

МЕДИЧНИЙ ПСИХОСОЦІАЛЬНИЙ СУПРОВІД ПАЦІЄНТІВ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ: *АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД*

Авторки:

Ірина ХАРАНДЮК, магістерка громадського здоров'я

Тетяна СЕМИГІНА, докторка політичних наук, магістерка соціальної роботи



➔ АБРЕВІАТУРИ ТА СКОРОЧЕННЯ

АРТ	антиретровірусна терапія
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
ЗПТ	замісна підтримувальна терапія
КПТ	когнітивно-поведінкова терапія
ЛВІН	люди, які вживають ін'єкційні наркотики
МІ	мотиваційне інтерв'ювання
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
МПСС	медико психосоціальний супровід
ОЗ	опіоїдна залежність
ООН	Організація об'єднаних націй
ПТАО	підтримувальна терапія агоністами опіоїдів
ЦГЗ	Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України
ЮНЕЙДС	Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй по ВІЛ/СНІД

☛ ЗМІСТ

Резюме звіту

Вступ

- 1. Загальна характеристика замісної підтримувальної терапії**
- 2. Психосоціальні інтервенції у межах лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин**
- 3. Міжнародний досвід впровадження медичного психосоціального супроводу пацієнтів ЗПТ**
- 4. Оцінка ефективності психосоціального супроводу пацієнтів ЗПТ**
- 5. Огляд поточної ситуації в Україні**

Загальні висновки та рекомендації

Додатки

РЕЗЮМЕ ЗВІТУ

Цей аналітичний огляд має на меті висвітлення важливості медичного психосоціального супроводу (МПСС) у контексті ЗПТ, аналіз міжнародного досвіду та надання рекомендацій для України. У роботі використано огляд наукової літератури, аналіз статистичних даних та порівняльний аналіз міжнародного досвіду.

Аналітичний огляд підкреслює важливість медичного психосоціального супроводу (МПСС) у замісній підтримувальній терапії (ЗПТ) для лікування опіоїдної залежності. ЗПТ, використовуючи метадон та бупренорфін, ефективно знижує вживання нелегальних наркотиків та ризик інфекцій, покращуючи соціальне функціонування. Міжнародні стандарти (ВОЗ, UNODC) акцентують на біопсихосоціальній моделі, що інтегрує медикаментозне лікування з психологічною та соціальною підтримкою, включаючи КПТ та групи самопомогі.

Міжнародний досвід (Австралія, Португалія, Німеччина) демонструє різноманітні підходи до ЗПТ, підкреслюючи орієнтацію на пацієнта та мультидисциплінарність. Ефективність МПСС підтверджується зниженням рецидивів, покращенням якості життя та контролем інфекцій. Українські дослідження також підтверджують ефективність інтеграції психосоціальних послуг, хоча їх доступність обмежена.

В Україні, попри законодавство, ЗПТ стикається з викликами. Доступність ЗПТ залишається низькою, охоплюючи лише 5,8% від оціночної кількості споживачів опіоїдів. 16,8% пацієнтів ЗПТ мають доступ до психосоціального супроводу. Війна в Україні посилила наявні проблеми, спричинивши закриття сайтів ЗПТ, проблеми з забезпеченням препаратами та ускладнення надання психосоціального супроводу.

Необхідні довгострокові зміни: введення посад соціальних працівників у ЗОЗ, розробка стандартів психосоціального супроводу пацієнтів ЗПТ та моделей для психосоціального супроводу під час самостійного прийому ЗПТ пацієнтами.

Короткостроково: підтримка психосоціальних послуг на сайтах ЗПТ, унормування мобільних бригад, аутріч-підтримка, підготовка фахівців, адаптація до дистанційної роботи та фінансування психосоціальної підтримки через міжнародних донорів.

➔ ВСТУП

Одним із ключових підходів до лікування опіоїдної залежності є **замісна підтримувальна терапія (ЗПТ)**. Вона передбачає використання контрольованих препаратів (наприклад, метадону або бупренорфіну) для зменшення симптомів абстиненції та зниження ризику рецидиву. Вона спрямована на стабілізацію стану пацієнтів, зниження рівня вживання нелегальних наркотиків, зменшення поширення інфекційних захворювань (ВІЛ, гепатит С) та покращення соціального функціонування осіб із залежністю. ЗПТ також зменшує загальні витрати на охорону здоров'я (Fairley et al., 2021¹).

***Замісна підтримувальна терапія (ЗПТ)** – це метод лікування опіоїдної залежності, який передбачає використання препаратів-агоністів опіоїдних рецепторів (метадон, бупренорфін) для зменшення абстинентного синдрому, контролю потягу до нелегальних наркотиків та стабілізацію стану пацієнта, що сприяє його соціальній адаптації та покращенню якості життя.*

Цей підхід визнаний Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), Європейським центром моніторингу наркотиків та наркозалежності (EMCDDA) та активно використовується у багатьох країнах світу як один із найефективніших методів лікування опіоїдної залежності.

Попри ефективність ЗПТ, її застосування без належного медичного, психологічного та соціального супроводу залишається обмеженим у досягненні довгострокових позитивних результатів. Тому у міжнародній практиці **ЗПТ впроваджується як комплексне втручання, що включає не лише медикаментозне лікування, а й психологічну підтримку та соціальну інтеграцію пацієнтів.**

В Україні ЗПТ регламентується відповідними наказами Міністерства охорони здоров'я та здебільшого реалізується як медична програма з обмеженим залученням психосоціального супроводу, що зводить її потенціал і не дозволяє досягти максимальної ефективності, як це відбувається у країнах із розвиненими інтегрованими моделями. Тому важливим напрямом розвитку ЗПТ в Україні є впровадження **медичного психосоціального супроводу (МПСС)**, що забезпечує комплексний підхід до підтримки пацієнтів.

Цей аналітичний огляд **має на меті** висвітлення важливості МПСС у контексті ЗПТ, аналіз світового досвіду впровадження цієї моделі, її ефективності та можливостей адаптації в Україні.

Завдання роботи:

1. Висвітлити історію та розвиток МПСС у ЗПТ.
2. Дослідити практики впровадження МПСС у ЗПТ у різних країнах.

¹ Fairley, M. et al. (2021). Cost-effectiveness of Treatments for Opioid Use Disorder. *JAMA Psychiatry*, 78(7), 767-777.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0247>

3. Оцінити ефективність МПСС на основі сучасних досліджень.
4. Надати рекомендації для української системи охорони здоров'я та соціальних послуг щодо інтеграції МПСС у програми ЗПТ.

Методологія аналізу. Для проведення аналітичного огляду щодо медичного психосоціального супроводу пацієнтів замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) було використано комплексний підхід, що включає:

1. Огляд наукової літератури та нормативно-правових актів

- Аналіз рецензованих публікацій у міжнародних та національних наукових журналах, що висвітлюють підходи до організації ЗПТ та її інтеграцію з психосоціальним супроводом.
- Вивчення офіційних документів ВООЗ, ЮНІСЕФ, Управління ООН з наркотиків і злочинності (UNODC) та інших міжнародних організацій щодо стандартів лікування опіоїдної залежності.
- Аналіз українського законодавства та політик у сфері ЗПТ, включно з наказами МОЗ, рекомендаціями профільних міністерств та програмами міжнародних донорів.

2. Аналіз статистичних даних

- Вивчення офіційної статистики щодо охоплення ЗПТ в Україні та інших країнах.
- Аналіз даних про ефективність програм ЗПТ.

3. Компаративний аналіз міжнародного досвіду

- Аналіз моделей ЗПТ у країнах із розвиненою системою психосоціального супроводу.
- Визначення ключових компонентів ефективних програм: мультидисциплінарні команди, індивідуалізований підхід, соціальна інтеграція пацієнтів.
- Порівняння управлінських моделей та джерел фінансування.

➔ 1. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ

Історія замісної підтримувальної терапії (ЗПТ)

Метадон був синтезований на початку XX століття як синтетичний аналог морфію. Перші спроби використання метадону для лікування опіоїдної залежності були здійснені в різних країнах майже одночасно. У 1959 році R. Halliday застосував метадон у Канаді (Halliday, 1963²), а в 1963 році американські лікарі V. Dole та M. Nyswander започаткували його використання у США. У Європі одним із перших метадон для підтримувальної терапії почав застосовувати L. Gunne у Швейцарії в 1967 році.

Попри те, що саме R. Halliday першим використав метадон для тривалого лікування наркозалежних, його не вважають засновником замісної терапії. Саме V. Dole та M. Nyswander (1967³) розробили принципово новий підхід до лікування опіоїдної залежності, який суттєво відрізнявся від попередніх методів. Їхня концепція базувалася на тому, що головною метою терапії не є повне припинення вживання опіоїдів, а стабілізація фізичного та психічного стану пацієнтів.

У 1960-х роках Dole та Nyswander розпочали пілотну програму лікування залежних від героїну метадоном. Результати показали, що цей препарат допомагає уникнути абстинентного синдрому та не призводить до необхідності постійного підвищення дози при довготривалому прийомі.

Автори цієї методики висунули гіпотезу, що наркозалежність зумовлена порушенням метаболізму опіатної системи мозку. Регулярний прийом метадону сприяє нормалізації обміну нейротрансмітерів, що забезпечує стабільний фізичний та психічний стан пацієнта. За аналогією з інсулінотерапією для людей із цукровим діабетом, ЗПТ не усуває першопричину залежності, але дозволяє контролювати її прояви та значно покращує якість життя пацієнтів.

У 1964 році США відмовилися від примусового лікування наркозалежності та почали широко впроваджувати метадонову програму. Це дозволило досягти суттєвого зниження рівня злочинності, пов'язаної з незаконним обігом наркотиків, а також стабілізувати соціальну ситуацію. Після 1980 року кількість випадків інфікування ВІЛ та вірусними гепатитами серед осіб, які вживають ін'єкційні наркотики, значно зменшилася.

Сьогодні в США функціонує понад 750 метадонових центрів, які надають допомогу більш ніж 210 тисячам осіб із героїновою залежністю. Їх досвід доводить ефективність комплексного підходу до лікування опіоїдної залежності, що поєднує медикаментозну терапію із психосоціальним супроводом (Samsó Jofra et al., 2022⁴).

У Європі запровадження ЗПТ відбулося приблизно на два десятиліття пізніше, ніж у США. Її поширенню значною мірою сприяли рішення членів Європейської асоціації лікування

² Halliday, R. (1963). Management of the narcotic addict. *British Columbia Medical Journal*, 412–414.

³ Dole, V. P., & Nyswander, M. E. (1967). Heroin addiction: A metabolic disease. *Archives of Internal Medicine*, 120, 19–24.

⁴ Samsó Jofra, L., Puig, T., Solà, I., & Trujols, J. (2022). Interim opioid agonist treatment for opioid addiction: a systematic review. *Harm Reduct J*, 19(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s12954-022-00592-x>

опіоїдної залежності, які у 1980-х роках активно обговорювали ключові питання: вибір між короткостроковою та довгостроковою детоксикацією, пріоритетність підходів – зниження шкоди чи специфічна терапія, орієнтована на повну абстиненцію, а також інтеграцію лікування супутніх, передусім психічних, розладів у процес терапії наркотичної залежності.

У 1991 р. було проведено дослідження, в якому вивчали групу з 513 учасників ПТАО метадоном на підставі самозвітів. Було продемонстровано значні переваги лікування метадоном порівняно з детоксикацією та наступним психологічним лікуванням. Було доведено, що метадонова терапія забезпечує значне зниження смертності від передозувань опіоїдами (Fairbank et al., 1993⁵).

Отже, замісна підтримувальна терапія поступово утвердилася як науково обґрунтований метод лікування опіоїдної залежності, ефективність якого була підтверджена дослідженнями та практичним досвідом впровадження в різних країнах (Дворяк, 2016⁶; Метелюк, 2024⁷).

Розвиток ЗПТ у 2000-х роках

Попри неоднозначне ставлення громадськості, замісна підтримувальна терапія (ЗПТ) поступово набула широкого визнання та поширення у світі. На початку XXI століття **Міжнародний комітет з контролю за наркотиками (МККН)** зазначив, що уряди багатьох країн вже зробили вибір на користь ЗПТ як одного з методів лікування опіоїдної залежності. Цей підхід передбачає використання препаратів зі схожою дією, але з меншим ступенем ризику, які призначаються лікарем для стабілізації стану пацієнта та зниження шкоди від вживання нелегальних наркотиків (INCB, 2003⁸).

Важливим кроком у розвитку ЗПТ стало оприлюднення у 2004 році **ВООЗ, ООН та ЮНЕЙДС** спільного документа, в якому узагальнено наукові дані про ефективність цього підходу. Згідно з висновками експертів, ЗПТ є безпечним, економічно доцільним та науково обґрунтованим методом лікування опіоїдної залежності. Дослідження підтвердили, що успішність терапії залежить від своєчасного початку, безперервного прийому препаратів та правильно підбраного дозування. У документі представлено дані, які засвідчують, що ЗПТ приносить користь як окремим особам, так і суспільству загалом. Пацієнтам вона допомагає стабілізувати стан, покращити загальне самопочуття та соціальне функціонування. На рівні суспільства впровадження ЗПТ сприяє зниженню рівня злочинності, скороченню витрат на медичну допомогу та кримінальне судочинство, а також зменшенню поширення ВІЛ та інших інфекцій, що передаються через кров (WHO/UNODC/UNAIDS, 2004⁹).

⁵ Fairbank, J. A., Dunteman, G. H., & Condelli, W. S. (1993). Do methadone patients substitute other drugs for heroin? Predicting substance use at 1-year follow-up. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 19(4), 465–474.

⁶ Дворяк, С. В. (2016). *Інтегрована медико-соціальна допомога хворим із залежністю від опіоїдів: Дис. ... док.мед.наук, спец. 14.01.17*. Харків. <https://uacademic.info/download/file/0516U000594/dis.doc>

⁷ Метелюк, А. С. *Соціальна профілактика ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії: дис. ... доктора філософії, спец. 231*. Київ. <https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/48427/>

⁸ International Narcotics Control Board (2003). *Report of the International Narcotics Control Board for 2002*. New York. <https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2002.html>

⁹ WHO/UNODC/UNAIDS (2004). *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention*. <https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Position%20Paper%20sub.%20maint.%20therapy.pdf>

У 2005 році **ВООЗ** ухвалила рішення про внесення метадону до списку життєво необхідних препаратів (WHO, 2005¹⁰), що стало важливим кроком для міжнародного визнання ЗПТ. Рішення базувалося на огляді 28 досліджень із залученням близько 8000 учасників, які підтвердили ефективність цього підходу.

Після цього метадонова терапія почала впроваджуватися навіть у країнах, де раніше вона не застосовувалася через моральні та ідеологічні упередження. Завдяки очевидним перевагам та науково підтвердженим результатам підтримувальна терапія агоністами наразі успішно здійснюється в таких країнах, як Китай, Іран, Індонезія та В'єтнам (Дворяк, 2016¹¹).

