



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я



ЗВІТ

ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ КАБІНЕТНОГО
ДОСЛІДЖЕННЯ ВЖИВАННЯ
АЛКОГОЛЮ ТА ЗЛОВЖИВАННЯ
НИМ ОСОБАМИ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ
ОПІОЇДИ ТА ПАЦІЄНТАМИ ЗПТ
ТА ІНТЕРВЕНЦІЙ ДЛЯ НИХ

Рекомендації щодо впровадження інтервенцій
спрямованих на скорочення/ зупинку
вживання алкоголю

Довідка про авторів:

Віталій Климчук

доктор психологічних наук, доцент, провідний науковий співробітник Інституту соціальної та політичної психології НАПН України, координатор розвитку послуг із психічного здоров'я у громадах проекту «Психічне здоров'я для України», віце-президент Національної психологічної асоціації України, експерт із психічного здоров'я низки українських та міжнародних організацій.

Вікторія Горбунова

докторка психологічних наук, доцентка, професорка кафедри соціальної та практичної психології Житомирського державного університету імені Івана Франка, голова Національного комітету EuroPsy Національної психологічної асоціації України, експертка із психічного здоров'я низки українських та міжнародних організацій.

Кабінетне дослідження проведено в рамках реалізації гранту Глобального фонду з протидії ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та малярії

ЗМІСТ

Список скорочень	5
Поширеність вживання алкоголю та зловживання ним.....	7
<i>Світові дані</i>	<i>7</i>
Поширеність вживання алкоголю, зловживання та розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю.....	7
Вживання алкоголю та зловживання ним особами, які вживають опіоїди та пацієнтами ЗПТ	10
<i>Ситуація в Україні.....</i>	<i>11</i>
Поширеність вживання алкоголю, зловживання та розладів вживанням алкоголю	11
Вживання алкоголю та зловживання ним особами, які вживають опіоїди та пацієнтів ЗПТ.....	13
Вплив коморбідності вживання алкоголю та опіоїдів на утримання пацієнтів у програмі ЗПТ	16
<i>Нейробиологічна взаємодія алкоголю та опіоїдів</i>	<i>16</i>
<i>Вплив вживання алкоголю на здоров'я та смертність від передозування </i>	<i>16</i>
<i>Вплив вживання алкоголю на когнітивне, соціальне функціонування та якість життя.....</i>	<i>17</i>
<i>Вплив алкоголю на поведінку пацієнтів ЗПТ та прихильність до програми</i>	<i>17</i>
Аналіз та огляд провідних міжнародних керівництв та рекомендацій щодо роботи із особами, які зловживають алкоголем та тих, які одночасно зловживають алкоголем і ПАР.....	19
<i>Керівництва, настанови та рекомендації щодо алкоголю.....</i>	<i>19</i>
Розлади вживання алкоголю. Настанови NICE щодо діагностування, оцінки та менеджменту надмірного вживання та алкогольної залежності	19
Настанови для лікування проблем, пов'язаних з алкоголем (Австралія)	22
Настанови із скринінгу, діагностування та лікування розладів вживання алкоголю (Німеччина).....	25
Лікування розладів вживання алкоголю (NYSDOH AI, США)	26
Міжнародні стандарти лікування розладів вживання наркотиків	27

Практичне керівництво з фармакологічного лікування пацієнтів із розладами вживання алкоголю (Американська психіатрична асоціація, США)	28
Міркування щодо допомоги та лікування при психічних розладів та розладах вживання речовин під час COVID-19 (SAMHSA, США).....	29
<i>Узагальнені рекомендації та політики щодо роботи із особами, які зловживають алкоголем та опіоїдами, та перебувають на лікування у програмі ЗПТ</i>	29
Настанови щодо політик сайтів ЗПТ, наявних послуг та поведінки персоналу	29
Рекомендації щодо скринінгу вживання алкоголю в умовах сайтів ЗПТ	30
Рекомендації щодо менеджменту вживання алкоголю в умовах сайтів ЗПТ (психологічні та фармакологічні елементи)	31
Ключові психосоціальні інтервенції, спрямовані на скорочення або зупинку вживання алкоголю, з акцентом на осіб, які мають залежність від опіоїдів та пацієнтів ЗПТ	34
<i>Загальні рекомендації щодо інтервенцій при розладах вживання алкоголю (на основі зарубіжних клінічних настанов та рекомендацій)</i>	34
<i>Рекомендації щодо інтервенцій при розладах вживання алкоголю залежно від важкості вживання</i>	37
<i>Аналіз досліджень ефективності інтервенцій щодо розладів вживання алкоголю для осіб, які мають залежність від опіоїдів та пацієнтів ЗПТ</i>	38
<i>Короткий опис інтервенцій із доведеною ефективністю, рекомендованих як мінімум у 2х настановах</i>	40
Короткі інтервенції	40
Мотиваційне інтерв'ю	41
Терапія мотиваційного підсилення	42
Інтервенції самодопомоги: 12-крокова програма (AA) та SMART Recovery.....	43
Варіанти втручань, базовані на когнітивно-поведінкові терапії.....	44
Поведінкова терапія (заохочувальний менеджмент)	45
Терапія пар.....	46
Короткотермінова психодинамічна терапія	46
<i>Підсумкові рекомендації щодо вибору інтервенцій для впровадження в Україні на сайтах ЗПТ</i>	47

