до 21 року включно	16,3% (з них 8% чоловіки 24,6% жінки)
15–34	66,8% (з них 71,3% чоловіки, 62,3% жінки)
15–64	98% (з них 99,3% чоловіки, 96,7% жінки)
64+	2% (з них 0,7% чоловіки, 3,3% жінки)

Характеристика вибірки



Результати

Звернення до медичних закладів

43% чоловіків зверталися до медичних закладів про допомогу у зв'язку із вживанням ПАР, а 57% — ніколи не звертались;

37% жінок зверталися до медичних закладів про допомогу у зв'язку із вживанням ПАР, а 63% — ніколи не звертались.

При цьому 19,1% чоловіків перебували на диспансерному обліку, тоді як серед жінок ця цифра становить 90%.

ВІЛ, гепатит, туберкульоз серед реабілітантів

Зокрема чоловіків:

54,2% не мають ВІЛ, не мають та не мали гепатиту;

30,8% мають чи мали гепатит (92% мають нині, 8% мали раніше);

5,8% мають ВІЛ; 3,3% мали туберкульоз;

14,4% не знають про наявність в них гепатиту чи ВІЛ.

Зокрема жінок:

61,4% не мають ВІЛ чи гепатиту;

25,6% мали чи мають гепатит (86% мають нині, 14% мали);

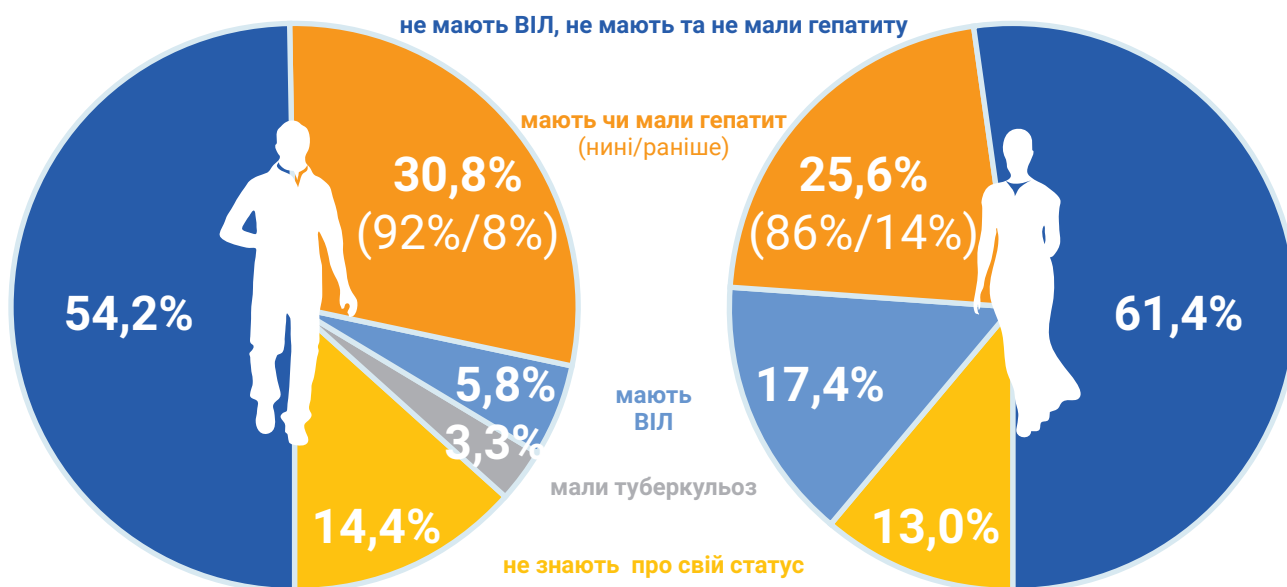
17,4% мають ВІЛ;

13% не знають про свій статус.

Сімейні особливості

52,1% чоловіків-реабілітантів до 18 років зростали у повній родині, відповідно 47,9% — у неповній. При цьому, більше ніж у 85% випадків причиною наявності неповної сім'ї стало розірвання шлюбу, а 15% — смерть одного з батьків. 92% чоловіків, які зростали у неповній родині, виховувалися матір'ю.