Сучасний біопсихосоціальний підхід

Перші дослідження та спроби інтеграції психосоціальної допомоги в лікування залежностей були проведені у США та Канаді в 1970-х роках, коли замісна підтримувальна терапія метадоном почала широко використовуватися для лікування залежних від героїну. Хоча на той час основна увага приділялася медикаментозному лікуванню, поступово з'ясувалося, що цього недостатньо для зниження рівня рецидивів. Адже залежність, зокрема й ОЗ, часто має складну природу, включаючи біологічні, психологічні та соціальні фактори.

Від початку системного впровадження ЗПТ було доведено, що завдяки психологічній та психотерапевтичній підтримці досягаються кращі результати за такими показниками, як утримання в програмі, зменшення споживання героїну та показників ризикованої поведінки (McLellan et al., 1993¹²; Simpson & Joe, 1993¹³).

Дослідження також виявили, що чимало пацієнтів продовжували вживати наркотики, навіть отримуючи замісну терапію. Це стимулювало розробку підходів, які поєднують медикаментозне лікування з психосоціальною підтримкою. Ідея полягала у подоланні психологічних та соціальних наслідків залежності через залучення психологів, соціальних працівників та інших фахівців (Dennis et al., 2014¹⁴).

Таким чином, ЗПТ орієнтується на **біопсихосоціальну модель здоров'я**, яка визнає взаємозв'язок між біологічними, психологічними та соціальними факторами. Ця холістична модель підкреслює важливість врахування комплексного впливу цих факторів на стан пацієнта (Engel, 1980¹⁵; Frankel et al., 2003¹⁶).

¹⁰ WHO (2005). The selection and use of essential medicines.

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43292/WHO_TRS_933_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

¹¹ Дворяк, С. В. (2016). *Інтегрована медико-соціальна допомога хворим із залежністю від опіоїдів: Дис. ... док. мед. наук, спец. 14.01.17.* Харків. <https://uacademic.info/download/file/0516U000594/dis.doc>

¹² McLellan, A. T., Arndt, I. O., Metzger, D. S., Woody, G. E., & O'Brien, C. P. (1993). The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *JAMA*, 269, 1953-1959.

¹³ Simpson, D. D., & Joe, G. W. (1993). Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30(2), 357-368.

¹⁴ Dennis, B., Naji, L., Bawor, M., Bonner, A., Varenbut, M., Daiter, J., Plater, C., Paré, G., Marsh, D., Worster, A., Desai, D., Samaan, Z., & Thabane, L. (2014). The effectiveness of opioid substitution treatments for patients with opioid dependence: a systematic review and multiple treatment comparison protocol. *Systematic Reviews*, 3, 105 - 105. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-3-105>.

¹⁵ Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137(5), 535-544.

¹⁶ Frankel, R. M., Quill, T. E., & McDaniel, S. H. (Eds.). (2003). *The biopsychosocial approach: Past, present, future.* University of Rochester Press.

Узагальнення наведеної раніше в цьому розділі інформації та даних з інших джерел (Copenhaver et al., 2007¹⁷; Coviello et al., 2009¹⁸; Miller et al., 2001¹⁹) дає підстави описати три взаємопов'язані компоненти ЗПТ:

- 1) медичний;
- 2) психологічний;
- 3) соціальний.

Медичний компонент зосереджений на стабілізації фізичного стану пацієнтів через контроль за дозуванням препаратів (метадон, бупренорфін) та лікуванням супутніх захворювань. Основними завданнями є забезпечення стабільної фізичної форми пацієнта через регульоване дозування препаратів, контроль за можливими побічними ефектами та їх корекція, надання медичних консультацій та допомога у лікуванні супутніх захворювань, таких як ВІЛ, гепатити чи туберкульоз.

До цього компоненту слід віднести й оцінку та лікування можливих психічних розладів, таких як депресія чи тривожні розлади, які можуть супроводжувати залежність.

Регулярний моніторинг здоров'я пацієнтів допомагає уникнути побічних ефектів терапії та знизити ризики, пов'язані з ОЗ (Lowe et al., 2016²⁰).

Психологічний компонент покликаний підтримувати мотивацію до лікування, зниження рівня тривоги та депресії. Цей компонент включає індивідуальні консультації з психологом, групову психотерапію для підтримки пацієнтів та використання методик КПТ та мотиваційного інтерв'ювання (MI).

Дослідження показують, що пацієнти, які брали участь у КПТ-сесіях, на 30% частіше залишаються в програмах лікування, ніж ті, хто не отримував такої підтримки (Dugosh et al., 2016²¹). Успішне поєднання психологічного супроводу із замісною терапією знижує ризик повернення до вживання наркотиків.

Соціальний компонент спрямований на реабілітацію пацієнтів через допомогу у працевлаштуванні, навчання новим професійним навичкам та залучення до соціальних активностей. Крім того, важливим елементом є боротьба зі стигматизацією пацієнтів. Цей компонент, зокрема, охоплює:

- створення мережі підтримки для пацієнтів, включаючи родину, друзів та групи взаємодопомоги, які можуть сприяти їхньому одужанню;

¹⁷ Copenhaver, M. M., Bruce, R. D., & Altice, F. L. (2007). Behavioral counseling content for optimizing the use of buprenorphine for treatment of opioid dependence in community-based settings: A review of the empirical evidence. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33, 643-654.

¹⁸ Coviello, D. M., Zanis, D. A., Wesnoski, S. A., & Domis, S. W. (2009). An integrated drug counseling and employment intervention for methadone clients. *Journal of Psychoactive Drugs*, 41(2), 189-197.

¹⁹ Miller, N. S., Sheppard, L. M., Colenda, C. C., & Magen, J. (2001). Why physicians are unprepared to treat patients who have alcohol- and drug-related disorders. *Academic Medicine*, 76(5), 410-418.

²⁰ Low, A., Mburu, G., Welton, N., et al. (2016). Impact of Opioid Substitution Therapy on Antiretroviral Therapy Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 63, 1094 - 1104. <https://doi.org/10.1093/cid/ciw416>

²¹ Dugosh, K., Abraham, A., Seymour, B., McLoyd, K., Chalk, M., & Fester, D. (2016). A Systematic Review on the Use of Psychosocial Interventions in Conjunction With Medications for the Treatment of Opioid Addiction. *Journal of Addiction Medicine*, 10, 91 - 101. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000193>.

- допомогу в налагодженні соціальних зв'язків, поверненні до роботи та відновленні соціальної функціональності;
- навчання персоналу та просвітницькі кампанії для формування толерантного ставлення до пацієнтів.

Програми супроводу базуються на розробці індивідуальних планів лікування, які враховують потреби кожного пацієнта та на його соціальному супроводі під час терапії.

Згідно із дослідженням Метелюк (2024²²) **соціальний супровід** відіграє ключову роль у наданні послуг ЗПТ для ЛВІН. Він спрямований на:

- зменшення частоти або повну відмову від вживання «вуличних» наркотиків;
- розв'язання проблем, які виникли внаслідок зловживання наркотичними речовинами (юридичних, соціальних, сімейних та ін.);
- зменшення рівня ризикованої поведінки, зокрема, ризику інфікування ВІЛ, вірусними гепатитами та іншими інфекціями, які передаються через кров та статевим шляхом;
- зниження вірогідності повернення до зловживання нелегальними наркотиками в майбутньому (тобто рецидиву);
- зменшення кримінальної активності;
- стабілізацію емоційного та психологічного стану пацієнта;
- формування прихильності до лікування у зв'язку із соматичними захворюваннями.

***Соціальний супровід** – форма організації соціальної роботи з отримувачами ЗПТ, яка здійснюється членами міждисциплінарної команди, до основного складу якої входять лікар, медична сестра та соціальний працівник.*

Роль соціального працівника у міждисциплінарній команді:

- проведення попереднього консультування ЛВІН щодо їхньої можливої участі в ЗПТ та надання необхідної інформації з цього приводу;
- оцінювання потреб пацієнта в соціальній та юридичній сферах;
- разом із психологом і пацієнтом складання індивідуального плану соціальної реабілітації ЛВІН;
- індивідуальне й групове консультування; консультування членів родини ЛВІН;
- надання допомоги у розв'язанні соціальних проблем пацієнта ЗПТ (оформлення необхідних документів, соціальна допомога, пошук житла, працевлаштування тощо);
- активна участь у засіданнях команди.

Роль психолога (консультанта із залежностей):

- оцінювання психологічного стану пацієнтів ЗПТ, разом із соціальним працівником і пацієнтом складання індивідуальної програми соціальної реабілітації;
- проведення індивідуальних та групових сесій психологічного консультування відповідно до протоколу;

²² Метелюк, А. С. Соціальна профілактика ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії: дис. ... доктора філософії, спец. 231. Київ. <https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/48427/>

- психологічне консультування членів родини пацієнтів ЗПТ; моніторинг стану пацієнтів та оцінювання ефективності лікування відповідно до процедури визначення індексу тяжкості залежності;
- підтримка роботи груп самодопомоги, створених пацієнтами ЗПТ.

При цьому соціальний супровід має відображати підхід до надання послуг, за якого дотримуються права пацієнта ЗПТ на такі аспекти життя: особисте життя та конфіденційність; уважне, неупереджене ставлення й повагу; самовизначення та самостійність у виборі препарату ЗПТ; отримання медико-соціальних послуг високої якості (Метелюк, 2024²³).

У міжнародній практиці ЗПТ визнана як лікування першого вибору для пацієнтів із опіїдною залежністю. Клінічні протоколи розвинених країн рекомендують обов'язковий соціальний супровід для забезпечення комплексного підходу до лікування та соціальної адаптації пацієнтів (Bruneau et al., 2018²⁴; Schwarz et al., 2024²⁵).

Комплексний підхід, який інтегрує всі три компоненти, допомагає забезпечити більш ефективну і цілісну підтримку для пацієнтів, що проходять ЗПТ, з урахуванням усіх аспектів їхнього життя.

²³ Метелюк, А. С. *Соціальна профілактика ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії: дис. ... доктора філософії, спец. 231*. Київ. <https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/48427/>

²⁴ Bruneau, J., Ahamad, K., Goyer, M., Poulin, G., Selby, P., Fischer, B., Wild, T. C., Wood, E., & Misuse, C. C. R. I. i. S. (2018). Management of opioid use disorders: a national clinical practice guideline. *CMAJ*, 190(9), E247-E257.

²⁵ Schwarz, T., Anzenberger, J., Busch, M., Gmel, G., Kraus, L., Krausz, M., ... & Uhl, A. (2024). Opioid agonist treatment in transition: A cross-country comparison between Austria, Germany and Switzerland. *Drug and Alcohol Dependence*, 254, 111036.

➔ 2. ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ІНТЕРВЕНЦІЇ У МЕЖАХ ЛІКУВАННЯ РОЗЛАДІВ, ПОВ'ЯЗАНИХ ІЗ ВЖИВАННЯМ НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН

Рекомендації ВООЗ щодо психосоціально асистованого фармакологічного лікування залежності від опіоїдів (2009)

У 2009 році ВООЗ оприлюднила **Рекомендації щодо психосоціально асистованого фармакологічного лікування залежності від опіоїдів** (Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence) (WHO, 2009²⁶). Ці рекомендації ґрунтуються на систематичних оглядах доступної літератури та консультаціях з експертами з різних регіонів світу.

У цьому документі психосоціально асистоване фармакологічне лікування визначається як комбінація специфічних фармакологічних і психосоціальних заходів, які використовуються для зменшення незаконного вживання опіоїдів і пов'язаних з ними ризиків, а також для покращення якості життя. Хоча психосоціальні заходи різноманітні, для лікування залежності від опіоїдів використовується лише кілька специфічних медикаментів.

Психосоціальна підтримка – широкий спектр втручань на соціальному та психологічному рівнях.

Втручання на соціальному рівні включають допомогу в задоволенні базових потреб, таких як їжа, одяг, житло та працевлаштування, а також базове медичне обслуговування, дружбу, участь у житті громади та прагнення до щастя.

Втручання на психологічному рівні варіюються від неструктурованої підтримуючої психотерапії і технік мотиваційного інтерв'ювання до високо структурованих психологічних методик (WHO, 2009, р. 47²⁷).

Документ ВООЗ містить опис двох підходів до **психологічних інтервенцій у межах ЗПТ**:

- 1) когнітивно-поведінкова терапія (КПТ);
- 2) управління заохоченнями (contingency management); в українському науковому дискурсі ще послугуються перекладом «кризове керування».

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є провідним методом у лікуванні різних психічних та поведінкових розладів, зокрема фобій, тривожних і obsесивно-компульсивних розладів. Вона також ефективна при депресії та розладах харчової поведінки. У контексті залежності КПТ базується на принципі, що адиктивні поведінки є набутими і можуть бути змінені.

Когнітивні підходи спрямовані на зміну адиктивних поведінкових моделей шляхом корекції деструктивних когніцій, що підтримують залежність, або через формування

²⁶ WHO (2009). *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. Geneva. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241547543>

²⁷ WHO (2009). *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. Geneva. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241547543>

позитивного сприйняття та мотивації до змін. З-поміж поширених варіантів КПТ – когнітивна терапія та мотиваційно-підсилювальна терапія.

Поведінкові підходи базуються на механізмах умовного навчання, зокрема класичного та оперантного обумовлення. Вони охоплюють:

- методи згасання умовної реакції (наприклад, експозиційна терапія з запобіганням реакції);
- методи інструментального навчання (наприклад, підкріплення або управління заохоченнями через спільноту), де позитивна поведінка без вживання наркотиків винагороджується.

Управління заохоченнями є підходом, що використовує систему винагород і покарань для формування бажаної поведінки за допомогою чітко структурованої, прозорої методики. Основний акцент робиться на позитивному підкріпленні бажаної поведінки.

Основні елементи програми управління заохоченнями:

- Чітке визначення бажаної поведінки (наприклад, утримання від опіоїдів);
- Регулярний моніторинг виконання цієї поведінки (наприклад, тестування сечі на наявність наркотиків);
- Визначені винагороди за бажану поведінку (грошові виплати, ваучери, дозволи на отримання метадону для самостійного прийому або участь у лотереї);
- Позитивний зворотний зв'язок від персоналу щодо досягнень пацієнта.

Важливим елементом комплексного підходу до лікування опіоїдної залежності, відповідно до погляду ВООЗ, є **соціальні інтервенції**. Вони охоплюють такі напрями:

1. **Професійна підготовка** – програми, що допомагають пацієнтам знайти та зберегти роботу. Вони включають навчання професійним навичкам, створення спеціальних умов для працевлаштування та контроль вживання наркотиків у робочому середовищі.
2. **Житлові програми** – ініціативи, спрямовані на забезпечення стабільного житла для людей із залежністю. Вони можуть варіюватися від тимчасового групового проживання для безпритульних до довготривалого доступного житла. Наявність стабільного місця проживання часто є необхідною умовою для початку ефективного лікування.
3. **Дозвілля** – можливість брати участь у культурних, спортивних чи інших формах активного відпочинку. Програми сприяють соціальній інтеграції та покращенню психоемоційного стану пацієнтів.
4. **Групи самодопомоги** – добровільні об'єднання людей, які допомагають одне одному у подоланні залежності. Вони орієнтовані на підтримку утримання від наркотиків, надання матеріальної та емоційної допомоги, а також формування нових життєвих орієнтирів. Пацієнтів, які проходять фармакологічне лікування, рекомендується залучати до таких груп, оскільки дослідження свідчать про їхню позитивну роль у процесі реабілітації.