Рекомендації для національного та регіонального рівнів щодо впровадження інтервенцій спрямованих на скорочення/ зупинку вживання алкоголю.....	48
ЛІТЕРАТУРА.....	53
<i>Типовий маршрут пацієнта</i>	<i>59</i>
<i>Додаткові інформаційні матеріали для лікарів та пацієнтів</i>	<i>60</i>
Інформаційні матеріали для пацієнтів (короткі).....	60
Інформаційні матеріали для лікарів (розширені)	61

Список скорочень

5A	Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange (Запитати, Порадити, Оцінити, Підтримати, Організувати)
АА	Анонімні Алкоголіки
АН	Анонімні Наркомани
АПА	Американська психіатрична асоціація
ВВП	Валовий внутрішній продукт
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЗПТ	Замісна підтримуюча терапія
КМІС	Київський міжнародний інститут соціології
КПТ	Когнітивно-поведінкова терапія
ЛВНІ	люди, які вживають наркотики ін'єкційно
МІ	мотиваційне інтерв'ю
МКХ-10	Міжнародна класифікація хвороб, 10 перегляд
ОТГ	Об'єднана територіальна громада
ПАР	Психоактивні речовини
ПТ	Поведінкова терапія
ПТП	Поведінкова терапія пар
ПТСР	Посттравматичний стресовий розлад
США	Сполучені Штати Америки
AUDIT	the Alcohol Use Disorders Identification Test (Опитувальник ідентифікації розладів вживання алкоголю)
СМ	Contingency management (Заохочувальний менеджмент)
DALY	Disability adjusted life years (Роки життя з обмеженням життєдіяльності)
FLAGS	Feedback, Listen, Advice, Goals, Strategies (Зворотній зв'язок, Слухання, Поради, Цілі та Стратегії)
FRAMES	Feedback, Responsibility, Advice, Menu, Empathy, Self-Efficacy (Зворотній зв'язок, Відповідальність, Поради, Меню, Емпатія, Само-ефективність)
GBD	Global Burden of Diseases (Глобальний тягар захворювань)
MET	Motivational enhancement therapy (Терапія мотиваційного підсилення)
NICE	National Institute of Clinical Excellence (Національний Інститут здоров'я та якості надання допомоги Сполученого Королівства)
OECD	Організація економічного співробітництва та розвитку
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration, (Адміністрація з питань зловживання психоактивними речовинами та психічного здоров'я)
SBIRT	Screening and Brief Intervention, Referral to Treatment (Скринінг, коротка інтервенція та скерування на лікування)
SSRI	Selective serotonin reuptake inhibitors (Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну)
UNAIDS	The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй по ВІЛ/СНІД)

UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime (Управління ООН з наркотиків і злочинності)
YLL	Years of life lost (Втрачені роки життя)

Поширеність вживання алкоголю та зловживання ним

Світові дані

Поширеність вживання алкоголю, зловживання та розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю

Розглянемо світові епідеміологічні дані щодо алкоголю, у тому числі дані для країн OECD¹ та країн Європи; поширеність розладів вживання алкоголю; а також розрахунки глобального тягара захворювань (GBD), пов'язаних із алкоголем та інші наслідки його вживання.

За останніми даними (*Manthey et al., 2019*), у проміжку між 1990 та 2017 роками, глобальне річне споживання алкоголю зросло від 5,9 до 6,5 літрів на особу (л/особу), для популяції 15 років та старше. За прогнозами дослідників, до 2030 року цей рівень лише зростатиме – до 7,6 л/особу. При цьому, поширеність позитивного утримання від вживання алкоголю падає (від 46% у 1990 до 43% у 2017, із прогнозом подальшого падіння до 40% у 2030 році). Відсоток питущих осіб², відповідно, зростає (із 45% у 1990 році до 47% у 2017 році), і прогностично зростатиме далі, до 60% у 2030 році. Дорослих, які регулярно вживали великі обсяги алкоголю³, у 2007 році нараховувалося 20%, і за прогнозами ця цифра зростатиме, до 23% у 2030 році.