ВІЛ, гепатит, туберкульоз серед реабілітантів



43,6% жінок-реабілітанток до 18 років зростали у повній родині, відповідно 56,4% — у неповній. При цьому, серед жінок, більше ніж у 80% випадків причиною неповної сім'ї було розірвання шлюбу та у 20% випадків — смерть одного з батьків. 96% жінок, які зростали у неповній родині, виховувалися матір'ю.

Освіта

7,5% чоловіків-реабілітантів не мають освіти, 92,5% — мають завершену середню освіту, 32,7% — мають бодай 1 завершену вищу освіту.

10,4% жінок-реабілітанток не мають освіти, 89,6% — мають завершену середню освіту, 40% — мають бодай 1 завершену вищу освіту.

Кількість і тривалість реабілітації

Середня кількість реабілітацій серед чоловіків склала 2,8 рази, а серед жінок — 2. При цьому, максимальна кількість повторних реабілітацій серед чоловіків — 20 разів, серед жінок — 11.

Середня тривалість реабілітації: серед чоловіків — 4 місяці, серед жінок — 3,6 місяці.

Перша реабілітація серед чоловіків — через 10 років від початку вживання. 42% від загальної кількості складають ті чоловіки, хто вперше на реабілітації.

Серед жінок перша реабілітація відбулася через 7 років від початку вживання, а 57% від загальної кількості складають ті, хто вперше на реабілітації.

Стаж і початок вживання

Середній стаж вживання: серед чоловіків — 13,3 роки, серед жінок — 10,6 років.

Початок вживання:

Жінки: 89% вперше з наркотичних речовин спробували марихуану; в середньому у 15 років почали вживати наркотичні речовини.

Чоловіки: 84% вперше з наркотичних речовин спробували марихуану; в середньому у 16 років початок вживання наркотиків.

Результати за вибором наркотичної речовини

Ті, хто вживали опіоїди:

38% за останній рік вживали «ширку»; 26,5% зазначили, що вживали героїн; 47% — метадон; 33% — субітекс; 11% також вживали інші види опіоїдів рослинного та синтетичного походження.

При цьому більше 87% серед цієї категорії вживали також інші речовини (комбіноване вживання), у тому числі алкоголь.

Статевий розподіл серед осіб, що вживали опіоїди: 74% — чоловіки; 26% — жінки.

92,8% опитаних вживали наркотики ін'єкційно.

Від загальної кількості реабілітантів: більше 40% вживали опіоїди протягом останнього року вживання.

Комбіноване вживання опіоїдів:

Серед чоловіків-реабілітантів, які вживали опіоїди, 34% вживали опіоїди і алкоголь (протягом останнього року вживання), 68% — опіоїди і більше ніж 1 іншу наркотичну речовину (у тому числі алкоголь). Найбільш популярними комбінаціями серед чоловіків-реабілітантів виявились: метадон-амфетамін, субітекс-амфетамін, героїн-амфетамін, метадон-марихуана, метадон-«солі».

Серед жінок-реабілітанток, які вживали опіоїди, 32% вживали опіоїди з алкоголем, 44% вживали опіоїди і більше ніж 1 іншу наркотичну речовину (у тому числі алкоголь). Найбільш популярними комбінаціями серед жінок-реабілітанток виявились: метадон-алкоголь і метадон-амфетамін.

Середній рівень зловживання (за DSM-5): 10,7 з 11 (10,8 чоловіки, 10,6 жінки), що відповідає важкому рівню зловживання наркотичними речовинами.

Середня кількість реабілітацій у чоловіків-реабілітантів, які вживали ПАР опіоїдної групи, — 4 рази. У жінок даної групи середня кількість реабілітацій склала 3,2.

Таким чином, реабілітанти і реабілітантки, які вживали опіоїди, частіше (у 1,5 рази) проходять реабілітацію, ніж реабілітант у середньому.