5. **Тренінги соціальних навичок** – методи навчання, засновані на принципах теорії навчання, що допомагають пацієнтам розвивати та закріплювати навички ефективної соціальної взаємодії. Важливо, щоб навчання відбувалося в реальних життєвих умовах, а не в закритих чи штучних середовищах.
6. **Традиційні та духовні цілителі** – у деяких випадках можуть відігравати певну роль у наданні психосоціальної підтримки, якщо їхні методи є прийнятними для пацієнта. Хоча їхня ефективність виходить за межі даного документа, медичний персонал може враховувати такі підходи в роботі з пацієнтами.

У документі ВООЗ також зазначено, що лікарі та медичні працівники повинні обирати, які психосоціальні втручання запропонувати пацієнтам із залежністю від опіоїдів, спираючись на наукові дані, на те, наскільки підходить метод до індивідуальної ситуації пацієнта, на його прийнятність для пацієнта, наявність підготовленого персоналу та культурну відповідність. Водночас консультанти ЗПТ повинні мати доступ до соціальних послуг і ресурсів громади, щоб забезпечити комплексну підтримку пацієнтам (WHO, 2009²⁸).

Станом на початок 2025 року ці Рекомендації перебувають у стані перегляду. Обговорення результатів систематичних досліджень, на які мають спиратися оновлені Рекомендації, заплановані на жовтень 2025 року (WHO, 2015²⁹).

Документ ВООЗ «Менеджмент передозування опіоїдів у громаді» (2014)

У 2014 році ВООЗ оприлюднила документ «Менеджмент передозування опіоїдів у громаді» (Community management of opioid overdose) (WHO, 2014³⁰).

Ці настанови спрямовані на зменшення смертності від передозування опіоїдами через надання доказових рекомендацій щодо доступності налоксону для осіб, які можуть стати свідками передозування, а також щодо реанімації та догляду після передозування в громаді.

У документі звертається увага на супровід пацієнтів, зокрема, в процесі ЗПТ, та наведено **визначення психосоціальні інтервенції** як будь-якого не медикаментозного втручання, що здійснюється у терапевтичному контексті на рівні індивідуальної, сімейної або групової підтримки.

Такі інтервенції можуть мати різний ступінь структурованості та професійності. Вони охоплюють:

- **Структуровані психологічні інтервенції, що проводяться фахівцями**, зокрема когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) та інсайт-орієнтовану психотерапію.

- **Нефахові психологічні та соціальні втручання**, серед яких:

- ✓ групи самодопомоги;
- ✓ підтримка з боку традиційних цілителів;
- ✓ забезпечення житлом;

²⁸ WHO (2009). *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. Geneva. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241547543>

²⁹ WHO (2015). *WHO updates guidelines on opioid dependence treatment and overdose prevention*. <https://www.who.int/news/item/09-02-2025-who-updates-guidelines-on-opioid-dependence-treatment-and-overdose-prevention>

³⁰ WHO (2014). *Community management of opioid overdose*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/137462/9789241548816_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- ✓ фінансова та юридична підтримка;
- ✓ сприяння у працевлаштуванні;
- ✓ інформаційна та консультативна допомога.

Ці заходи спрямовані на покращення психоемоційного стану та соціальної інтеграції осіб, які страждають на опіоїдну залежність, і є важливою складовою комплексного підходу до їх лікування та реабілітації.

Документ «Міжнародні стандарти лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин» (2020)

У 2020 році **ВООЗ** та Управління ООН з наркотиків і злочинності (**UNODC**) представили **«Міжнародні стандарти лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин»** (International standards for the treatment of drug use disorders) (UNODC, 2020³¹). Документ базується на результатах польових досліджень і охоплює широкий спектр лікувальних підходів, включаючи замісну підтримувальну терапію (ЗПТ) та лікування розладів, спричинених вживанням різних наркотичних речовин. Він має не імперативний, а рекомендаційний характер.

Ключові аспекти стандартів:

- 1) визначення основних компонентів ефективних систем лікування;
- 2) опис методів лікування та втручань з урахуванням індивідуальних потреб пацієнтів;
- 3) підхід до лікування, що відповідає принципам ведення хронічних захворювань.

Документ наголошує на **комплексному підході** до надання послуг, що включає постійний моніторинг та оцінку ефективності. Відзначається, що універсальної моделі лікування не існує, тому терапія має бути **адаптованою до потреб кожного пацієнта**.

Зокрема, рекомендується інтеграція лікувальних послуг, а саме:

- ✓ психіатричної, психологічної та психосоціальної допомоги;
- ✓ соціальної підтримки (житло, професійне навчання, працевлаштування, правова допомога);
- ✓ спеціалізованих медичних послуг (лікування ВІЛ, гепатиту С, туберкульозу тощо).

Важливо відзначити, що у документі окреслено різновиди втручання на різних рівнях системи надання послуг, які мають забезпечити безперервність лікування та догляду (табл.1).

³¹ UNODC (2020). *International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing*. Geneva: World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime.
https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UKR_UNODC-WHO_International_Standards_Treatment_Drug_Use_Disorders_unoff_2020.pdf

Табл. 1. Рекомендовані втручання для забезпечення безперервності лікування та догляду

Рівень системи	Можливі втручання
Неформальна допомога за місцем проживання (Informal community care)	• Аутріч-втручання • Групи самопомогли та управління процесом одужання • Неформальна підтримка друзів та сім'ї
Послуги первинної медичної допомоги (Primary health care services)	• Скринінг, короткі втручання, направлення до спеціаліста, лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотиків • Тривала підтримка осіб, які проходять лікування/дотичні до спеціалізованих служб наркологічної допомоги • Базові послуги охорони здоров'я, включаючи першу допомогу, лікування ран
Базові соціальні послуги (Generic social welfare)	• Житло/притулки • Харчування • Гарантована соціальна підтримка (соціальні послуги та допомога, що надаються без попередніх умов чи обмежень) • Скерування до спеціалізованих закладів наркологічної допомоги та інших закладів медичної та соціальної допомоги, в разі необхідності
Спеціалізоване лікування (амбулаторне і стаціонарне) (Specialized treatment services (outpatient and inpatient))	• Оцінка • Планування лікування • Ведення пацієнтів • Детоксикація/ведення пацієнтів з абстинентним синдромом • Психосоціальні втручання • Медикаментозне лікування • Профілактика рецидивів • Управління процесом одужання
Інші спеціалізовані медичні послуги (Other specialized health care services)	• Лікування фахівцями у сфері охорони психічного здоров'я (включаючи психіатричну і психологічну допомогу) • Лікування фахівцями у сфері медицини внутрішніх хвороб, хірургії, педіатрії, акушерства, гінекології та іншої спеціалізованої допомоги • Стоматологія • Лікування інфекційних хвороб (зокрема, ВІЛ, гепатит С і туберкульоз)
Спеціалізовані соціальні послуги для осіб з розладами, пов'язаними з вживанням наркотиків (Specialized social welfare services for people with drug use disorders)	• Підтримка та реінтеграція в сім'ю • Професійна освіта/освітні програми • Створення джерел доходів/ мікрокредити • Планування дозвілля • Послуги з управління процесом одужання
Довгострокова реабілітаційна допомога особам з розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин (Long-term residential services for people with drug use disorders)	• Реабілітаційна програма для осіб з тяжкими або комплексними розладами, пов'язаними з вживанням наркотичних речовин, та супутніми захворюваннями • Житло • Професійна підготовка • Захищене середовище • Навчання життєвим навичкам • Безперервна терапевтична підтримка • Направлення на амбулаторне лікування/послуги з управління процесом одужання

Джерело: (UNODC, 2020, р. 18³²).

³² UNODC (2020). *International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing*. Geneva: World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime.
https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UKR_UNODC-WHO_International_Standards_Treatment_Drug_Use_Disorders_unoff_2020.pdf

Документ наголошує на необхідності **цілісного та міжсекторального підходу** до лікування наркозалежності, що поєднує медичну, соціальну та правову підтримку для забезпечення стійких результатів.

У стандартах виразно розмежовано ключові аспекти соціальної підтримки:

- базова соціальна підтримка,
- спеціалізовані соціальні послуги,
- довготривалий соціальний догляд і підтримка,
- психосоціальні втручання як складова спеціалізованого лікування.

Психосоціальні втручання характеризуються в документі як важливий елемент амбулаторних програм лікування наркозалежності. Вони спрямовані на посилення мотиваційних, поведінкових, психологічних та соціальних факторів і мають доведену ефективність у:

- 1) зменшенні вживання наркотичних речовин,
- 2) мінімізації супутніх ризиків,
- 3) підвищенні прихильності до лікування,
- 4) сприянні абстиненції,
- 5) запобіганні рецидивам.

До ефективних психосоціальних втручань віднесено:

- ✓ психоедукацію,
- ✓ когнітивно-поведінкову терапію (КПТ),
- ✓ мотиваційне інтерв'ю,
- ✓ терапію за участю близького соціального оточення,
- ✓ терапію посилення мотивації,
- ✓ сімейну терапію,
- ✓ ситуаційний вплив,
- ✓ діалектичну поведінкову терапію,
- ✓ когнітивну терапію на основі усвідомленості,
- ✓ терапію прийняття та прихильності,
- ✓ КПТ, орієнтовану на травми,
- ✓ групи взаємодопомоги (зокрема, групи 12-ти кроків),
- ✓ підтримку у питаннях забезпечення житлом і працевлаштування тощо.

Цей перелік є досить широким. У стандартах міститься посилання на **«Настанови mhGAP» (2012)**, які допомагають обирати відповідні втручання залежно від типу залежності. Наприклад, для лікування залежності від психостимуляторів можуть бути рекомендовані ситуаційний вплив, когнітивно-поведінкова терапія та сімейна терапія.

Зіставлення підходів до психосоціальних інтервенцій під час лікування залежностей

Порівняння визначень психосоціальних інтервенцій у рекомендаціях ВООЗ щодо ЗПТ у 2009 та 2014 роках:

Обсяг і сфера охоплення:

** Визначення 2009 року трактує психосоціальну підтримку широко, охоплюючи як соціальні, так і психологічні втручання, з акцентом на базові потреби, соціальні зв'язки та добробут.*

** Визначення 2014 року конкретизує психосоціальні інтервенції як будь-які немедикаментозні втручання, що застосовуються в терапевтичному контексті на індивідуальному, сімейному або груповому рівні.*

Соціальні аспекти:

** У 2009 році соціальні втручання включали допомогу в забезпеченні життєвих потреб (їжа, одяг, житло, працевлаштування), базове медичне обслуговування, соціальну інтеграцію.*

** У 2014 році соціальні аспекти деталізовані через конкретні механізми підтримки, такі як житло, фінансова та юридична допомога, сприяння працевлаштуванню, інформаційна підтримка.*

Психологічні аспекти:

** У 2009 році психологічні втручання варіювалися від неструктурованої підтримки до методик мотиваційного інтерв'ювання й структурованих психотерапевтичних підходів.*

** У 2014 році психологічні втручання включають як професійні (наприклад, когнітивно-поведінкова терапія), так і непрофесійні підходи (групи самопомогі, підтримка традиційних цілителів).*

Таким чином, у 2014 році визначення стало більш структурованим і розширеним, чітко окреслюючи як професійні, так і непрофесійні компоненти психосоціальних інтервенцій.

Компаративний аналіз підходів ВООЗ у документах 2009, 2014 та 2020 років щодо лікування наркозалежності та психосоціальних втручань дає змогу для наступних узагальнень.

1. ВООЗ, 2009 – “Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence”

Цей документ акцентує увагу на **поєднанні фармакологічного та психосоціального лікування** для осіб, які мають опіоїдну залежність. Ключові положення:

- Психосоціальна підтримка є **допоміжним** компонентом фармакотерапії.
- Окремі методи (когнітивно-поведінкова терапія, мотиваційне інтерв'ювання) визнаються ефективними, але не розглядаються як самодостатні.
- Відзначається **необхідність соціального супроводу** для покращення прихильності до лікування.
- Основний наголос – на лікуванні **опіоїдної залежності**, інші види наркозалежності не розглядаються.

2. ВООЗ, 2014 – “Community Management of Opioid Overdose”

Ці рекомендації спрямовані на **зменшення смертності від передозування опіоїдами** через розширений доступ до налоксону та підтримку на рівні громад. Основні аспекти:

- Рекомендація щодо доступності налоксону.
- Чіткі протоколи реанімації та догляду після передозування.
- Окрема увага – **супровід осіб на замісній підтримувальній терапії (ЗПТ)**.
- **Розширене визначення психосоціальних інтервенцій**, які включають:
 - Структуровані психологічні втручання (КПТ, психотерапія).
 - Нефахові форми підтримки (групи самопомоги, житлові програми, працевлаштування, юридична допомога).
- Визнання того, що **соціальні та психологічні чинники впливають на ризик передозування** і мають бути інтегровані в стратегії допомоги.

3. ВООЗ/UNODC, 2020 – “International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders”

Цей документ пропонує **системний, комплексний підхід до лікування всіх видів наркозалежностей**. Головні відмінності:

- Визначає **доказові підходи** у лікуванні наркозалежності, враховуючи як медичні, так і психосоціальні втручання.
- Інтеграція лікування в **первинну медичну допомогу** та ширшу систему охорони здоров'я.
- Чітке розмежування між **рівнями допомоги**: базова підтримка, спеціалізовані втручання, довготривала реабілітація.
- Особливий наголос на **безперервності допомоги**: лікування не повинно обмежуватися короткими програмами, а має бути довготривалим і системним.
- **Розширення категорій цільових груп**: документ враховує не лише дорослих, а й підлітків, вагітних жінок, осіб у конфлікті із законом.
- Побудовані на **принципі "treatment as an alternative to conviction"**, що передбачає лікування замість кримінального переслідування.

Результати зіставлення документів ВООЗ представлено в табл. 2.