У країнах OECD рівень вживання алкоголю значно вищий, і складає 8,9 л/особу за даними 2017 року для дорослого населення (*OECD, 2019*). При цьому відзначається тенденція зниження рівня споживання. Так, у 2007 році обсяги сягали 10,2 л/особу, що на 1,3 л/особу менше, ніж десять років тому. Найвищі показники споживання зареєстровані у таких країнах, як Литва (12,3 л/особу за рік), Австрія, Франція, Чехія, Люксембург, Ірландія, Латвія, Угорщина (більше 11 л/особу за рік). Найнижчі рівні відмічені у Туреччині, Ізраїлі, Мексиці (до 5 л/особу за рік). Щодо найвищих темпів зниження вживання алкоголю, то тут за статистичними даними першість тримають Ізраїль, Естонія, Греція та Данія (від 3 л/особу за період з 2007 по 2017 роки).

Щодо країн Європи, то тут рівень споживання алкоголю є найвищим (*WHO, 2019*). В середньому йдеться про 11,3 л/особу за рік, при цьому чоловіки споживають 18,3 л/особу на рік, жінки – 4,7 л/особу (йдеться про осіб віком 15 років і старше). Якщо дивитись на розрахунки лише для

¹ Організація економічного співробітництва та розвитку, об'єднує 37 країн світу із високим рівнем доходів

² Йдеться про осіб, які вживали будь-який алкоголь у будь-якій кількості протягом останніх 12 місяців

³ Йдеться про вживання питущою особою протягом 30 днів хоча б один раз 60 г чистого алкоголю.

питущих осіб⁴, яких нараховується 72% (61,4% жінок, 83,3% чоловіків), то вони показують вживання алкоголю на рівні 15,7 л/особу на рік (7,7 л/особу для жінок, 21,9 л/особу для чоловіків). Кількість осіб, які регулярно вживають великі дози алкоголю, складає 30,4% відносно питущих (14,4% жінок, 47,4% чоловіків).

Також слід враховувати вплив пандемії COVID-19 на споживання алкоголю. За результатами досліджень 45% учасників зменшили вживання, 36% осіб збільшили, 19% – не змінили (*Sallie et al., 2020*). Серед тих, хто вдався до більшого вживання алкоголю – переважно особи старшого віку; так звані «ключові працівники» (особи, що задіяні у праці критично важливій для забезпечення життєдіяльності країни); особи з дітьми; близькі тих, хто важко хворів на COVID-19; люди із важкою депресією, а також тривожними розладами.

Розлади вживання алкоголю (зловживання алкоголем, алкогольна залежність) є безпосереднім наслідком регулярного вживання. За статистичними даними, в країнах OECD 3,7% усіх дорослих мали алкогольну залежність у 2016 році, з них 6% - чоловіки, 1,6% - жінки (*OECD, 2019*). За цими ж даними найпоширенішою алкогольна залежність є в Латвії, Угорщині, а також Російській Федерації (більше 9% усіх дорослих). Найменше залежності поширені в Італії, Нідерландах, Іспанії та Індонезії.

Окремо по країнах Європи є дані про те, що близько 23 млн європейців щорічно реєструються як такі, що мають алкогольну залежність (*Laramée et al., 2013*). За даними епідеміологічних досліджень станом на 2013 рік, поширеність складала від 0,1% до 6,6% для різних країн (із найвищим показником для країн Східної Європи). За іншими даними, станом на 2015 рік, поширеність алкогольної залежності серед країн Європи є на рівні 8,7% (*Rehm et al., 2015*).

Аналіз даних на основі WHO World Mental Health Survey Initiative, дослідження, яким було охоплено 29 країн - показує, що позитивна поширеність вживання алкоголю складає в середньому 80%, з розподілом для різних країн від 3,8% до 97,1% (*Glantz et al., 2020*). За цими ж даними, позитивна поширеність розладів вживання алкоголю, складає в середньому 8,6%; річна – 2,2% усього населення. Така превалентність значно вища для чоловіків, ніж для жінок. 15% усіх випадків діагностованих розладів реєструються у віці до 18 років. При цьому 43,9% осіб, які мали розлади, пов'язані із вживанням алкоголю, мали також й інший коморбідний психічних розлад. Вищий дохід, вік, перебування у шлюбі та вищий рівень освіти асоціюються із меншим ризиком розвитку розладів вживанням алкоголю.

⁴ Йдеться про осіб, які вживали будь-який алкоголь у будь-якій кількості протягом останніх 12 місяців

Також існує низка негативних наслідків, пов'язаних із вживанням алкоголю та із розвитком розладів його вживання (*OECD, 2019*). Так, вживання алкоголю є лідером серед причин смерті та непрацездатності у країнах ОЕСД (7% смертей серед чоловіків та 2% смертей серед жінок). Високий рівень вживання алкоголю є головним фактором ризику для серцево-судинних захворювань, інсультів, цирозів печінки та окремих онкозахворювань. Також вживання пов'язано із більшою кількістю автопригод та травм, випадків насилля, вбивств, самогубств та психічних розладів.