Середня тривалість реабілітації: чоловіки — 7,2 місяці, жінки — 6,6 місяців.

Таким чином, реабілітанти і реабілітантки, які вживали опіоїди, довше (у 1,8 рази) проходять реабілітацію, ніж реабілітанти в середньому.

88,7% чоловіків-реабілітантів, які вживали протягом останнього року опіоїди, мали кримінальний досвід, з них 82,5% мали судимості (у тому числі умовні) та 76,8% відбували покарання у вигляді позбавлення волі бодай 1 раз. Середня кількість ув'язнень серед цієї групи склала 3,1 рази.

78,6% жінок-реабілітанток, які вживали протягом життя опіоїди, мали кримінальний досвід, з них 55,6% мали судимості (у тому числі умовні), 41% відбували покарання у ви-

гляді позбавлення волі бодай 1 раз. Середня кількість ув'язнень серед цієї групи склала 2,2 рази.

Серед чоловіків 9,4% були на замісній підтримувальній терапії (ЗПТ) з метою лікування та 14,1% зазначили, що зловживали протягом життя препаратами, які були передбачені для ЗПТ.

Серед жінок 4,2% були на ЗПТ з метою лікування та 13,9% зазначили, що зловживали протягом життя препаратами, які були передбачені для ЗПТ.

Середній стаж вживання серед чоловіків склав 16 років, серед жінок — 13,4 років.

Ті, хто вживали канабіс:

Від загальної кількості реабілітантів: 27,5% реабілітантів.

Статеві відмінності: 83,8% — чоловіки, 16,2% — жінки (від загальної кількості тих реабілітантів, які вживали канабіс).

Комбіноване вживання канабісу:

Менше 8% чоловіків та 3% жінок, які проходили реабілітацію, вживали тільки канабіс протягом останнього року вживання. 92% чоловіків і 96% жінок, які проходили реабілітацію, регулярно вживали останнього року канабіс та хоча 1 іншу речовину (в тому числі алкоголь). Найбільш розповсюдженою комбінацією і серед чоловіків, і серед жінок були: канабіс-амфетамін, канабіс-МДМА, канабіс-метадон і канабіс-алкоголь.

Особи, які вживали марихуану і не вживали опіоїди, у 22% випадків мали кримінальний досвід. Особи, які вживали марихуану й не вживали опіоїди і стимулятори, у 4% випадків мали кримінальний досвід.

Ті, хто вживали стимулятори (амфетамін, кокаїн, первітин і т.д.):

Від загальної кількості реабілітантів: 40% (42,3% чоловіки, 37% жінки) вживали протягом останнього року стимулятори.

З них 82% вживали амфетамін, 36% вживали первітин чи метамфетамін і 5% вживали кокаїн.

74% осіб, які вживали стимулятори протягом останнього року, також вживали інші види психоактивних речовин. Найбільш поширеними комбінаціями виявилися: амфетамін-марихуана, амфетамін-алкоголь, амфетамін-метадон і амфетамін-«солі».

25% реабілітантів і реабілітанток, які вживали стимулятори і не вживали опіоїди, мали кримінальний досвід. Частіше кримінальний досвід зустрічався у споживачів амфетаміну або метамфетаміну/первітину. Також, комбіноване вживання стимуляторів з «солями», мефедроном або іншими синтетичними аналогами збільшувало ризики мати кримінальний досвід серед цієї групи реабілітантів.

Ті, хто вживали психоделіки (МДМА, ЛСД, інші екстазі):

10,5% реабілітантів вживали регулярно останнього року психоделіки. Лише 12% з них вживали виключно психоделіки (1,5% від загальної кількості реабілітантів). 68% з даної групи вживали ЛСД, 60% вживали МДМА, 42% вживали також інші види екстазі.

90% з даної групи вживали психоделіки комбіновано. 44% з них вживали психоделіки разом зі стимуляторами, найчастіше — амфетамін. 56% — вживали разом з марихуаною. 23% — разом з опіоїдами. Лише 8% реабілітантів вживали психоделіки разом з алкоголем.