Табл. 2. Порівняльний аналіз підходів ВООЗ щодо лікування наркозалежності

Параметр	ВООЗ, 2009	ВООЗ, 2014	ВООЗ/UNODC, 2020
Фокус	Лікування опіоїдної залежності	Запобігання смертності від передозування	Системний підхід до лікування всіх видів залежності
Підхід	Психосоціальна підтримка як допоміжний компонент фармакотерапії	Невідкладна допомога + довготривала підтримка осіб на ЗПТ	Інтеграція медичних, соціальних та правових стратегій
Основні заходи	Фармакотерапія + КПТ, мотиваційне інтерв'ю	Доступ до налоксону, післяпередозувальний	Комплексна система довготривалого

МЕДИЧНИЙ ПСИХОСОЦІАЛЬНИЙ СУПРОВІД ПАЦІЄНТІВ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ: АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД

		догляд	лікування
Роль психосоціальних втручань	Другорядна	Важливий елемент соціальної реабілітації	Основна складова комплексної реабілітації
Цільові групи	Дорослі з опіоїдною залежністю	Особи, які можуть стати свідками передозування, пацієнти ЗПТ	Дорослі, підлітки, вагітні, люди в конфлікті із законом
Тривалість втручань	Короткострокові програми	Невідкладні заходи + соціальна підтримка	Довготривала система допомоги
Інтеграція у систему охорони здоров'я	Обмежена	Часткова	Повна інтеграція
Правові аспекти	Відсутні	Мінімальні	Лікування як альтернатива кримінальному переслідуванню

Таким чином, еволюція підходів ВООЗ демонструє поступовий перехід від **медико-центричного** лікування (2009) до **інтегрованої моделі біопсихосоціальної підтримки** (2020), що поєднує медичну, соціальну та правову допомогу.

➔ 3. МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОГО ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ ПАЦІЄНТІВ ЗПТ

Австралія

Загальна політика щодо ЗПТ

Австралія була однією з перших країн, що запровадили замісну підтримувальну терапію (ЗПТ). У 1977 році уряд ухвалив першу Національну політику щодо лікування метадоном, що передбачала його обмежене застосування для важкозалежних осіб. У 1985 році були розроблені Національні настанови щодо метадону, які в 1987 році доповнили положенням про його використання у в'язницях для профілактики ВІЛ.

У 1993 році прийнято Національну політику щодо метадону, а в 1997 році — оновлену версію в межах Національної стратегії боротьби з наркотиками. У 2001 році, з урахуванням зростання використання бупренорфіну, були розроблені клінічні настанови щодо його застосування. У 2003 році ухвалили рекомендації щодо метадону та налтрексону, а у 2007 році — загальну політику фармакотерапії опіоїдної залежності (Nicholas, 2022³³).

У 2014 році нові настанови об'єднали попередні документи та врахували досвід застосування бупренорфіну, розширюючи поняття фармакотерапії. Лікування здійснюється за законами кожного штату, включає медичну, соціальну та психологічну підтримку (Gowing et al. 2014³⁴).

З 1 липня 2023 року препарати для фармакотерапії опіоїдної залежності стали частиною Програми високо спеціалізованих ліків (HSD), що забезпечує до 28 днів лікування за пільговими умовами. Також було створено загальнонаціональну програму фінансування аптечних послуг з фармакотерапії (AISW, 2024³⁵).

Зміст медичного психосоціального супроводу пацієнтів

Документ «Національні рекомендації щодо замісної підтримувальної терапії опіоїдної залежності» (Gowing et al. 2014³⁶) визначає, що психосоціальна підтримка є невід'ємною частиною ЗПТ, оскільки пацієнти з опіоїдною залежністю часто стикаються з комплексними проблемами.

³³ Nicholas, R. (2022). *Opioid Agonist Therapy in Australia: A History*. Adelaide: Flinders University. https://nceta.flinders.edu.au/application/files/6316/5456/3757/Final_version_OAT_History_Report.pdf

³⁴ Gowing, L., Ali, R., Dunlop, A., Farrell, M., & Lintzeris, N. (2014). *National guidelines for medication-assisted treatment of opioid dependence*. Department of Health for National Drug Strategy. <https://www.health.gov.au/resources/publications/national-guidelines-for-medication-assisted-treatment-of-opioid-dependence>

³⁵ AISW (2024). National Opioid Pharmacotherapy Statistics Annual Data collection. <https://www.aihw.gov.au/reports/alcohol-other-drug-treatment-services/national-opioid-pharmacotherapy-statistics/contents/summary#Treatment>

³⁶ Gowing, L., Ali, R., Dunlop, A., Farrell, M., & Lintzeris, N. (2014). *National guidelines for medication-assisted treatment of opioid dependence*. Department of Health for National Drug Strategy. <https://www.health.gov.au/resources/publications/national-guidelines-for-medication-assisted-treatment-of-opioid-dependence>

Згідно із документом психосоціальні інтервенції можуть проводитися як у форматі індивідуальних, так і групових занять. Такі послуги мають бути доступними для всіх пацієнтів, проте відмова від них не повинна обмежувати доступ до фармакотерапії.

Різновиди психологічного консультування у межах супроводу пацієнтів ЗПТ, рекомендовані для впровадження:

1. *Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)* – допомагає пацієнтам аналізувати зв'язок між думками, поведінкою та оточенням, розвиваючи нові навички подолання проблем.
2. *Мотиваційне інтерв'ювання* – спрямоване на розвиток внутрішньої мотивації змін, включає методи емпатії, уникнення конфронтації та підтримки самоефективності.
3. *Управління заохоченнями (contingency management)* – заохочує бажану поведінку (наприклад, утримання від несанкціонованих наркотиків) через систему винагород.
4. *Підхід спільного підкріплення (CRA)* – фокусується на залученні соціальних, сімейних та професійних ресурсів для підтримки одужання.
5. *Соціально-поведінкова та мережева терапія (SBNT)* – сприяє зміні оточення на таке, що підтримує тверезий спосіб життя.
6. *Профілактика рецидивів* – допомагає ідентифікувати та контролювати фактори ризику, що можуть спричинити повернення до вживання.

До психосоціальної підтримки також входять:

- ✓ Навчання навичкам фінансового управління, юридичні консультації.
- ✓ Мотиваційне інтерв'ювання (MI) для роботи з амбівалентністю та стимулювання змін у поведінці.
- ✓ Підтримка дотримання лікування, включаючи участь у групах самопомогі (Narcotics Anonymous, SMART Recovery), проте без примусу.

Ключовим елементом реалізації ЗПТ є залучення **мультидисциплінарних команд**, до складу яких входять медичні працівники, психологи, соціальні працівники та кейс менеджери.

Зокрема, кейс-менеджер у програмі ЗПТ відіграє ключову роль у забезпеченні інтегрованого та ефективного лікування. Він розробляє, координує та регулярно переглядає індивідуальні плани догляду пацієнта. Важливими аспектами роботи кейс-менеджера є своєчасне інформування інших фахівців про зміни в стані пацієнта, ранній супровід після виписки та повторне залучення тих, хто вибув із програми.

Для пацієнтів із множинними потребами чи серйозними коморбідностями кейс-менеджер забезпечує багатофункціональну координацію, залучаючи кілька надавачів послуг до розв'язання комплексних проблем пацієнта.

Організація ЗПТ

Станом на 2025 рік терапія агоністами опіоїдів є одним із найпоширеніших методів лікування залежності від опіоїдних наркотиків в Австралії. В країні зареєстровано 4

препарати, які використовуються для фармакотерапії людей з ОЗ: метадон, бупренорфін, бупренорфін-налоксон та ін'єкції бупренорфіну тривалої дії (AISW, 2024³⁷).

Усі заклади, що призначають препарати для ЗПТ, повинні отримати акредитацію Міністерства охорони здоров'я Австралії. Лікарі та медсестри можуть мати право призначати ЗПТ лише після успішного проходження обов'язкового навчального курсу з основ ЗПТ (NSW Health, 2025³⁸). Психологи та соціальні працівники мають право надавати послуги лише після відповідного ліцензування, оскільки обидві професії належать до регульованих у Австралії.

Реалізація програм ЗПТ варіюється від штату до штату. Адже Австралія має федеративний устрій, що дозволяє кожному штату і території реалізовувати програми ЗПТ з урахуванням місцевих потреб, фінансування та доступних ресурсів. Програми функціонують на базі державних та приватних клінік, аптек і спеціалізованих центрів. Незважаючи на державні субсидії, пацієнти зобов'язані сплачувати за послуги аптек, які розподіляють препарати, а також за регулярні медичні огляди. Ці витрати стають бар'єром для малозабезпечених груп населення, особливо для тих, хто живе за межею бідності.

Користувачі програм ЗПТ стикаються зі стигмою як у медичних закладах, так і в суспільстві, що обмежує доступ до послуг та знижує мотивацію до лікування. Стигматизація також поширюється на медичних працівників, які працюють з клієнтами ЗПТ, ускладнюючи залучення нових фахівців. Тому в Австралії приділяють велику увагу боротьбі зі стигматизацією, запроваджуючи освітні ініціативи для суспільства та медичного персоналу.

Через велику площу країни багато клієнтів живуть у віддалених районах, що створює логістичні виклики у наданні регулярних послуг. Уряд впровадив мобільні клініки для забезпечення доступу до ЗПТ навіть у найвіддаленіших громадах, що зменшує бар'єри для пацієнтів із сільських регіонів (Nicholas, 2022³⁹).

Окрема увага в Австралії приділяється замісній терапії (ЗПТ) для ув'язнених. Усі штати Австралії пропонують певний рівень ЗПТ у в'язницях, однак далеко не кожен пенітенціарний заклад має таку терапію. Важливо відзначити, що ті особи, які перебували на ЗПТ на момент затримання, повинні продовжувати терапію під час етапів очікування або відбування покарання.

Після звільнення з в'язниці їх направляють до первинної медичної допомоги для продовження призначення ЗПТ та до приватних аптек для дозування, а також надається цільова соціальна підтримка. Проте дослідження (Curtis et al., 2023⁴⁰) вказують на проблему переривання лікування після звільнення з пенітенціарного закладу, що може негативно вплинути на ефективність терапії та загальний стан здоров'я колишніх ув'язнених.

³⁷ AISW (2024). National Opioid Pharmacotherapy Statistics Annual Data collection. <https://www.aihw.gov.au/reports/alcohol-other-drug-treatment-services/national-opioid-pharmacotherapy-statistics/contents/summary#Treatment>

³⁸ NSW Health (2025). *NSW Opioid Treatment Program (OTP)*.

<https://www.health.nsw.gov.au/pharmaceutical/doctors/Pages/otp-medical-practitioners.aspx>

³⁹ Nicholas, R. (2022). *Opioid Agonist Therapy in Australia: A History*. Adelaide: Flinders University.

https://nceta.flinders.edu.au/application/files/6316/5456/3757/Final_version_OAT_History_Report.pdf

⁴⁰ Curtis, M., Dietze, P., Wilkinson, A. L., Agius, P. A., Stewart, A. C., Cossar, R. D., Butler, T., Walker, S., Kirwan, A., Winter, R. J., & Stoové, M. (2023). Discontinuation of opioid agonist treatment following release from prison in a cohort of men who injected drugs prior to imprisonment in Victoria, Australia: A discrete-time survival analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 242, 109730. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109730>.

Отже, Австралія продемонструє систематичний підхід до ЗПТ для осіб з опіоїдною залежністю, поєднуючи медичні, психосоціальні та соціальні аспекти лікування. Психосоціальний супровід, що включає різноманітні методи, такі як когнітивно-поведінкова терапія та мотиваційне інтерв'ювання, є невід'ємною частиною ЗПТ, забезпечуючи комплексну підтримку пацієнтів. Проте, незважаючи на досягнення, пацієнти стикаються з бар'єрами доступу до лікування, як-от фінансові витрати та соціальна стигматизація, що потребує подальших зусиль у освітніх ініціативах та соціальному супроводі, особливо для уразливих груп, таких як ув'язнені.

Європейські підходи

У країнах ЄС відсутній уніфікований загальноєвропейський підхід до підтримки осіб із ОЗ (Chiu et al., 2024⁴¹; EMCDDA, 2022⁴²). Існують значні міждержавні та внутрішньонаціональні відмінності щодо залучення медичних фахівців до лікування, критеріїв відбору пацієнтів для отримання ЗПТ, клінічних настанов щодо призначення препаратів, контролю дотримання терапії за допомогою аналізів сечі, а також впровадження психосоціальних інтервенцій.

Насамперед заслуговує на увагу досвід **Португалії**. Ця країна у 1990-х роках переживала масштабну кризу, спричинену опіоїдною залежністю, через що Лісабон отримав неофіційний статус «героїнової столиці» Європи. Однак завдяки впровадженню у 2001 році інноваційного законодавства країні вдалося докорінно змінити ситуацію.

Перехід від кримінального підходу до моделі, орієнтованої на охорону здоров'я, суттєво покращив показники боротьби з наркозалежністю. Сьогодні Португалія має найнижчий рівень смертності, пов'язаної з вживанням наркотиків, у Західній Європі – у десять разів менший, ніж у Великій Британії, і в п'ятдесят разів нижчий, ніж у США. Кількість випадків ВІЛ, спричинених ін'єкційним вживанням наркотиків, знизилася більш ніж на 90% (Clay, 2018⁴³).

Лікування опіоїдної залежності є широко доступним у державних і недержавних закладах, включаючи спеціалізовані центри, лікарні, аптеки та мобільні бригади. Метадон використовується з 1977 року, а бупренорфін – з 1999-го. Метадонову терапію можна розпочати у центрах лікування безкоштовно, тоді як бупренорфін доступний у аптеках із 40% покриттям вартості Національною службою охорони здоров'я.

Допомога людям із ОЗ надається в рамках національної системи охорони здоров'я, яка забезпечує комплексне амбулаторне лікування, спрямоване на фізичні, психологічні та соціальні потреби пацієнта. Лікувальні команди, очолювані лікарями або психологами, надають всі послуги в одному місці, що спрощує доступ до терапії.

⁴¹ Chiu, K., Pandya, S., Sharma, M., Hooimeyer, A., de Souza, A., & Sud, A. (2024). An international comparative policy analysis of opioid use disorder treatment in primary care across nine high-income jurisdictions. *Health Policy*, 141, 104993. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.104993>.

⁴² EMCDDA (2022). *European Drug Report 2022: Trends and Developments*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

⁴³ Clay, R. A. (2018). *How Portugal is solving its opioid problem*. *APA Monitor on Psychology*, 49(9). Retrieved from <https://www.apa.org/monitor/2018/10/portugal-opioid>

З 2014 року в Португалії функціонує Мережа перенаправлення для поведінкових залежностей та наркозалежності (the Referral Network for Addictive Behaviors and Dependencies), яка координує лікування людей із розладами, пов'язаними з вживанням наркотиків. Вона включає державні центри під керівництвом Міністерства охорони здоров'я, а також недержавні та приватні заклади. RNABD гарантує доступ до контрольованих за якістю послуг та співпрацює з іншими секторами для комплексної підтримки цієї вразливої групи населення.

Особливу увагу приділяють доступності лікування. В кожному регіоні з високим рівнем вживання наркотиків діють низькопорогові контактні центри та мобільні бригади, які забезпечують не лише лікування, а й профілактику інфекційних захворювань.

Наприклад, у Лісабоні працює мобільна метадонова програма, яка охоплює близько 1200 людей щодня. Пересувні бригади, що включають лікаря, медсестру та соціальних працівників, не лише роздають метадон, а й проводять тестування на інфекції, роздають засоби безпечного вживання наркотиків і підтримують людей із супутніми станами, такими як ВІЛ та гепатит.