Дані щодо країн Європи також свідчать про суттєвий негативний внесок фактично у всі сфери життя (*WHO, 2019*). Серед окремих важливих даних, варто відзначити таке:

- люди із низьким соціоекономічним статусом мають утричі більший ризик смерті, пов'язаний із вживанням алкоголю;
- 5,5% усіх смертей у Європі за 2016 рік були пов'язані із алкоголем (291 100 осіб померли у абсолютних цифрах);
- 19% усіх смертей, пов'язаних із алкоголем, сталися у віці від 15 до 19 років, 23,3% - у віці від 20 до 24 років;
- 8,3% річного показнику YLL (years of life lost – втрачені роки життя), що складає 7,6 млн втрачених років життя, стаються через вживання алкоголю;
- 6,8% річного показнику DALY (disability adjusted life years – роки з обмеженням життєдіяльності), що складає 10,3 млн років спричиняються вживанням алкоголю;
- вживання алкоголю пов'язане із 230 категоріями МКХ-10.

Економічний тягар, пов'язаний із розладами вживанням алкоголю, так само є значним (*Laramée et al., 2013*). Для країн Європи, за наявними даними, прямі витрати на один випадок лікування залежності складають від 1591 € до 7702 €, що охоплює в цілому від 0,04% до 0,31% ВВП кожної окремої країни. Непрямі витрати є ще більшими, і сягають 0,64% ВВП на рік. За іншими даними, розрахованими для 12 країн, прямі та непрямі економічні витрати разом можуть сягати від 0,45% до 5,44% ВВП (*Thavorncharoensap et al., 2009*).

Ефективні інтервенції щодо лікування алкогольної залежності, крім безпосереднього зниження поширеності розладу, мають й опосередковані позитивні наслідки. Так, за результатами математичного моделювання ефекту від застосування базованих на доказах інтервенцій, можна врятувати від смерті близько 11 700 осіб у країнах Євросоюзу (13% чоловіків та 9% жінок, які помирають щороку внаслідок вживання алкоголю), при охопленні хоча б 40% осіб із залежністю (*Rehm et al., 2012*).

Вживання алкоголю та зловживання ним особами, які вживають опіоїди та пацієнтами ЗПТ

Розглянемо тепер дані про коморбідність між розладами вживання алкоголю, та розладами вживанням інших психоактивних речовин, зокрема опіоїдів.

В цілому по світу, за даними *Soyka, 2015* поширеність вживання опіоїдів сягає 0,4%, при цьому близько 12 млн осіб вживає героїн. У країнах Європи цифра сягає 1,35 млн осіб. Для США річна поширеність вживання була оцінена на рівні 5,4% (*Soyka, 2015*).

За останніми даними, серед осіб із розладами вживання опіоїдів розлади вживання алкоголю зустрічаються у 8,4 разів частіше, ніж у осіб із іншими порушеннями здоров'я (*Huang et al., 2019*).

Низка даних із США, отриманих в процесі аналізу медичних записів пацієнтів, які мають залежність від зареєстрованих опіоїдів (здобуту, наприклад, при лікуванні хронічного болю) показують близькі цифри – від 23,4% до 38% (*Witkiewitz & Vowles, 2018*). Щодо частоти вживання, то 36% респондентів вживали хоча б одну дозу алкоголю, 4,4% – 6-10 доз, 5,8% – більше 10 доз алкоголю протягом останніх 30 днів (*Saffier et al., 2007*).

Щодо вживання алкоголю особами, які перебувають на лікуванні ЗПТ, то оцінкові дані говорять, що близько 1/3 пацієнтів мають проблеми із вживанням алкоголю. Дані з різних країн показують таку картину: у Великобританії алкоголь вживають 50% учасників стаціонарних програм ЗПТ і близько 33% учасників програм, базованих у громадах; у Швейцарії 38-47% пацієнтів програм ЗПТ мають періодичне вживання, а 20-24% пацієнтів щоденно вживають алкоголь; у Австралія, Німеччина та США алкоголь вживають відповідно 41%, 28% та 38% осіб, що перебувають на ЗПТ (*Soyka, 2015*). За даними США, 38% осіб, які розпочинають лікування від опіоїдної залежності, вже мають коморбідну залежність від алкоголю (*Hartzler et al., 2010*). За іншими даними, осіб із залежністю від алкоголю або зловживанням ним, серед пацієнтів ЗПТ є біля 50% (*Maremmanni et al., 2007*).