Ті, хто вживали нові психоактивні речовини (НПР):

12,3% із опитуваних останнього року вживали нові психоактивні речовини. Найбільш розповсюдженими НПР були «солі», «спайси» і різноманітні синтетичні аналоги опіоїдів.

Висновок

Наркоспоживачі, які опинилися на реабілітації, мають доволі різний досвід вживання і вибір наркотичної речовини. Як ми бачимо з даних, частіше за все на реабілітації опиняються люди, які зловживали опіоїдами, стимуляторами і марихуаною. При цьому майже 80% осіб, які опинилися на реабілітації, не вживали лише один клас психоактивних речовин. Тож, для категорії людей, які проходять реабілітацію від наркозалежності, має місце феномен комбінованого вживання. Дана проблема потребує додаткового, більш глибокого дослідження.

Також, стає зрозуміло, що категорія споживачів опіоїдної групи мають складнішу історію реабілітації, зокрема, такі реабілітанти і реабілітантки довше і частіше проходять реабілітацію ніж ті, хто вживають стимулятори, марихуану чи інші наркотичні речовини. Кримінальний досвід також є більш розповсюдженим серед цієї категорії реабілітантів.

Результати за вибором наркотичної речовини

Опіоїди



<40%

38% вживали «ширку»
26,5% вживали героїн
47% вживали метадон
33% вживали субітекс
11% вживали також інші види опіоїдів

92,8% опитаних вживали наркотики ін'єкційно.

Канабіс



27,5%

92% чоловіків і **96%** жінок вживали канабіс та хоча одну іншу речовину (в тому числі алкоголь)

Стимулятори



40,0%

82% вживали амфетамін
36% вживали первітин чи метамфетамін
5% вживали кокаїн
74% також вживали інші види психоактивних речовин.

Найбільш поширені комбінації: амфетамін-марихуана, амфетамін-алкоголь, амфетамін-метадон і амфетамін-«солі».

Психodelіки



10,5%

68% вживали ЛСД
60% вживали МДМА
42% вживали також інші види екстазі

Антисоціальні та неантисоціальні реабілітанти

Антисоціальний розлад особистості — це стале порушення особистості, яке починає проявлятися в ранньому підлітковому віці чи дитинстві і може ставати причиною зловживання психоактивними речовинами, зокрема наркотиками.

Особи, які вживають наркотичні речовини і мають кримінальний досвід, доволі часто вдаються до незаконних методів збагачення задля підтримки своєї згубної звички, своєї залежності, тоді як особи з антисоціальним розладом особистості, які також вживають наркотичні речовини, можуть вдаватися до незаконних методів збагачення не тільки для підтримки вживання.

Результати

56% чоловіків-реабілітантів та 41% жінок-реабілітанток мали кримінальний досвід.

20% чоловіків-реабілітантів мали антисоціальний розлад особистості до 15 років і 18% мали такий розлад протягом життя. Серед жінок-реабілітанток 14,7% мали антисоціальний розлад особистості до 15 років і 11,5% мали подібний розлад протягом життя.

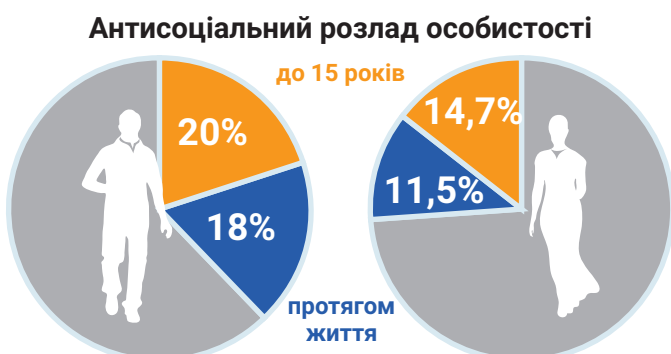
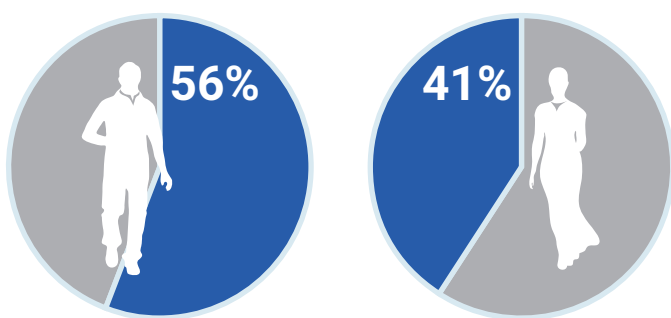
Порівняння кількості судимостей реабілітантів з антисоціальним розладом і реабілітантів без антисоціального розладу