Португальська модель відрізняється низькопороговістю: пацієнтам не потрібно відмовлятися від наркотиків для отримання допомоги. Відсутність жорстких вимог щодо відвідувань і гнучкість у призначенні доз роблять цю систему максимально адаптивною до потреб людей із залежністю.

Психосоціальна підтримка забезпечується у межах інтегрованого підходу, соціальні працівники повинні пройти відповідне ліцензування, водночас, до складу мобільних бригад залучають консультантів «рівний – рівному», які не мають відповідної вищої освіти. Вони проводять освітню роботу щодо безпечного вживання наркотиків і безпечної сексуальної поведінки (Chiu et al., 2024⁴⁴; Clay, 2018⁴⁵; Mullins, 2021⁴⁶; Nicholas, 2022⁴⁷).

У **Німеччині, Польщі та Іспанії** лікування наркозалежних поєднує медикаментозну терапію із психосоціальною підтримкою. Реабілітаційна система зазвичай має дво- або триступеневу структуру, а вибір методик, план лікування та залучення додаткових фахівців залежить від лікаря, який проводить реабілітацію.

У цих країнах витрати на лікування частково покриваються державою через систему соціального страхування.

Наприклад, у **Німеччині** система ЗПТ регулюється національними керівними документами. Перша офіційна настанова щодо ЗПТ була впроваджена Федеральною медичною асоціацією у 2002 році, з подальшими оновленнями у 2009/2010 та останніми змінами у 2017 році.

⁴⁴ Chiu, K., Pandya, S., Sharma, M., Hooimeyer, A., de Souza, A., & Sud, A. (2024). An international comparative policy analysis of opioid use disorder treatment in primary care across nine high-income jurisdictions. *Health Policy*, 141, 104993. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.104993>.

⁴⁵ Clay, R. A. (2018). *How Portugal is solving its opioid problem*. *APA Monitor on Psychology*, 49(9). Retrieved from <https://www.apa.org/monitor/2018/10/portugal-opioid>

⁴⁶ Mullins, J. D. (2021). *A Comparative Study of Recovery Ecosystems for Opioid Use Disorder in Portugal and Appalachia*. Undergraduate Honors Theses, Paper 620. <https://dc.etsu.edu/honors/620>

⁴⁷ Nicholas, R. (2022). *Opioid Agonist Therapy in Australia: A History*. Adelaide: Flinders University. https://nceta.flinders.edu.au/application/files/6316/5456/3757/Final_version_OAT_History_Report.pdf

З 2017 року розширено можливості надання ЗПТ: окрім лікарів, медикаментозну терапію можуть призначати фахівці у затверджених стаціонарних закладах, хоспісах, медичних реабілітаційних установах та інших відповідних закладах. У 2023 році коло осіб, які можуть видавати препарати для негайного прийому в спеціалізованих закладах, було додатково розширено за рахунок інструктованого немедичного персоналу під наглядом лікаря, який призначає ЗПТ.

У Німеччині діє змішана державна та приватна система охорони здоров'я з обов'язковим медичним страхуванням, що забезпечує загальне покриття витрат на ЗПТ. Програма діє з 1992 року й охоплює широкий спектр послуг, зокрема:

- замісну підтримувальну терапію (ЗПТ);
- програми зменшення шкоди (заміщення шприців, профілактика, тестування та лікування інфекційних захворювань, пов'язаних із вживанням наркотиків);
- можливість тестування наркотичних речовин (drug checking);
- видачу налоксону для прийому вдома та відповідне навчання;
- функціонування кімнат для контрольованого вживання наркотиків.

Окрім медикаментозного лікування, Німеччина забезпечує пацієнтам широкий спектр психосоціальних послуг у рамках ЗПТ. Вони включають групові та індивідуальні консультації, програми ресоціалізації, правову допомогу, а також підтримку спеціалістів із психічного здоров'я для лікування супутніх розладів, таких як депресія чи тривожні стани (Chiu et al., 2024⁴⁸; Schwarz et al., 2024⁴⁹).

Зіставлення підходів до ЗПТ у різних країнах

Проведений аналіз практики впровадження ЗПТ в Австралії, Португалії та Німеччині дає підстави виокремити низку спільних та відмінних рис.

Спільні риси

1. *Орієнтація на пацієнта*: підтримувальна терапія акцентує увагу на потребах пацієнтів, враховуючи їхні індивідуальні історії та контексти.
2. *Мультидисциплінарний підхід*: ЗПТ передбачає співпрацю між різними фахівцями – психотерапевтами, соціальними працівниками, медсестрами та лікарями.
3. *Використання доказової практики*: наголошується на важливості використання науково обґрунтованих методів та практик, підтверджених дослідженнями.
4. *Підтримка самостійності пацієнтів*: терапевтичні програми загалом і психосоціальна підтримка у межах ЗПТ спрямовані на розвиток навичок самоуправління та активної участі пацієнтів у процесі лікування.

⁴⁸ Chiu, K., Pandya, S., Sharma, M., Hooimeyer, A., de Souza, A., & Sud, A. (2024). An international comparative policy analysis of opioid use disorder treatment in primary care across nine high-income jurisdictions. *Health Policy*, 141, 104993. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.104993>.

⁴⁹ Schwarz, T., Anzenberger, J., Busch, M., Gmel, G., Kraus, L., Krausz, M., ... & Uhl, A. (2024). Opioid agonist treatment in transition: A cross-country comparison between Austria, Germany and Switzerland. *Drug and Alcohol Dependence*, 254, 111036. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.111036>

Відмінні риси

1. *Регуляторні рамки:* у Німеччині система охорони здоров'я має строгі федеральні регуляції, які визначають, як проводиться підтримувальна терапія, тоді як в Австралії та Португалії є більше простору для інновацій (в Австралії у різних штатах діють різні програми ЗПТ).
2. *Фінансування та доступність:* в Австралії існує система Medicare, яка забезпечує часткове фінансування терапії, тоді як у Німеччині страхування часто покриває повну вартість лікування. У Португалії доступ до ЗПТ може бути обмеженим через нестачу ресурсів у державному секторі.
3. *Культурні особливості:* Португалія має сильну традицію сімейної підтримки, яка може впливати на підхід до терапії, тоді як в Австралії та Німеччині акцент робиться більше на індивідуальній терапії.
4. *Технологічні інновації:* Австралія активно використовує цифрові технології в терапії, такі як телемедицина та дистанційне консультування, тоді як у Німеччині та Португалії ці практики ще не стали настільки розповсюдженими.

Отже, кожна з проаналізованих країн має свої унікальні підходи та виклики в провадженні змістовної підтримувальної терапії, але спільна мета полягає в забезпеченні якісної підтримки для пацієнтів. Спільні риси, такі як орієнтація на пацієнта та мультидисциплінарний підхід, підкреслюють важливість індивідуального підходу, тоді як відмінності у регуляторних, фінансових та культурних аспектах демонструють різноманіття в реалізації цих практик.

➔ 4. ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ ПАЦІЄНТІВ ЗПТ

Закордонні дослідження

Основна мета психосоціального супроводу полягає в покращенні якості життя пацієнтів та їх ресоціалізації. Ефективність психосоціальних інтервенцій у рамках ЗПТ підтверджена численними дослідженнями, які демонструють покращення фізичного та психічного стану пацієнтів.

Поліпшення якості життя, пов'язаної із здоров'ям

Наприклад, у дослідженні Minozzi et al. (2011⁵⁰) було встановлено, що замісна терапія у поєднанні з психосоціальним супроводом значно знижує ризик рецидивів. Пацієнти, які проходять замісну терапію в рамках МПСС, мають значно нижчий рівень смертності порівняно з тими, хто не отримує такого лікування. Метадонова терапія, зокрема, знижує смертність від передозувань на 50% (Low et al., 2016⁵¹).

На поліпшення якості життя, пов'язаної із здоров'ям, у пацієнтів, які проходять ЗПТ, звертають увагу й інші науковці (Ghaddar et al., 2017⁵²; Nosyk et al., 2015⁵³).

Контроль інфекційних захворювань

Замісна терапія разом із психосоціальним супроводом також сприяє контролю розповсюдження інфекційних захворювань, таких як ВІЛ та гепатити. Інтеграція ВІЛ-догляду з МПСС збільшила кількість пацієнтів, які досягли вірусної супресії, на 30% (Guise et al., 2017⁵⁴).

Соціальна реінтеграція

Комбінований підхід МПСС не тільки покращує якість життя пацієнтів, але й сприяє їх реінтеграції в суспільство та знижує рівень стигматизації (Deering et al., 2011⁵⁵). Стигматизація є одним із ключових бар'єрів для залучення пацієнтів до лікування. Дослідження показують, що навчання медичного персоналу та просвітницькі кампанії можуть зменшити негативне

⁵⁰ Minozzi, S., Amato, L., Vecchi, S., Davoli, M., Kirchmayer, U., & Verster, A. (2011). Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD001333. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001333.pub3>

⁵¹ Low, A., Mburu, G., Welton, N., May, M., Davies, C., French, C., Turner, K., Looker, K., Christensen, H., McLean, S., Rhodes, T., Platt, L., Hickman, M., Guise, A., & Vickerman, P. (2016). Impact of opioid substitution therapy on antiretroviral therapy outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 63(8), 1094–1104. <https://doi.org/10.1093/cid/ciw416>

⁵² Ghaddar, A., Abbas, Z., & Haddad, R. (2017). Opiate agonist treatment to improve health of individuals with opioid use disorder in Lebanon. *Harm Reduction Journal*, 14, 1-7.

⁵³ Nosyk, B., Bray, J. W., Wittenberg, E., Aden, B., Eggman, A. A., Weiss, R. D., ... & Schackman, B. R. (2015). Short term health-related quality of life improvement during opioid agonist treatment. *Drug and alcohol dependence*, 157, 121-128.

⁵⁴ Guise, A., Seguin, M., Mburu, G., McLean, S., Grenfell, P., Islam, Z., Filippovych, S., Assan, H., Low, A., Vickerman, P., & Rhodes, T. (2017). Integrated opioid substitution therapy and HIV care: a qualitative systematic review and synthesis of client and provider experiences. *AIDS Care*, 29, 1119 - 1128. <https://doi.org/10.1080/09540121.2017.1300634>.

⁵⁵ Deering, D. E. A., Sheridan, J., Sellman, J. D., Adamson, S. J., Poolley, S., Robertson, R., & Henderson, C. (2011). Consumer and treatment provider perspectives on reducing barriers to opioid substitution treatment and improving treatment attractiveness. *Addictive behaviors*, 36(6), 636–642. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.01.004>

ставлення до пацієнтів і сприяти їх залученню до програм лікування (Bielenberg et al., 2021⁵⁶; Tostes et al., 2020⁵⁷).

Утримання у програмах

Пацієнти, які отримують повноцінну підтримку в рамках МПСС, демонструють значно вищий рівень утримання в програмах замісної терапії. Наприклад, утримання через 12 місяців сягає 57% серед тих, хто отримує комплексну допомогу (O'Connor et al., 2020⁵⁸).

Ґрунтовний мета-аналіз 48 рандомізованих контрольованих випробувань (RCTs) продемонстрував, що утримання пацієнтів у програмах лікування було значно вищим, коли вони отримували психосоціальні втручання разом із терапією опіоїдними агоністами, незалежно від тривалості спостереження (Rice et al., 2020⁵⁹).

Психічне здоров'я

Залежність від опіоїдів часто супроводжується депресією, тривожністю та іншими психічними розладами. Включення психологічних втручань до програм МПСС, таких як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) та мотиваційне інтерв'ювання (MI), допомагає пацієнтам впоратися з цими проблемами. Наприклад, депресивні симптоми зменшуються на 40% серед тих, хто отримує повноцінну підтримку (Moazen-Zadeh et al., 2020⁶⁰). Психосоціальна підтримка, зокрема через групові сесії або індивідуальні консультації, допомагає пацієнтам уникати тригерів, які спричиняють рецидиви (Moazen-Zadeh et al., 2021⁶¹).

Економічні переваги

Дослідження також підтверджують ефективність психосоціальних втручань у контексті підтримувальної терапії. Наприклад, Marsden et al. (2019⁶²) демонструють ефективність та

⁵⁶ Bielenberg, J., Swisher, G., Lembke, A., & Haug, N. A. (2021). A systematic review of stigma interventions for providers who treat patients with substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 131, 108486. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108486>

⁵⁷ Tostes, J. G. de A., Dias, R. T., Reis, A. A. da S., Silveira, P. S. da, & Ronzani, T. M. (2020). Interventions to reduce stigma related to people who use drugs: Systematic review. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 30, e3022. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3022>

⁵⁸ O'Connor, A., Cousins, G., Durand, L., Barry, J., & Boland, F. (2020). Retention of patients in opioid substitution treatment: A systematic review. *PLoS ONE*, 15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232086>.

⁵⁹ Rice, D., Corace, K., Wolfe, D., ... Hutton, B. (2020). Evaluating comparative effectiveness of psychosocial interventions adjunctive to opioid agonist therapy for opioid use disorder: A systematic review with network meta-analyses. *PloS one*, 15(12), e0244401. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244401>

⁶⁰ Moazen-Zadeh, E., Ziafat, K., Yazdani, K., Mamdouh, M., Wong, J., Modabbernia, A., Blanken, P., Verthein, U., Schütz, C., Jang, K., Akhondzadeh, S., & Krausz, R. (2020). Impact of opioid agonists on mental health in substitution treatment for opioid use disorder: A systematic review and Bayesian network meta-analysis of randomized clinical trials. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.07.04.20146506>.

⁶¹ Moazen-Zadeh, E., Ziafat, K., Yazdani, K., Kamel, M. M., Wong, J. S., Modabbernia, A., ... & Krausz, R. M. (2021). Impact of opioid agonist treatment on mental health in patients with opioid use disorder: a systematic review and network meta-analysis of randomized clinical trials. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 47(3), 280-304.

⁶² Marsden, J., Stillwell, G., James, K., Shearer, J., Byford, S., Hellier, J., ... & Mitcheson, L. (2019). Efficacy and cost-effectiveness of an adjunctive personalised psychosocial intervention in treatment-resistant maintenance opioid agonist therapy: a pragmatic, open-label, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 6(5), 391-402.

економічну вигоду персоналізованих психосоціальних інтервенцій у лікуванні стійких випадків опіоїдної терапії агоністами.

Втім, не всі дослідники погоджуються з тим, що психосоціальні інтервенції у рамках ЗПТ можуть бути оцінені як такі, що мають доведений ефект і рекомендують утриматися від обов'язкового характеру таких інтервенцій (Zerden et al., 2020⁶³).

На особливу увагу заслуговує дослідження Wild et al. (2021⁶⁴), яке здійснило широкий огляд наявних досліджень з питань психосоціальних інтервенцій у лікуванні залежності від опіоїдів. У своїй роботі автори проаналізували 305 емпіричних досліджень, у яких взяли участь 54 607 пацієнтів.