За даними Китаю, вживання алкоголю, надмірне вживання, регулярне вживання та залежність від алкоголю зустрічалася у 29%, 10,4%, 14,2% та 8,7% пацієнтів ЗПТ відповідно (*Zhong et al., 2019*).

Що цікаво – у більшості досліджень не було виявлено змін у споживанні алкоголю після ініціації лікування у форматі ЗПТ (*Srivastava et al., 2008; Soyka, 2015*). Відтак, для подолання цієї проблеми потрібні додаткові дії потрібні.

Ситуація в Україні

Поширеність вживання алкоголю, зловживання та розладів вживанням алкоголю

За останніми наявними офіційними даними, рівень споживання алкоголю в Україні сягає 5,15 л/особу (дані 2018 року для осіб віком 15 років і старше), із тенденцією до спадання (2010 рік – споживання становило 7,77 л/особу). В світовому рейтингу, відповідно, по обсягу споживання ми займаємо 81 місце, серед країн Європи – 35 місце (*WHO, 2020*). Хоча, із врахування незареєстрованого вживання, цю цифру слід збільшити удвічі й тоді вона складе 10,3 л/особу і виведе нас на 14 місце по Європі та 18 місце у світі (*Popova et al., 2007*).

За даними World Mental Health Survey 2002 року поширеність вживання алкоголю для України склала 97% (*Bromet et al., 2005*). При цьому 39% осіб почали вживати алкоголь до 15 років, і 99% з тих, хто вживає, почали це робити у віці до 21 року (*Degenhardt et al., 2008*). Один із 3 чоловіків, що вживають алкоголь, вживає його у надмірній кількості, це ж стосується однієї з 12 жінок (*Samokhvalov et al., 2009*). Річна поширеність надмірного вживання алкоголю складала 38,7% у чоловіків та 8,5% у жінок⁵. Серед них 92% чоловіків та 54% жінок вживали мінімум 80г етанолу в день (*Webb et al., 2005*). Також були виявлені такі фактори ризику для вживання алкоголю як вік 26-54 роки для чоловіків та 18-25 для жінок, життя на Сході країни, а також для чоловіків – низька освіта та наявність дітей (*Webb et al., 2005*).

Останнє дослідження STEPS із оцінки факторів ризику неінфекційних захворювань в Україні було проведено 2019 року (*STEPS, 2019*). За отриманими даними, 55,6% населення вживали алкоголь протягом останніх 30 днів (з них 66,1% чоловіків). Надмірне епізодичне вживання (за останні 30 днів) було характерне 19,7% населення, при цьому для чоловіків втричі більше, ніж для жінок. Щодо «незареєстрованого алкоголю», то його вживали 19,9% активних споживачів, причому вживання такого алкоголю у сільській місцевості сягає 31,1%, тоді як у містах – 14,3% населення. Цікавими є дані цього ж дослідження щодо утримання від вживання. Так, протягом останніх 12 місяців утриматися від вживання вдалося 17,2% населення (найбільше осіб у віці від 18 до 29 років). При цьому важливо розуміти, особливо в контексті розробки наступних кроків із зменшення, що 39% осіб з попереднім досвідом вживання, які утримувались протягом

⁵ Для чоловіків надмірне вживання визначено як вживання більше 80 г етанолу у типовий день, коли особа вживає, або вживання більше 60 г етанолу 3-4 дні на тиждень, або більше 40 г майже кожен день. Для жінок ці обсяги зменшені на 25% (*Webb et al., 2005*).

останніх 12 місяців, зроби це через негативний вплив на здоров'я або *за порадою медичного працівника*.

Розлади вживання алкоголю є найбільш поширеними серед психічних розладів в Україні. Так, пожиттєва поширеність серед чоловіків складає 26,5% (зловживання – 19,7% та залежність – 6,7%). Усереднена пожиттєва поширеність розладів вживання алкоголю для усього населення складає 13,49%; річна – 5,84%; місячна – 2,83% (*Bromet et al., 2005*).

Також наявні окремі дані щодо офіційної поширеності розладів вживання алкоголю в Україні, зібрані на основі звітності закладів з надання психіатричної допомоги⁶. Ці дані, навіть без урахування незареєстрованих випадків, показують суттєву прогалину в охопленні послугами тих, хто їх потребує (Таблиця 1).

При розрахунковому населенні України в 42 млн осіб, підсумкова цифра охоплення послугами за рік 495 047 осіб - це 1,18% населення. *Прогалина у охопленні послугами*, розрахована на основі попередньо згаданих даних *Bromet et al., 2005* (річна поширеність – 5,84% населення країни) *складає 4,66% населення (1 957 200 осіб)*. Тобто, 4,66% від усього населення країни, яке потребує допомоги у зв'язку з розладами вживання алкоголю – не отримує її, принаймні у офіційно зареєстрованих закладах. Частина цих осіб звертаються за допомогою у приватний сектор, втім статистичні дані щодо таких звернень та їхньої успішності – відсутні. Зважаючи на вартість послуг, а також інформацію про порушення прав людини у низці подібних закладів – їхній внесок у подолання згаданої прогалини навряд чи є значним і суттєво не впливає на загальну ситуацію.