Реабілітанти без антисоціального розладу:

Чоловіки: 32,7% мали судимості, в середньому 3 судимості. 12% з цієї групи відбували покарання у вигляді позбавлення волі бодай 1 раз, в середньому відбували покарання 2,6 разів.

Жінки: 13% жінок-реабілітанток цієї групи мали судимості, в середньому 3 судимості. 6,5% відбували покарання у вигляді позбавлення волі бодай 1 раз, в середньому відбували покарання 2,7 рази.

Кримінальний досвід



Вибір речовини



Кримінальний досвід і стаж вживання, кількість, тривалість реабілітацій



Реабілітанти з антисоціальним розладом:

Чоловіки: 68% мали судимості, в середньому 3,7 судимостей. 36,6% з цієї групи відбували покарання у вигляді позбавлення волі бодай 1 раз, в середньому 2,3 рази.

Жінки: 25% жінок-реабілітанток цієї групи мали судимості, в середньому 3 судимості. Жодна з опитаних реабілітанток даної групи не відбувала покарання у вигляді позбавлення волі.

Таким чином, реабілітанти з антисоціальним розладом у 2 рази частіше мають судимості, ніж ті, у кого нема антисоціального розладу. Чоловіки-реабілітанти з антисоціальним розладом у 3 рази частіше мали ув'язнення, ніж ті, у кого нема антисоціального розладу. Інші показники між цими двома групами суттєво не відрізняються.

Вибір речовини: 32% з цієї групи вживали переважно стимулятори, 66% — переважно опіоїди, 27% регулярно вживали стимулятори з опіоїдами (комбіноване вживання), 31% регулярно вживали канабіс разом з бодай 1 іншою речовиною, 5% вживали переважно алкоголь (без регулярного вживання наркотиків), 22% — алкоголь разом з бодай 1 наркотичною речовиною, 7,3% вживали разом з іншими наркотичними речовинами нові психоактивні речовини (НПР).

Стаж: середній стаж вживання у реабілітантів з антисоціальним розладом — 13,7 років, а у реабілітантів без антисоціального розладу — 10,3 роки.

Кількість реабілітацій: у реабілітантів з антисоціальним розладом в середньому — 3,7 реабілітацій, у тих, хто не має антисоціального розладу — 1,9.

Тривалість реабілітацій: у реабілітантів з антисоціальним розладом середня тривалість реабілітації склала 3,8 місяців; без антисоціального розладу — також 3,8 місяців.

Висновок

Скоєння правопорушень і злочинів властиве людям, які опинились на реабілітації від наркозалежності. Також, серед цієї категорії людей в Україні доволі часто зустрічаються такі, що мають важкий стан — антисоціальний розлад особистості. З даних опитування ми бачимо, що такі реабілітанти мають більш складну кримінальну історію та реабілітацію. Вони частіше мають судимості, а чоловіки з антисоціальним розладом частіше відбувають покарання у вигляді позбавлення волі, ніж ті, хто не мають подібного розладу. Такі особи частіше повторно опиняються на реабілітації, але тривалість їх перебування в реабілітаційному центрі не відрізняється. Також, ми розуміємо, що антисоціальні реабілітанти мають більшу схильність до вживання опіоїдів, хоча зловживання стимуляторами також властиві цій групі.