Серед досліджень, що були проаналізовані, 64% (194 дослідження) порівнювали психосоціальні інтервенції з альтернативними методами лікування, включаючи 183 рандомізовані контрольовані дослідження (RCT) та 11 квазіекспериментальних досліджень. Найбільш поширеними показниками, що досліджувалися, були утримання в програмах лікування та вживання нелегальних наркотиків. Зазвичай ці дослідження були зосереджені на чоловіках, які вживали героїн протягом тривалого часу та відвідували спеціалізовані амбулаторні служби для лікування залежності.

Лише 6% досліджень, які були проаналізовані під час огляду, стосувались власне впливу соціальної підтримки (зайнятість, освіта тощо). 10 % досліджень – якості життя пацієнтів.

Автори підкреслюють, що наявні дані свідчать про недостатню кількість доказів, які підтверджують реабілітаційні ефекти психосоціальних інтервенцій, як самостійних методів лікування, так і у комбінації з фармакотерапією. Водночас, дослідження Wild et al. (2021) виразно окреслює важливість психосоціальної підтримки в рамках комплексного підходу до лікування залежності від опіоїдів, хоча воно й вказує на значні прогалини в знаннях, які потребують подальшого вивчення.

Вітчизняні дослідження

Розглянемо низку досліджень, які стосуються впровадження ЗПТ в Україні та містять згадку про соціальну підтримку та психосоціальний супровід.

Запуск перших програм ЗПТ в Україні, які поєднували замісну терапію із консультаціями психологів та соціальними інтервенціями, супроводжувався дослідженнями (Schaub et al., 2008⁶⁵; Schaub et al., 2009⁶⁶). Результати засвідчили, що програма допомогла знизити ризиковану поведінку, зменшити вживання вуличних наркотиків, покращити якість життя пацієнтів.

⁶³ Zerden, L. D. S., Guan, T., Lombardi, B. M., Sharma, A., & Garcia-Rico, Y. (2020). Psychosocial interventions in office-based opioid treatment: A systematic review. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 11(1), 103-131. <https://doi.org/10.1086/708369>

⁶⁴ Wild, T. C., Hammal, F., Hancock, M., Bartlett, N. T., Gladwin, K. K., Adams, D., ... & Hodgins, D. C. (2021). Forty-eight years of research on psychosocial interventions in the treatment of opioid use disorder: a scoping review. *Drug and alcohol dependence*, 218, 108434.

⁶⁵ Schaub, M., Chtenguelov, V., Subata, E., Weiler, G., Uchtenhagen, A. (2009). Feasibility of buprenorphine maintenance therapy programs in the Ukraine: first promising treatment outcomes. *Eur Addict Res*, 15(3), 157– 62. doi: 10.1159/000217586

⁶⁶ Schaub, M., Chtenguelov, V., Subata, E., Weiler, G., Uchtenhagen, A. (2010). Feasibility of buprenorphine and methadone maintenance programmes among users of home made opioids in Ukraine, *2 Int J Drug Policy*, 1(3), 229 – 33.

Дослідження **«Ефективна модель організації медичної допомоги вагітним із залежністю від опіоїдів»** (Зеленська, 2016⁶⁷) було проведене в Києві, Полтаві та Дніпрі в межах експериментального проєкту, спрямованого на створення ефективної системи надання медичної допомоги вагітним жінкам, які мають залежність від опіоїдів. У дослідженні взяла участь 231 наркозалежна жінка.

Результати реалізації проєкту свідчать, що ЗПТ отримували 82 жінки (35,5%). Серед них 44 жінки проходили таку терапію ще до вагітності, з них 24 отримували бупренорфін гідрохлорид, а 20 – метадону гідрохлорид. Курс детоксикаційної терапії пройшли 18 жінок. Водночас 38 жінок (46,3%) розпочали отримання ЗПТ безпосередньо під час участі в проєкті.

Організаційна модель передбачала створення мультидисциплінарних команд, до складу яких входили акушери-гінекологи, неонатологи, наркологи, інфекціоністи, соціальні працівники та представники неурядових організацій, що спеціалізуються на протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. В рамках проєкту було передбачено комплексний пакет послуг, що включав медичний супровід вагітності, допомогу лікарів суміжних спеціальностей у лікуванні екстрагенітальної патології, наркологічну допомогу та нагляд спеціалістів служби профілактики ВІЛ/СНІДу. Окрім медичних послуг, жінкам надавався соціальний супровід, який охоплював соціальну підтримку, психосоціальний супровід, групову підтримку за принципом «рівний – рівному», правову допомогу, а також забезпечення продуктивними наборами та засобами гігієни. Одним із важливих напрямів проєкту стало забезпечення медичного та соціального супроводу дітей, народжених учасницями дослідження, зокрема після їх виписки з пологового будинку.

За результатами тестування у віці 18 місяців встановлено, що всі діти, народжені учасницями проєкту, не були інфіковані ВІЛ. Авторка стверджує, що результати її дослідження підтверджують ефективність комплексного підходу в наданні медичної допомоги вагітним жінкам із залежністю від опіоїдів. Зокрема, продемонстровано ефективність функціонування мультидисциплінарних команд і результативність співпраці державних установ та громадських організацій у забезпеченні доступу до якісних медичних і соціальних послуг для цієї категорії пацієнток.

У дисертаційному дослідженні **«Інтегрована медико-соціальна допомога хворим із залежністю від опіоїдів»** (Дворяк, 2016⁶⁸) запропоновано підхід до підвищення ефективності лікування осіб із опіоїдною залежністю, які мають супутні соціально значущі захворювання, зокрема ВІЛ-інфекцію/СНІД, туберкульоз, вірусні гепатити та психічні розлади. Запропонована модель передбачає інтегровану медико-соціальну допомогу із застосуванням ЗПТ агоністами опіоїдів.

Ефективність цього підходу була підтверджена в межах пілотного та загальнонаціонального досліджень. Через три місяці після початку лікування бупренорфіном спостерігалось значне зменшення вживання нелегальних наркотиків, симптомів психічних і

⁶⁷ Зеленська, М. В. (2016). Ефективна модель організації медичної допомоги вагітним із залежністю від опіоїдів. *Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція*, (1), 59–64. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Tkhvil_2016_1_13

⁶⁸ Дворяк, С. В. (2016). *Інтегрована медико-соціальна допомога хворим із залежністю від опіоїдів: Дис. ... док.мед.наук, спец. 14.01.17.* Харків. <https://uacademic.info/download/file/0516U000594/dis.doc>

соматичних розладів, ризикованої поведінки, а також покращення якості життя пацієнтів. Через 18 місяців лікування показники кримінальної поведінки знизилися у 8,4 рази, а рівень соціальної інтеграції зріс із 50,3 до 69,7 бала за шкалою WHOQOL-bref.

Дослідження також засвідчило переваги повністю інтегрованого лікування (ПІЛ) у порівнянні з неповністю інтегрованим лікуванням (НПІЛ). Пацієнти, які отримували допомогу за моделлю ПІЛ, частіше мали високі показники якості лікування (71,9% проти 54,8%; $p < 0,001$), а також значно частіше отримували АРТ (49,5% проти 19,2%; $p < 0,001$). Серед пацієнтів із рівнем $CD4 < 200$ кількість тих, хто отримував АРТ, була суттєво вищою в групі ПІЛ (93,8% проти 62,5%; $p < 0,05$). Крім того, за шість місяців рівень стигматизації у пацієнтів ПІЛ знизився на 6,4 бала, тоді як у групі НПІЛ лише на 1,3 бала ($p < 0,0001$).

Автор дослідження наголошує, що найбільш ефективним варіантом організації лікування осіб із опіоїдною залежністю є інтегрована медико-психосоціальна допомога, за якої всі необхідні послуги надаються в одному закладі. Оптимальною моделлю є залучення мультидисциплінарної команди, яка включає лікарів різних спеціальностей, середній медичний персонал, соціального працівника та психолога.

Дисертаційне дослідження **«Соціальна профілактика ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії»** (Метелюк, 2024⁶⁹) мало на меті визначити та експериментально перевірити умови ефективності профілактики ВІЛ засобами ЗПТ серед осіб, які вживають ін'єкційні наркотики. У рамках дослідження було зібрано кількісні дані серед 738 ЛВІН, які перебували в програмі ЗПТ, та 1277 осіб, які не отримували такої терапії, а також проведено 50 напівструктурованих інтерв'ю.

Результати показали, що лише третина пацієнтів ЗПТ в Україні мають доступ до психосоціальних послуг, проте їх наявність значно покращує показники каскаду ВІЛ-послуг, особливо на етапі досягнення вірусної супресії. Також дослідження підтвердило, що тривале перебування в програмі ЗПТ (понад 6 місяців), соціальний супровід та комплексна підтримка сприяють тестуванню на ВІЛ, початку АРТ та формуванню прихильності до лікування. Це не лише підвищує ефективність профілактики ВІЛ, а й допомагає пацієнтам інтегруватися в суспільство, покращити якість життя та сімейні стосунки.

У дослідженні Bromberg та співавторів (2025⁷⁰) проаналізовано **трансформацію каскаду лікування ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики** (ЛВІН) в Україні. Автори провели велике біоповедінкове опитування у 2020–2021 роках та порівняли його результати з аналогічним дослідженням 2014–2015 років, використовуючи репрезентативні методи відбору, зокрема випадкову вибірку та Respondent-Driven Sampling серед осіб із опіоїдною залежністю.

Результати підтвердили, що ЗПТ покращує результати лікування ВІЛ на всіх етапах каскаду медичної допомоги. Дослідження також зафіксувало масштабування програм ЗПТ та

⁶⁹ Метелюк, А. С. *Соціальна профілактика ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії: дис. ... доктора філософії, спец. 231*. Київ. <https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/48427/>

⁷⁰ Bromberg, D. J., Rhoades, D., Madden, L. M., Ivasiy, R., Meteliuk, A., Pykal, I., Filippovych, M., Nikitin, B. M., Farnum, S. O., Fomenko, T., Dvoriak, S., Altice, F. L., & ExMAT Consortium (2025). Transformation of the HIV treatment cascade for people who inject drugs in Ukraine. *AIDS (London, England)*, 39(3), 306–311. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000004056>

зростання залученості ЛВІН до системи ВІЛ-лікування з часом. Важливим, але раніше не описаним висновком стало те, що навіть епізодичний контакт із системою ЗПТ, незалежно від тривалості перебування в програмі, позитивно впливає на результати лікування ВІЛ на кожному етапі каскаду.

Аналіз вітчизняних досліджень підтверджує важливість комплексного підходу до надання допомоги особам із опіоїдною залежністю, що поєднує медичні, соціальні та психосоціальні інтервенції. Дослідження демонструють ефективність мультидисциплінарних команд, які включають лікарів, соціальних працівників і представників громадських організацій, у забезпеченні комплексного супроводу. Включення соціальної підтримки, правової допомоги та психосоціального супроводу сприяє покращенню доступу до медичних послуг, зниженню рівня стигматизації та підвищенню якості життя пацієнтів. Зокрема, інтеграція психосоціальних послуг у програми ЗПТ позитивно впливає на соціальну адаптацію, зменшення кримінальної поведінки та підвищення прихильності до лікування.

Попри доведену ефективність комплексного підходу, дослідження свідчать про недостатню доступність психосоціальних послуг для учасників програм ЗПТ в Україні. Водночас наявність такої підтримки значно покращує результати лікування та профілактики ВІЛ, сприяючи досягненню вірусної супресії та формуванню прихильності до антиретровірусної терапії. У цьому контексті інтегрована медико-психосоціальна допомога, що передбачає надання всіх необхідних послуг в одному закладі, визнається найбільш ефективною моделлю організації допомоги.

5. ОГЛЯД ПОТОЧНОЇ СИТУАЦІЇ В УКРАЇНІ

Політичні та нормативні аспекти

В Україні ЗПТ із застосуванням бупренорфіну вперше була впроваджена у 2004 році в межах пілотного проєкту Програми розвитку ООН (ПРООН) з метою профілактики ВІЛ. У 2008 році до програм ЗПТ було включено метадон як препарат для лікування опіоїдної залежності.

Паралельно з медикаментозним лікуванням – завдяки підтримці різних міжнародних проєктів – почали впроваджуватися комплексні підходи, що поєднували фармакотерапію з психологічним консультуванням та соціальними інтервенціями.

У 2010-х роках ЗПТ стала невід’ємною частиною державної стратегії громадського здоров’я (Дворяк, 2016⁷¹).

Нормативно-правове закріплення ЗПТ в Україні відбулося з ухваленням таких ключових документів, як:

- Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження плану заходів щодо подальшого впровадження замісної підтримувальної терапії для споживачів опіоїдних ін'єкційних наркотиків» від 12 жовтня 2011 р. N 1002-р.⁷²;
- Наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів» від 27.03.2012 р. № 200⁷³;
- Спільний наказ МОЗ, МВС, Мін'юсту та Державної служби контролю за наркотиками «Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров’я, органів внутрішніх справ, слідчих ізоляторів і виправних центрів щодо забезпечення безперервності лікування препаратами замісної підтримувальної терапії» від 22.10.2012 р. № 821/937/1549/5/156⁷⁴.

У **додатку А** подано розширений перелік нормативно-правових актів.

У 2023 році було презентовано проєкт Стратегії державної наркополітики України до 2030 року та операційний план до неї. У документах значну увагу було приділено розвитку та вдосконаленню психосоціальних послуг, які вбачались ключовим компонентом комплексного підходу до розв’язання проблем, пов’язаних із вживанням наркотичних засобів та психотропних речовин. Наголошувалось на потребі інтеграції цих послуг у систему

⁷¹ Дворяк, С. В. (2016). *Інтегрована медико-соціальна допомога хворим із залежністю від опіоїдів: Дис. ... док. мед. наук, спец. 14.01.17.* Харків. <https://uacademic.info/download/file/0516U000594/dis.doc>

⁷² Кабінет Міністрів України (2011). *Про затвердження плану заходів щодо подальшого впровадження замісної підтримувальної терапії для споживачів опіоїдних ін'єкційних наркотиків»: Розпорядження № 1002-р.* <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2011-%D1%80#Text>

⁷³ Міністерство охорони здоров’я України (2012). *Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів: наказ № 200.* <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0889-12#Text>

⁷⁴ Міністерство охорони здоров’я України та ін. (2012). *Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров’я, органів внутрішніх справ, слідчих ізоляторів і виправних центрів щодо забезпечення безперервності лікування препаратами замісної підтримувальної терапії: наказ № 821/937/1549/5/156.* <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1868-12#Text>

охорони здоров'я, соціального захисту та правової підтримки, що спрямована на підвищення якості життя осіб із психічними та поведінковими розладами, викликаними вживанням наркотиків⁷⁵. Станом на момент підготовки цього огляду Стратегію не було схвалено.

Інституційні аспекти

На сьогодні **медичний компонент ЗПТ** забезпечується на базі закладів охорони здоров'я, зокрема наркологічних і протитуберкульозних диспансерів, центрів СНІДу, міських та районних лікарень, а також центрів первинної медико-санітарної допомоги.