Таблиця 1.

Річна поширеність розладів вживання алкоголю в Україні за даними звітності закладів з надання психіатричної допомоги, 2019 рік

Діагностична категорія	Тип закладу	Поширеність (кількість осіб, які отримували лікування, 2019 рік)	Всього по діагностичних категоріях
Гостра інтоксикація та вживання зі шкідливими наслідками унаслідок вживання алкоголю	Амбулаторні заклади	110 012	110 330
	Стаціонарні заклади	271	
	Денні стаціонари	47	
Синдром залежності та стан відміни (абстинентний) унаслідок вживання алкоголю	Амбулаторні заклади	376 362	379 859
	Стаціонарні заклади	3 044	
	Денні стаціонари	453	

⁶ <https://cmhmda.org.ua/statistics/>

Стан відміни з делірієм та психотичні розлади унаслідок вживання алкоголю	Амбулаторні заклади	3 396	3 813
	Стаціонарні заклади	417	
	Денні стаціонари	0	
Амнестичний синдром та резидуальні і пізні психотичні розлади унаслідок вживання алкоголю	Амбулаторні заклади	933	1 045
	Стаціонарні заклади	112	
	Денні стаціонари	0	
		ВСЬОГО	495 047

Також наявні новіші дані щодо поширеності розладів для окремих груп населення. Так, за результатами дослідження КМІС⁷, проведеного у Донецькій та Луганській областях, 46,2% осіб протягом року не вживали алкоголь, 32,5% – вживали рідше, ніж 1 раз на місяць, і лише 9,5% вживали з регулярністю 1 раз на місяць, та 10,8% – частіше, ніж 1 раз на місяць (КМІС, 2018). Дослідження серед внутрішньо переміщених осіб показує, що 8,4% чоловіків та 0,7% жінок мали ознаки розладів вживання алкоголю. Серед тих, хто вживали алкоголь на момент опитування, 14,9% чоловіків та 1,8% жінок мали ознаки таких розладів. Суттєвими факторами ризику виявилися накопичений досвід травм, а також значний рівень тривоги (Ramachandran et al., 2019).

За даними аналізу 2007 року, вживання алкоголю призводить до 40% усіх смертей серед чоловіків та 22% усіх смертей серед жінок в Україні. Пов'язані із алкоголем смерті у працездатному віці відповідальні за 1/3 скорочення очікуваної тривалості життя у чоловіків та 1/5 скорочення у жінок (Levchuk, 2009).

Вживання алкоголю та зловживання ним особами, які вживають опіоїди та пацієнтів ЗПТ

Інформація про поширеність розладів вживання алкоголю серед осіб, які вживають опіоїди або пацієнтів ЗПТ в Україні, відсутня. В звіті щодо наркотичної та алкогольної ситуації в Україні за 2019 рік зазначається: «В Україні дослідження поширеності вживання наркотичних речовин серед населення у віковій категорії 15-64 років не проводяться. Саме тому на сьогодні Україна не має повного обсягу зведеної інформації з цього питання»⁸.

⁷ Київський міжнародний інститут соціології

⁸ ЗВІТ щодо наркотичної та алкогольної ситуації в Україні за 2019 рік (за даними 2018 року). Київ, 2019. https://cmhmda.org.ua/wp-content/uploads/2020/03/Zvit_shchodo_narkotychnoi_ta_alkoholnoi_sytuatsii_v_Ukraini_za_2019_rik.pdf

Втім, таку інформацію можна отримати іншими шляхами. Один з них – моделювання з екстраполяцією світових даних на українську вибірку. Для цього розглянемо наявні дані щодо розладів вживання опіоїдів, зокрема дані щодо поширеності цих розладів, отримані від закладів, які надають психіатричну (у т.ч. наркологічну) допомогу⁹ (Таблиця 2).

Таблиця 2.