Примусова реабілітація наркозалежних

Згідно даних Генеральної Прокуратури України за останні роки було звільнено понад 500 осіб, яких незаконно утримували в таких закладах. Розпочато більше 130 кримінальних проваджень за фактами катувань, незаконного позбавлення волі, нанесення тяжких тілесних ушкоджень, що призвело до смерті потерпілого, незаконної лікувальної діяльності, незаконного заволодіння паспортом або іншим важливим особистим документом. Прокурорами повідомлено про підозру понад 60 особам, стосовно 40 з них обвинувальні акти вже направлено до суду. Ці і багато інших даних вказують на те, що дані заклади є місцем підвищеного ризику щодо порушення прав людини, зокрема, примусу до лікування. Дане опитування мало на меті висвітлити проблему порушення прав людини серед наркозалежних реабілітантів.

29% чоловіків-реабілітантів мали досвід бодай 1 примусової реабілітації. В середньому — 2,5, при цьому максимальна кількість примусових реабілітацій за життя у одного реабілітанта склала 17 разів.

24,6% жінок-реабілітанток мали досвід бодай 1 примусової реабілітації. В середньому — 1,6, при цьому максимальна кількість примусових реабілітацій за життя у однієї реабілітантки склала 7 разів.

12,4% з усіх реабілітантів на момент інтерв'ю зазначили, що знаходяться на реабілітації примусово.

Особи, які мають антисоціальний розлад особистості:

34% чоловіків-реабілітантів з антисоціальним розладом мали досвід бодай 1 примусової реабілітації, в середньому — 1,6 разів.

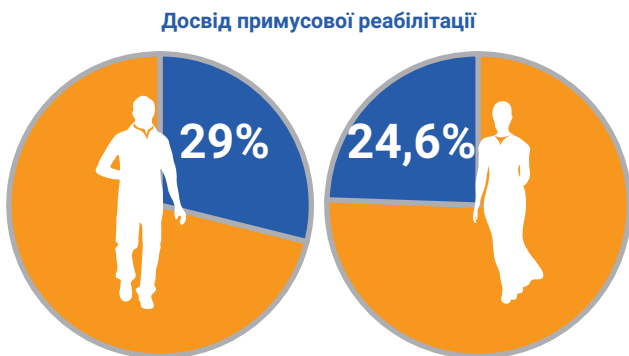
44% жінок-реабілітанток з антисоціальним розладом мали досвід бодай 1 примусової реабілітації, в середньому — 1,5 разів.

Порівняння груп реабілітантів, які мали досвід примусової реабілітації, і тих, хто не мав такого досвіду

Тривалість реабілітації: реабілітанти, які мали досвід примусової реабілітації, в середньому проходять реабілітацію 4 місяці, тоді як ті, хто не мають такого досвіду, — 3,6 місяці.

Примусова реабілітація

Загалом



реабілітанти,
які мали досвід
примусової реабілітації



Тривалість
реабілітації

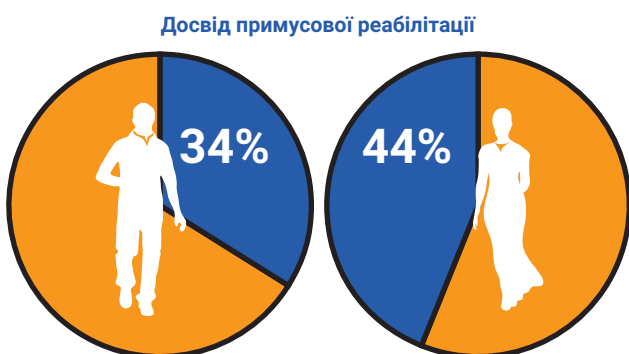
4
місяці

реабілітанти,
які не мали досвіду
примусової реабілітації



3,6
місяців

Антисоціальний розлад особистості



Кількість
реабілітацій

4,2

1,4

Середній
стаж
вживання

11,5
років

11,4
роки

Кількість реабілітацій: реабілітанти, які мали досвід примусової реабілітації, в середньому проходять реабілітацію 4,2 рази, тоді як ті, хто не мають такого досвіду, — 1,4 рази.