Передбачено, що заклад охорони здоров'я для надання послуг ЗПТ повинен мати у штаті лікаря (нарколога, психіатра або будь-якої іншої спеціальності, який пройшов відповідний курс тематичного удосконалення із ЗПТ) та медичну сестру/медичного брата (Національна служба здоров'я України, 2025⁷⁶). Це не відповідає комплексному мультидисциплінарному підходу до лікування хворих з ОЗ, рекомендованому ВООЗ.

Водночас відповідно до пункту 18 Наказу МОЗ України №200 «Порядок проведення замісної підтримувальної терапії осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів» для соціального та психологічного супроводу пацієнтів, які отримують ЗПТ, залучаються соціальні працівники та психологи (зі штату ЗОЗ або, у разі відсутності, з інших установ чи громадських організацій за згодою)⁷⁷.

Таким чином, **соціальні послуги** для пацієнтів ЗПТ можуть надаватися кількома шляхами:

- через партнерство між закладами охорони здоров'я та неурядовими організаціями (НУО), що реалізують профілактичні проекти відповідно до потреб пацієнтів ЗПТ;
- через перенаправлення та (за потреби) соціальний супровід до інших профілактичних проектів, які впроваджуються державними установами або НУО.

Відповідно до Закону України «Про соціальні послуги» (2019⁷⁸), соціальний супровід є базовою послугою, яка має бути доступною в кожній громаді та забезпечуватися місцевими органами влади (міськими, районними державними адміністраціями, виконкомом рад). Особи, що перебувають у складних життєвих обставинах, мають право на таку підтримку. Згідно зі статтею 1 Закону, серед чинників, що визначають складні життєві обставини, зазначені також «психічні та поведінкові розлади, у тому числі внаслідок вживання психоактивних речовин».

На виконання цієї норми розроблено Державний стандарт соціального супроводу сімей (осіб), які перебувають у складних життєвих обставинах. Надання супроводу здійснюється за згодою отримувача або його законного представника відповідно до Постанови Кабінету

⁷⁵ Міністерство охорони здоров'я України (2023). *Проект розпорядження Кабінету Міністрів України "Про схвалення Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2030 року"*. <https://moz.gov.ua/uk/proekt-rozporjadzhennja-kabinetu-ministriv-ukraini-pro-shvalennja-strategii-derzhavnoi-politiki-schodo-narkotikiv-na-period-do-2030-roku>

⁷⁶ Національна служба здоров'я України (2025). Вимоги ПМГ 2025. <https://contracting.nszu.gov.ua/kontraktuvannya/kontraktuvannya-2025/proect-vymogy-pmg-2025-1720109713>

⁷⁷ Міністерство охорони здоров'я України (2012). *Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів: наказ № 200*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0889-12#Text>

⁷⁸ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19#n482>

Міністрів України «Про організацію надання соціальних послуг» (2020)⁷⁹ та наказу Міністерства соціальної політики України «Про затвердження форм обліку соціальної роботи з сім'ями/особами, які перебувають у складних життєвих обставинах» (2020⁸⁰).

Водночас процедура отримання соціального супроводу залишається досить бюрократизованою, передбачаючи подання пакету документів, перевірку матеріального становища та укладення відповідних угод.

В Україні впроваджується цифровий кейс-менеджмент соціальних послуг, який дозволяє подати онлайн заявку на отримання послуг (<https://soc.gov.ua/welcome>), додавши передбачені законодавством скановані документи. Система виконує функцію електронного документообігу та адміністрування справ клієнтів, проте вона не забезпечує самих послуг. Якщо необхідні послуги відсутні в громаді, їхня реєстрація в системі не означає фактичного доступу до них.

Дослідження (ІСАР Єднання, 2024⁸¹; Лабораторія законодавчих ініціатив, 2024⁸²; Палатна & Семігіна, 2024⁸³) свідчать, що в громадах надається лише частина з 18 базових соціальних послуг, визначених законодавством, а саме: денний догляд, натуральна допомога, консультування (інформування) та соціальна адаптація. Водночас соціальний супровід найчастіше надається лише сім'ям, де є ризик вилучення дитини. Організації, що фінансуються з місцевих бюджетів, зазвичай не забезпечують психосоціальний супровід людей, які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН).

Крім того, дослідження вказують на нестачу громадських та благодійних організацій, які відповідають тим вимогам щодо надання соціальних послуг, які містяться у державних стандартах соціальних послуг, і відповідно можуть бути внесені до Реєстру провайдерів. Це спричиняє значну нерівномірність доступу до таких послуг у різних громадах.

Ще одним із значних інституційних викликів вбачається те, що заклади охорони здоров'я формально не віднесені до провайдерів соціальних послуг, навіть коли у їхньому штаті працюють соціальні працівники. Це ускладнює інтеграцію медичних і соціальних послуг, оскільки зберігається розподіл між різними секторами, що може призводити до фрагментації послуг для ЛВІН.

Фінансові аспекти

Починаючи з 2017 року фінансування програм ЗПТ відбувається за **кошти державного бюджету**, що забезпечує не лише безперервність лікування наявних пацієнтів, а передбачає розширення програми.

⁷⁹ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/587-2020-%D0%BF#n57>

⁸⁰ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0943-18#Text>

⁸¹ ІСАР Єднання (2024). Зацікавленість і спроможність ОГС надавати соціальні послуги. <http://bit.ly/3PMR2FH>

⁸² Лабораторія законодавчих ініціатив (2024). Соціальні послуги в Україні: сучасний стан, проблеми, обмеження. <https://parlament.org.ua/analytics/social-services/>

⁸³ Палатна, Д. & Семігіна, Т. (2024). *Згуртування громади: соціальний вимір* [Монографія]. Tallinn: Teadmus

З 2021 року ЗПТ входить до переліку безоплатних послуг у Програмі медичних гарантій (Національна служба здоров'я України, 2025⁸⁴). Пакет медичних гарантій «Лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії» на 2025 рік містить такі послуги, як:

- лікування із використанням препаратів ЗПТ;
- складання плану лікування: оцінка стану та потреб пацієнтів, розробка плану спостереження та лікування, оцінка прихильності до лікування, визначення чинників, які негативно впливають на її формування, та проведення відповідного коригування плану лікування, а також оцінка соціального статусу та соціальних проблем, пов'язаних із вживанням опіоїдів;
- видача препаратів для їх прийому під безпосереднім контролем надавача послуг за місцем надання медичних послуг, для самостійного прийому або для прийому під час госпіталізації пацієнтів;
- моніторинг лікування, що передбачає: контроль своєчасності та регулярності відвідувань надавача послуг, моніторинг виконання направлень для отримання інших послуг та врахування їх результатів, відстеження побічних реакцій та ефективності препаратів ЗПТ, врахування особливостей взаємодії препаратів ЗПТ з іншими лікарськими засобами, дослідження сечі на наявність в організмі хворого інших наркотичних засобів ніж ті, що призначені лікарем;
- скринінг психічних розладів та подальше скерування пацієнта/пацієнтки у разі такої необхідності;
- скринінг на ТБ, ВІЛ і вірусні гепатити та направлення пацієнта/пацієнтки у разі підозри для подальшої діагностики та лікування до відповідних закладів охорони здоров'я;
- інформування пацієнтів щодо можливості отримання соціальних та психологічних послуг, визначення потреб у таких послугах та скерування до місць їх надання тощо.

Посад соціальних працівників та психологів пакетом медичних гарантій не передбачено.

В 2022 році внаслідок повномасштабного вторгнення виник значний дефіцит фінансування, оскільки основні ресурси країни йшли на оборону цілісності держави. Відтак, виникли серйозні ризики, що препарати ЗПТ не будуть закуплені. У 2023 році відповідно до зібраної з регіонів потреби на 2022 рік закупівлю лікарських засобів для ЗПТ мало проводити ДП «Медичні закупівлі». Зі свого боку, зазначена закупівля, зокрема вчасність її здійснення, опинилась під ризиком внаслідок дефіциту коштів у бюджеті, що виник через вторгнення країни агресора. Ситуація ускладнювалась також тим, що упродовж перших місяців після вторгнення національні виробники, у яких закуповували препарат протягом останніх років, фактично припинили свою роботу, і єдиним варіантом було здійснення закупівлі в іноземних виробників. Шляхом вирішення стало оперативне погодження з донором закупівлі

⁸⁴ Національна служба здоров'я України (2025). Вимоги ПМГ 2025.

<https://contracting.nszu.gov.ua/kontraktuвання/kontraktuvannya-2025/proect-vymogy-pmg-2025-1720109713>

препаратів ЗПТ за міжнародні кошти та пошук препаратів у іноземних виробників (Центр громадського здоров'я, 2023⁸⁵).

Соціальні послуги – за наявності – надаються державними соціальними закладами **безоплатно лише малозабезпеченим особам** із доходом, що не перевищує двох прожиткових мінімумів (у 2025 році прожитковий мінімум особи працездатного віку становить 3028 грн.).

Фінансуються соціальні послуги за кошти місцевих бюджетів. Соціальні заклади мають обмежені ресурси та можливості.

Станом на початок 2025 року психосоціальний супровід пацієнтів ЗПТ здійснюється за кошти Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, в рамках реалізації проекту «Стийка відповідь на епідемії ВІЛ і ТБ в умовах війни та відновлення України».

Кадрове забезпечення

Кадрове забезпечення програм ЗПТ є критично важливим аспектом, що визначає ефективність та якість надання послуг. Центр громадського здоров'я (ЦГЗ) МОЗ України відіграє провідну роль у підвищенні кваліфікації медичного персоналу, залученого до програм ЗПТ.

Зокрема, ЦГЗ забезпечує безперервний професійний розвиток через організацію навчальних семінарів, тренінгів та онлайн-лекцій, доступних на YouTube-каналі установи. Ці освітні ініціативи спрямовані на поглиблення знань та вдосконалення практичних навичок медичних працівників у сфері ведення пацієнтів, які отримують ЗПТ.

Однак, система ЗПТ в Україні стикається з низкою кадрових викликів. По-перше, військовий стан, мобілізація та міграція медичних працівників за кордон спричинили значний **дефіцит кваліфікованих кадрів**. Це особливо відчутно в регіонах, де доступ до медичних послуг обмежений.

По-друге, у закладах охорони здоров'я, що надають послуги ЗПТ, спостерігається **відсутність посад соціальних працівників**. Це ускладнює надання комплексних послуг, які включають не лише медичну, а й соціальну підтримку пацієнтів.

По-третє, однією з ключових проблем, що впливає на якість надання соціальних послуг у сфері ЗПТ, є **відсутність спеціалізованої підготовки соціальних працівників** для роботи з конкретними групами клієнтів, зокрема з особами, які мають залежність від психоактивних речовин.

Система підготовки соціальних працівників в Україні, попри її загальну спрямованість на надання допомоги різним категоріям населення, не передбачає вузькоспеціалізованих програм, які б фокусувалися на особливостях роботи з особами, які мають залежність від

⁸⁵ Центр громадського здоров'я (2023). *Національна відповідь програм протидії ВІЛ, ТБ, ВГ та надання ЗПТ в умовах широкомасштабного вторгнення росії*.

https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/National_response_HIV_TB_VH_SMT_war_2023_UKR.pdf

психоактивних речовин. Це призводить до того, що фахівці, які приходять працювати в цю сферу, не мають достатніх знань та навичок для ефективного надання допомоги.

Недостатня компетентність соціальних працівників у цій галузі проявляється в кількох аспектах:

- *Нерозуміння специфіки залежності*: соціальні працівники можуть не мати глибокого розуміння природи залежності, її психологічних та соціальних аспектів, що ускладнює встановлення ефективного контакту з клієнтами.
- *Відсутність навичок роботи з мотивацією*: робота з особами, які мають залежність, вимагає особливих навичок у мотиваційному консультуванні, які не завжди входять до стандартної підготовки соціальних працівників.
- *Недостатня обізнаність з методами реабілітації*: соціальні працівники можуть не мати достатніх знань про різні методи реабілітації та соціальної адаптації, що обмежує їхні можливості у наданні комплексної допомоги.
- *Стигматизація*: соціальні працівники без спеціалізованої підготовки можуть мати стереотипне або стигматизоване ставлення до людей із ОЗ.

Варто зазначити, що в Україні **частина послуг із соціального супроводу надається за принципом «рівний-рівному»**. Цей підхід передбачає залучення до надання послуг осіб, які мають власний досвід подолання залежності. Принцип «рівний-рівному» має такі переваги:

- Встановлення довірливих стосунків: особи з власним досвідом залежності краще розуміють проблеми та потреби клієнтів, що сприяє встановленню довірливих стосунків.
- Мотивація та підтримка: «рівні» консультанти можуть ефективно мотивувати та підтримувати клієнтів, оскільки вони пройшли через подібні випробування.
- Зниження стигми: залучення "рівних" консультантів сприяє зниженню стигми та дискримінації щодо осіб, які мають залежність.

Однак, важливо зазначити, що принцип «рівний-рівному» не може повністю замінити професійну підготовку соціальних працівників. Необхідно поєднувати обидва підходи для забезпечення комплексного та якісного надання соціальних послуг.

Доступність програм ЗПТ

Відповідно до міжнародних рекомендацій ВООЗ та ЮНЕЙДС, охоплення ЗПТ має становити не менше 35% від оціночної кількості споживачів опіоїдів. В Україні цей показник становить лише 5,8%, що свідчить про значний дефіцит.

За даними Центру громадського здоров'я (2024⁸⁶) станом на 01.01.2024, послуги ЗПТ отримували 21 202 пацієнти. З них 18 692 отримували метадон, 2 381 — бупренорфін, 129 — бупренорфін пролонгованої дії.

На кінець 2024 року **29% пацієнтів ЗПТ мали ВІЛ-позитивний статус**, що підкреслює важливість ЗПТ у профілактиці ВІЛ.

⁸⁶ Центр громадського здоров'я (2024). *Статистика ЗПТ*. <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/zalezhnist-vid-psi-khoaktivnikh-rechovin/zamisna-pidtrimuvalna-terapiya-zpt/statistika-zpt>

Приблизно третина пацієнтів отримують лікування у приватних ЗОЗ, це 35 сайтів (Гриценко, 2024⁸⁷).

За даними МБФ «Альянс громадського здоров'я, станом на 01.10.2024 р. в Україні було - 21 913 осіб, які отримували ЗПТ на 206 сайтах ЗПТ.

З них лише 3 600 осіб **(16,4%) від загальної кількості пацієнтів ЗПТ в Україні мають доступ до послуги соціального супроводу**; таку послугу можна отримати на 92 сайтах. Тобто більшість пацієнтів ЗПТ не мають доступу до соціального супроводу (Закревська, 2024⁸⁸).

Повномасштабне вторгнення, окупація та складна ситуація поблизу зон бойових дій посилюють наявні проблеми та дисбаланс між попитом і пропозицією послуг ЗПТ (Закревська, 2024⁸⁹; Morozova et al., 2023⁹⁰):

- зросли потреби пацієнтів у додаткових послугах психологічного та соціального супроводу та в гуманітарній допомозі;
- відбулось закриття сайтів ЗПТ через руйнування та окупацію;
- виникли проблеми з забезпеченням препаратами ЗПТ мобілізованих пацієнтів;
- відсутнє нормативне врегулювання повноцінного функціонування мобільного формату (як найкращих практик в умовах військового конфлікту) видачі лікарських наркотичних засобів, у т.ч. через вже наявні мобільні амбулаторії ЗПТ.