Річна поширеність розладів вживання опіоїдів в Україні за даними звітності закладів з надання психіатричної допомоги, 2019

Діагностична категорія	Тип закладу	Поширеність (кількість осіб, які отримували лікування, 2019 рік)	Всього по діагностичних категоріях
Гостра інтоксикація та вживання зі шкідливими наслідками унаслідок вживання опіоїдів	Амбулаторні заклади	7 661	7 827
	Стаціонарні заклади	165	
	Денні стаціонари	1	
Синдром залежності та стан відміни (абстинентний) унаслідок вживання опіоїдів	Амбулаторні заклади	38 215	44720
	Стаціонарні заклади	5 994	
	Денні стаціонари	511	
Стан відміни з делірієм та психотичні розлади унаслідок вживання опіоїдів	Амбулаторні заклади	7	19
	Стаціонарні заклади	12	
	Денні стаціонари	0	
Амнестичний синдром та резидуальні і пізні психотичні розлади унаслідок вживання опіоїдів	Амбулаторні заклади	0	79
	Стаціонарні заклади	79	
	Денні стаціонари	0	
		ВСЬОГО	52 645

Отримані дані вказують, що 52 645 осіб (0,13% населення країни) були зареєстровані у системі закладів охорони здоров'я протягом року. Вочевидь, в цих даних відсутня інформація про тих, хто отримував лікування у приватних фахівців, перебував у приватних реабілітаційних центрах або не отримував ніякої допомоги взагалі.

Дані, отримані у 2016 році щодо використання ін'єкційних наркотиків студентами професійно-технічних училищ (вік студентів – 15-21 рік), показали що 3% опитуваних мали досвід вживання ін'єкційних наркотиків, з них 1% – вживали їх нещодавно (EMCDDA, 2016). Екстраполуючі ці дані

⁹ <https://cmhmda.org.ua/statistics/>

на кількість студентів в Україні, зареєстрованих цього ж року, а це 303 100 осіб, ми отримуємо цифру в 9 093 осіб. Ймовірно така кількість українських студентів могла мати досвід вживання, а 3 031 осіб з їхньої кількості – могли вживали ін'єкційні наркотики нещодавно.

За розрахунками для України, зробленими UNAIDS, близько 350 000 осіб мають залежність від ін'єкційних наркотиків, переважно опіоїдів (UNAIDS DATA 2019). Це складає 0,83% усього населення, і є на кілька сотень тисяч більше, ніж показує офіційна статистика. За даними Центру громадського здоров'я МОЗ України для підконтрольних територій: «...в Україні налічується 317 000 людей, які вживають наркотики ін'єкційно. З них 200 661 — споживачі опіоїдів (63,3% від загальної кількості ЛВНІ), 38 674 (12,2%) — споживачі стимуляторів та 77 665 (24,5%) — споживачі одночасно кількох наркотичних речовин»¹⁰. Зауважимо, що оцінка вживання ін'єкційних опіоїдів в Україні проводиться за допомогою методології біоповедінкових досліджень¹¹.

З огляду на середній світовий показник поширеності розладів вживання алкоголю серед осіб, що вживають також й ін'єкційні наркотики складає **1/3 (близько 33%)**. При екстраполяції даних отримуємо, що **близько 116 667 осіб** в Україні мають одночасно розлади вживання опіоїдів та розлади вживання алкоголю.

Щодо охоплення потребуючих осіб послугами ЗПТ, то наразі воно складає 15 097 осіб (станом на 01.02.2021), при цьому є тенденція до зростання охоплення. Так, станом на 01.01.2019 за даними ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» програмою ЗПТ було охоплено 11 385 осіб¹².

Екстраполяція коефіцієнтів 1/3 – 1/2 (поширеність розладів вживання алкоголю серед осіб, що вживають також й ін'єкційні наркотики, за даними різних досліджень згаданих вище) дає прогностичні числа у розмірі від **5 032 до 7549 осіб – пацієнтів ЗПТ – які мають розлади вживання алкоголю. Від третини до половини пацієнтів програм ЗПТ в Україні, прогностично, мають справу із впливом вживання алкоголю на якість життя, здоров'я, а також на утримання у програмі.**

¹⁰ <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/zalezhnist-vid-psikhoaktivnikh-rechovin/zamisna-pidtrimuvalna-terapiya-zpt>

¹¹ Основні результати біоповедінкових досліджень серед ключових груп (2018). <https://aph.org.ua/uk/publications/osnovni-rezultaty-biopovedinkovyh-doslidzhen-sered-klyuchovyh-grup-2018/>

¹² <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/zalezhnist-vid-psikhoaktivnikh-rechovin/zamisna-pidtrimuvalna-terapiya-zpt/statistika-zpt>

Вплив коморбідності вживання алкоголю та опіоїдів на утримання пацієнтів у програмі ЗПТ

Нейробіологічна взаємодія алкоголю та опіоїдів

Дослідницькі дані щодо нейробіологічного впливу алкоголю та опіоїдів на нервову систему людини вказують на низку спільних механізмів та інтерференцію (*Soyka, 2015*):

- і алкоголь, і опіоїди мають спільну цільову зону мозку – вони індукують вивільнення дофаміну у вентральній тегментальній області (ventral tegmental area) та прилеглому ядрі (nucleus accumbens);
- дія алкоголю частково опосередковується внутрішньою опіоїдно-ендорфінною системою людини;
- опіоїди стимулюють прийом алкоголю через паравентрикулярне ядро (paraventricular nucleus), а опіоїдні рецептори блокують зниження прийому алкоголю;
- алкоголь та опіоїди мають пригнічуючий вплив на нервову та дихальну системи.