Стаж вживання: реабілітанти з досвідом примусової реабілітації в середньому вживали 11,5 років, а реабілітанти без такого досвіду — 11,4 років.

Висновок

Майже третина з усіх реабілітантів мали досвід примусової реабілітації, а саме, утримання на реабілітації більше 1 одного місяця без власного бажання. Опитування демонструє можливий зв'язок такого досвіду на подальший процес реабілітації. А саме, ми бачимо, що такі люди частіше опиняються повторно на реабілітації, хоча тривалість реабілітації таких осіб суттєво не відрізняється. Щодо антисоціальних реабілітантів, варто звернути увагу на те, що жінки з антисоціальним розладом майже в 2 рази частіше мають досвід примусової реабілітації, ніж жінки без антисоціального розладу.

Є необхідність у більш детальному дослідженні можливого впливу примусової реабілітації на стан та подальший процес реабілітації таких осіб.

Жінки, які мали досвід насильства протягом життя і проходять реабілітацію від наркозалежності

65% жінок-реабілітанток мали досвід фізичного насильства протягом життя, 74% — емоційного насильства і 40% мали досвід сексуального насильства. 11,5% реабілітанток надавали послуги сексуального характеру за винагороду.

Реабілітантки, які мали досвід сексуального чи фізичного насильства, в середньому проходять реабілітацію 2,2 рази, тоді як жінки, які не мали сексуального чи фізичного насильства, — 1,7.

Жінки, які мали досвід фізичного чи сексуального насильства, в середньому проходять реабілітацію 3,8 місяці. Реабілітантки, які не мали такого досвіду, в середньому проходять реабілітацію 3,6 місяці.

33% жінок-реабілітанток, які мали досвід сексуального чи фізичного насильства, піддавалися примусовій реабілітації. Ті жінки, які не мали такого досвіду протягом життя, у 16% випадків мали бодай 1 примусову реабілітацію. Тобто, жінки які мали фізичне чи сексуальне насильство, у 2 рази частіше піддавалися примусовій реабілітації ніж ті, хто не мали такого досвіду.

68% жінок з антисоціальним розладом, мали досвід фізичного насильства протягом життя, 90% з них мали досвід емоційного насильства і 55% з них потерпали від сексуального насильства.

98% жінок-реабілітанток, які надавали послуги сексуального характеру за винагороду, мали досвід фізичного чи емоційного насильства, 90% з числа таких жінок потерпали від сексуального насильства.

28% жінок-реабілітанток, які потерпали від сексуального чи фізичного насильства, мали кримінальний досвід. Тобто, жінки, які мали досвід насильства, майже вдвічі рідше мають кримінальний досвід, ніж жінки-реабілітантки в середньому.

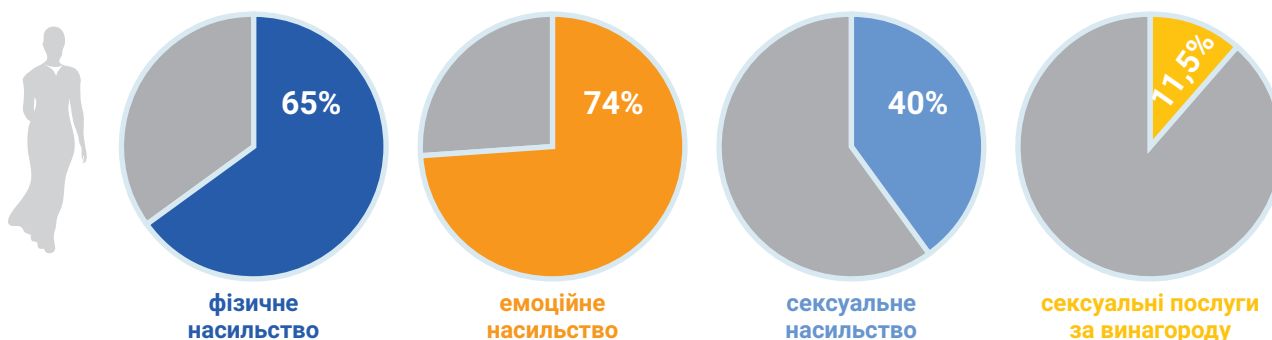
Жінки-реабілітантки, які потерпали від фізичного насильства, мали більше проблем з алкоголем. Жінки з досвідом сексуального насильства мали більше проблем з наркотичними речовинами, зокрема — опіоїдами.