Станом на кінець 2024 року близько **90% від усіх пацієнтів ЗПТ перебувають на самостійному прийомі терапії**. Хоча й має свої переваги, зумовлює низку потенційних викликів (Думчев, 2022⁹¹), зокрема для організації психосоціального супроводу. Оскільки такий супровід надається, як правило, на сайті ЗПТ, мінімальне перебування пацієнтів у закладі значно ускладнює його організацію. Це також вимагає від фахівців із психосоціального супроводу опанування нових форм дистанційного консультування та підтримки, подальшого розвитку мобільних форм роботи.

Війна в Україні зумовила додаткові виклики для ЗПТ, зокрема через внутрішнє переміщення населення, евакуацію закордон, руйнування та закриття медичних закладів, проблеми логістики, евакуація персоналу, моніторинг та збереження інформації та фінансування програми (Центр громадського здоров'я, 2023⁹²).

⁸⁷ Гриценко, В. (2024). *Поточний стан реалізації програми ЗПТ в Україні в 2024 році, плани, потреби та виклики у 2025 році* [Неопубл. презентація].

⁸⁸ Закревська Є. (2024). *Діяльність Альянсу, що сприяє розвитку програми ЗПТ в Україні: представлення результатів роботи проєктів за фінансування міжнародних донорів* [Неопубл. презентація].

⁸⁹ Закревська Є. (2024). *Там само*.

⁹⁰ Morozova, O., Ivanchuk, I., Gvozdetzka, O., Nesterova, O., Skala, P., Kuzin, I., & Dumchev, K. (2023). Treatment of opioid use disorder in Ukraine during the first year of the Russia–Ukraine war: Lessons learned from the crisis. *International Journal of Drug Policy*, 117, 104062. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2023.104062>

⁹¹ Думчев, К. (2022). *Використання стратегії терапії під прямим спостереженням із застосуванням відеозв'язку та телемедицини для супроводу та моніторингу лікування психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів ЗПТ*. Київ: ЦГЗ МОЗ України.

⁹² Центр громадського здоров'я (2023). *Національна відповідь програм протидії ВІЛ, ТБ, ВГ та надання ЗПТ в умовах широкомасштабного вторгнення росії*.

https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/National_response_HIV_TB_VH_SMT_war_2023_UKR.pdf

➔ ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Проведений аналіз засвідчує, що **психосоціальний супровід у програмах ЗПТ є невід'ємною частиною програм лікування ОЗ**. Такі втручання спрямовані на зміцнення мотиваційних, поведінкових, психологічних та соціальних факторів, що сприяють одужанню.

Міжнародні стандарти визначають ключові аспекти соціальної підтримки, необхідної під час ЗПТ:

- Базова соціальна підтримка: надання основних ресурсів та допомоги.
- Спеціалізовані соціальні послуги: адресна підтримка для вирішення конкретних потреб.
- Довготривалий соціальний догляд та підтримка: постійна допомога для стійкої соціальної інтеграції.
- Психосоціальні втручання: інтегрований компонент спеціалізованого лікування.

2. Психосоціальна підтримка, як підтверджено міжнародними стандартами, має доведену ефективність у:

- підвищенні прихильності до лікування;
- зменшенні вживання наркотичних речовин;
- мінімізації супутніх ризиків;
- запобіганні рецидивам тощо.

Дослідженнями доведено, що психосоціальний супровід призведе до зменшення частоти або відмови від вживання «вуличних» наркотиків, формування навичок самостійного вирішення проблем (юридичних, соціальних, сімейних тощо), зменшення рівня ризикованої поведінки, ймовірності рецидиву вживання, зменшення кримінальної активності, стабілізує емоційний стан пацієнта, формує у нього відповідальне ставлення до свого здоров'я, підвищує готовність звернутись за медичною допомогою у разі необхідності тощо.

Психологічний супровід клієнта ЗПТ допомагає у розвитку адаптивних вмій і навичок, врівноважує емоційно-вольову сферу, розширює адаптивні поведінкові стратегії, покращує навички спілкування, допомагає в налагодженні сімейних стосунків тощо.

3. ЗПТ переважно реалізується як комплексна біопсихосоціальна інтервенція в межах інтегрованого медико-соціального догляду. Однак, міжнародний досвід впровадження програм ЗПТ відрізняється варіативністю і залежить від загальної моделі надання медичних і соціальних послуг, організації пенітенціарної системи тощо. У різних країнах використовуються різні підходи до організації ЗПТ, що відображає їхні унікальні соціально-економічні та культурні контексти.

У деяких країнах ЗПТ інтегрована в систему первинної медичної допомоги, що забезпечує ширший доступ до послуг. В інших країнах програми ЗПТ зосереджені в

спеціалізованих центрах або клініках. Також в деяких країнах програми ЗПТ реалізовані в пенітенціарних системах.

Для надання психосоціальної підтримки фахівці повинні мати належну освіту та пройти відповідну сертифікацію.

Існують моделі, де значну роль у наданні соціальної підтримки відіграють громадські організації та групи самодопомоги.

4. В Україні, попри законодавчу базу та інтеграцію ЗПТ в систему охорони здоров'я, спостерігається **значний розрив між потребою та фактичним охопленням послугами**. Недостатнє фінансування, обмежений доступ до соціального супроводу, вплив війни та високий рівень самостійного прийому терапії створюють серйозні виклики для ефективного функціонування програм ЗПТ.

Складною проблемою залишається міжвідомча взаємодія медичної та соціальної сфер, брак інтегрованого підходу, зокрема на місцевому рівні.

Окремою проблемою є те, що не було схвалено Стратегію державної наркополітики України до 2030 року та операційний план до неї, які приділяли значну увагу розвитку психосоціальних послуг для людей із залежностями.

Попри законодавчі підстави для надання соціального супроводу пацієнтам ЗПТ, його фактична доступність залишається обмеженою. Основними проблемами є бюрократичні перепони, відсутність належного фінансування та нерівномірність розвитку соціальних послуг у громадах. Більшість пацієнтів ЗПТ можуть отримати підтримку лише через партнерство з НУО або перенаправлення до інших проєктів.

5. Для забезпечення комплексного психосоціального супроводу програм ЗПТ в Україні необхідні довгострокові стратегічні системні зміни, зокрема спрощення процедур, розширення переліку доступних послуг і посилення міжсекторальної взаємодії.

Такі зміни могли б включати наступне:

- **Запровадження посад соціальних працівників та психологів у ЗОЗ у межах фінансування пакетів медичних гарантій**; проведення їхньої сертифікації відповідно до Закону України «Про систему охорони психічного здоров'я»⁹³.
- **Розробка окремого державного стандарту соціальної послуги психосоціального супроводу в рамках програм ЗПТ.** Необхідно розробити окремий стандарт соціальної послуги кейс-менеджменту (або соціально-психологічної підтримки) в закладах охорони здоров'я згідно із Порядком розроблення державного стандарту соціальної послуги⁹⁴. Такий стандарт мав би унормувати специфічну процедуру ведення випадку та оцінювання ефективності виконаної роботи – для програм ЗПТ.

⁹³ Верховна Рада України (2025). *Про систему охорони психічного здоров'я: Закон № 4223-IX*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4223-20#Text>

⁹⁴ Міністерство соціальної політики України (2012). *Про затвердження Порядку розроблення державного стандарту соціальної послуги: наказ № 282*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0876-12#Text>

- Розроблення та впровадження моделей психосоціальної підтримки, орієнтованих на самостійний прийом препаратів ЗПТ, що може включати **розробку мобільних додатків** для моніторингу стану, отримання нагадувань, доступу до онлайн консультацій тощо.

Короткострокові завдання розвитку низькопорогових програм для зменшення ОЗ мають включати:

- **Підтримку та розвиток послуг психосоціального супроводу клієнтів ЗПТ на сайтах, які впроваджують терапію**, як складової лікування програм лікування ОЗ, за рекомендаціями ВООЗ/UNODC.
- **Унормування питання діяльності мобільних бригад** щодо видачі лікарських наркотичних засобів, посилення таких бригад за рахунок включення до них психологів, соціальних працівників, консультантів «рівний-рівному» (ефективність таких бригад підтверджує досвід Австралії та Португалії).
- **Розгортання на базі НУО аутріч-підтримки через рівних консультантів**, які мають досвід ЗПТ і можуть забезпечити супровід пацієнтів у громадах (така підтримка рекомендована ВООЗ/UNODC на додаток до професійного супроводу).
- Розроблення програми підготовки соціальних працівників (фахівців із психосоціального супроводу) з питань психосоціального супроводу пацієнтів ЗПТ (орієнтовну тематику наведено у додатку Б).
- Адаптація фахівців з психосоціального супроводу мають до зміненої ситуації:
 - навчання **дистанційним методам консультування** та роботі в онлайн-форматах;
 - тренінги з **мотиваційного консультування**, щоб утримувати пацієнтів у програмі ЗПТ без частого особистого контакту;
 - оснащення спеціалістів **інструментами цифрової підтримки** для моніторингу стану клієнтів.
- **Забезпечення фінансування психосоціальної підтримки пацієнтів ЗПТ за рахунок коштів міжнародних донорів**, оскільки ані програма медичних гарантій, ані місцеві бюджети не мають ресурсів на такі соціальні послуги.

ДОДАТОК А

НОРМАТИВНА БАЗА, ЯКА РЕГУЛЮЄ ПИТАННЯ ВПРОВАДЖЕННЯ ЗПТ В УКРАЇНІ

Нижче наведено основні керівні документи з питань наркозалежності, впровадження програми ЗПТ, а також керівництва з регулювання обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та їхніх прекурсорів (за рівнем сили впливу).

Закони України:

- Закон України від 02.03.2015 р. № 222-VIII «Про ліцензування певних видів господарської діяльності»⁹⁵;
- Закон України від 04.04.1996 р. № 123/96-ВР «Про лікарські засоби»⁹⁶;
- Закон України від 15.02.1995 р. № 62/95-ВР «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними»⁹⁷.

Постанови / розпорядження Кабінету Міністрів України:

- розпорядження Кабінету Міністрів України від 06.02.2019 р. № 56-р «Про затвердження плану заходів на 2019–2020 роки з реалізації Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року»⁹⁸;
- розпорядження Кабінету Міністрів України від 28.08.2013 р. № 735-р «Про схвалення Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року»⁹⁹;
- Постанова Кабінету Міністрів України від 13.05.2013 р. № 333 «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я»¹⁰⁰;
- Постанова Кабінету Міністрів України від 03.06.2009 р. № 589 «Про затвердження Порядку провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом»¹⁰¹;
- Постанова Кабінету Міністрів України від 06.05.2000 р. № 770 «Про затвердження переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів»¹⁰².

Накази МОЗ:

- наказ від 09.11.2020 р. № 2555 «Про затвердження стандартів медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів»¹⁰³;

⁹⁵ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19#Text>

⁹⁶ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80#Text>

⁹⁷ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/62/95-%D0%B2%D1%80#Text>

⁹⁸ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/56-2019-%D1%80#Text>

⁹⁹ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/735-2013-%D1%80#Text>

¹⁰⁰ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/333-2013-%D0%BF#Text>

¹⁰¹ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/589-2009-%D0%BF#Text>

¹⁰² <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/770-2000-%D0%BF#Text>

¹⁰³ <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v2555282-20#Text>

– наказ від 07.08.2015 р. № 494 «Про деякі питання придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я»¹⁰⁴;

– наказ від 27.03.2012 р. № 200 «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів»¹⁰⁵;

– наказ від 19.07.2005 р. № 360 «Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і вироби медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень»¹⁰⁶.

Міжвідомчі накази:

– наказ МОЗ, Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства юстиції, Державної служби контролю за наркотиками від 22.10.2012 р. № 821/937/1549/5/156 «Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, органів внутрішніх справ, слідчих ізоляторів і виправних центрів щодо забезпечення безперервності лікування препаратами замісної підтримувальної терапії»¹⁰⁷.

Накази інших відомств:

– наказ Міністерства внутрішніх справ України від 29.01.2018 р. № 52 «Про затвердження Вимог до об'єктів і приміщень, призначених для здійснення діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів та зберігання вилучених з незаконного обігу таких засобів і речовин» (Міністерство внутрішніх справ України, 2009; України, 2009)¹⁰⁸.

¹⁰⁴ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1028-15#Text>

¹⁰⁵ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0889-12#Text>

¹⁰⁶ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0782-05>

¹⁰⁷ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1868-12#Text>

¹⁰⁸ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0208-18#Text>

ОРІЄНТОВНА ТЕМАТИКА ПІДГОТОВКИ СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ ДО РОБОТИ В ПРОГРАМАХ ЗПТ

Програма навчання для соціальних працівників з питань надання медико-психосоціального супроводу (МПСС) пацієнтам замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) має бути комплексною та охоплювати різні аспекти роботи з цією категорією клієнтів. Ось основні модулі та теми, які слід включити до такої програми:

1. Основи наркології та ЗПТ:

- Природа залежності: біологічні, психологічні та соціальні аспекти.
- Види психоактивних речовин та їх вплив на організм.
- Основи замісної підтримувальної терапії: принципи, препарати, методи.
- Медичні аспекти ЗПТ: побічні ефекти, взаємодія препаратів, супутні захворювання.

2. Психосоціальні аспекти роботи з пацієнтами ЗПТ:

- Особливості психологічного стану пацієнтів ЗПТ.
- Мотиваційне консультування: методи та техніки.
- Специфіка дистанційного консультування.
- Робота з опором та запереченням.
- Кризове втручання та профілактика рецидивів.
- Робота з сім'ями та близькими пацієнтів.
- Етичні аспекти роботи з пацієнтами ЗПТ.

3. Соціальна робота з пацієнтами ЗПТ:

- Оцінка соціальних потреб пацієнтів.
- Надання інформації про доступні соціальні послуги.
- Допомога в отриманні документів та соціальних виплат.
- Підтримка у працевлаштуванні та відновленні соціальних зв'язків.
- Робота з житловими проблемами.
- Юридична допомога.
- Робота з групами самопомоги.
- Робота за принципом «рівний-рівному».

4. Міжвідомча взаємодія та співпраця:

- Взаємодія з медичними закладами, центрами зайнятості, соціальними службами та іншими організаціями.
- Налагодження партнерства з громадськими організаціями.
- Робота в команді з медичними працівниками та іншими фахівцями.

5. Практичні навички та супервізія:

- Рольові ігри та моделювання ситуацій.
- Аналіз конкретних випадків.
- Супервізія та підтримка з боку досвідчених фахівців.

6. Додаткові аспекти:

- Гендерні аспекти роботи з пацієнтами ЗПТ.
- Робота з пацієнтами з супутніми психічними розладами.
- Робота з пацієнтами, які перебувають у місцях позбавлення волі.
- Робота з пацієнтами з ВІЛ/СНІДом та іншими інфекційними захворюваннями.