Висновок

Жінки, які мають проблеми з наркотиками чи алкоголем та потерпали від насильства, є більш вразливими щодо порушення їх прав на реабілітації, про що свідчать дані стосовно примусової реабілітації таких жінок. Процес реабілітації для даної групи реабілітанток не суттєво відрізняється від загальної групи. Також, вірогідно, дана група реабілітанток може бути менш схильною до кримінальної поведінки.

Більш детальні дослідження необхідні для виявлення зв'язків між насильством щодо наркозалежних жінок і особливістю їх реабілітації.

Досвід насильства



Загальні висновки опитування

- Особи, які проходять реабілітацію від наркозалежності є доволі різноманітною групою за особливостями і вразливістю. Тож, керівники реабілітаційних програм мають враховувати специфіку даних груп людей, зокрема, специфіку протікання реабілітації у даних груп наркоспоживачів. Варто додати, що реабілітанти, які потрапили у вибірку даного опитування, частково можуть відображати загальні тренди і проблематику щодо вживання наркотиків і психічного здоров'я;
- Дана група пацієнтів може бути важкодоступною для медичних служб, адже, як ми бачимо, більше половини з них ніколи не звертались до державних закладів охорони здоров'я стосовно проблем з наркотиками. Тож, варто обговорити способи вирішення прогалин співпраці таких центрів з державними службами охорони здоров'я. Також, дана група має значний відсоток людей, які не знають свого ВІЛ-статусу, що також свідчить про деякі прогалини у сфері взаємодії таких центрів з сервісами ВІЛ-тестування;
- Реабілітанти у подібних закладах є вразливою групою населення щодо порушення прав людини, що має вплив на подальше лікування і реабілітацію. Більш детальні дослідження необхідні для визначення додаткових ризиків і виявлення зв'язків з іншими факторами;
- Жінки-реабілітантки у подібних закладах є вразливою групою щодо скоєння насильства, що має свій вплив на подальше лікування таких жінок і їх відновлення. Ґрунтовніші дослідження також необхідні;
- Реабілітаційні центри для наркозалежних є популярним місцем для рецидивістів і осіб з важкими особистісними порушеннями згідно міжнародних досліджень. Дані опитування вказують на те, що Україна — не виключення. Тож, специфічні психологічні і соціально-юридичні послуги в даних закладах необхідні для успішної ресоціалізації таких осіб. Також, антисоціальний розлад може впливати на протікання реабілітації, що необхідно враховувати реабілітаційним закладам. Дослідження особливостей протікання реабілітації серед антисоціальних пацієнтів необхідні для встановлення більш специфічних зв'язків і факторів впливу;
- Необхідні специфічні і глибинні дослідження щодо ефективності реабілітації для вразливих груп наркозалежних осіб, а також повторні дослідження для більш чіткого розуміння проблематики, пов'язаної з реабілітацією наркозалежних в Україні.

В результаті проведеного моніторингу ДУ Центр психічного здоров'я і моніторингу наркотиків та алкоголю Міністерства охорони здоров'я України на сайті Благодійної організації «Всеукраїнське об'єднання людей з наркозалежністю (ВОЛНА)» (www.volna.in.ua) було оприлюднено перелік відкритих реабілітаційних центрів у вигляді онлайн-мапи.

Посилання: www.volna.in.ua/?page_id=1447

Даний перелік було створено для зручності пошуку сервісів для допомоги і попередження порушення прав осіб, які живуть з наркозалежністю і людей, які вживають наркотики.