Відтак, спільне вживання алкоголю та опіоїдів може мати низку негативних наслідків, про що свідчать наведені далі дані.

Вплив вживання алкоголю на здоров'я та смертність від передозування

Коморбідність вживання алкоголю та опіоїдів є суттєвим фактором ризику погіршення здоров'я та передчасної смерті від цілої низки хвороб та передозування. Передусім, йдеться про гепатотоксичність алкоголю, а відтак його негативний вплив на результат лікування гепатитів, які є доволі поширеними серед користувачів опіоїдів. Зокрема, гепатит С зустрічається у 64-100% користувачів опіоїдів (*Soyka, 2015; Watson et al., 2007*). За наявними даними в Україні ця цифра рівна 63,9%¹³.

Інша проблема спільного вживання – це зростання ризику травм. Особи, що мають коморбідності у 2,3 рази частіше травмуються та в 1,2 рази частіше потрапляють в автопригоди; також вони більш схильні до депресій та тривожних розладів (*Landsman-Blumberg et al., 2017*).

Ще однією великою проблемою є передозування. Так, за даними дослідження осіб, які тривалий час приймали опіоїди при хронічних болях при паралельному вживанні алкоголю, передозування реєструвалися у 5

¹³ Основні результати біоповедінкових досліджень серед ключових груп (2018). <https://aph.org.ua/uk/publications/osnovni-rezultaty-biopovedinkovyh-doslidzen-sered-klyuchovyh-grup-2018/>

разів частіше (*Landsman-Blumberg et al., 2017*). В США із 3883 смертей від передозування опіоїдів, що використовуються для тамування болю – 22,1% пов'язаний із вживанням алкоголю (дані 13 штатів, 2010 рік); тоді як у Великобританії та інших країнах розлади вживання алкоголю також суттєво збільшують ризик смерті від передозування опіоїдами. (*Witkiewitz et al., 2018*).

У дослідженні отруєнь бупренорфіном у Фінляндії в 2000-2008 роках виявлено, що у 58% випадків це сталося у зв'язку із одночасним вживанням алкоголю, а у 82% випадків – у зв'язку із вживанням бензодіазепінів (*Häkkinen et al., 2012*). За даними з Австралії, (Новий Південний Уельс, 1998-2007 роки) смерть у зв'язку із вживанням метадону також часто пов'язана із одночасним вживанням бензодіазепінів (63,7% випадків) та алкоголю (23,6% випадків) (*Darke et al., 2010*). Дані із іншого штату Австралії, штату Вікторія, отримані між 2001-2005 роками, свідчать, що 98% смертей, пов'язаних із метадоном, також мають зв'язок із іншими речовинами, переважно опіоїдами, антидепресантами, антипсихотиками та етанолом (бензодіазепіни – 88% випадків, алкоголь – 10% випадків) (*Pilgrim et al., 2013*). За іншими даними з Бельгії за 2002-2005 роки, 78,2% смертей, пов'язаних із передозуванням метадоном, одночасно пов'язані із бензодіазепінами, іншими наркотиками (65,2%) та алкоголем (21,7%) (*Denooz & Charlier, 2006*).

Вплив вживання алкоголю на когнітивне, соціальне функціонування та якість життя

Надмірне вживання алкоголю суттєво знижує якість життя пацієнтів, які перебувають у програмах ЗПТ. Такі пацієнти менш задоволені своєю дозою метадону, ніж ті, хто не вживають, хоча й отримують більше; вони мають більше проблем із фізичним здоров'ям та психологічним станом; нижчі показники якості життя; а також відчують більше обмежень у соціальному функціонуванні, емоційні проблеми та гірше самосприйняття загального стану здоров'я (*Senbanjo et al., 2007*).

Також одночасне вживання вражає когнітивне функціонування – знижується точність уваги, уповільнюється реагування та погіршується епізодична пам'ять (*Kleykamp et al., 2015*).

Вплив алкоголю на поведінку пацієнтів ЗПТ та прихильність до програми

Пацієнти, які зловживають алкоголем, мають знижену прихильність, залученість у лікування та утримування у програмі ЗПТ. За ранніми даними

від 11% до 26% зупинок участі у програмі ЗПТ сталися унаслідок вживання алкоголю (*el-Bassel et al., 1993; Joseph & Appel, 1985*).

Сучасніші дослідження показують, що у 10-річній перспективі, 47,5% пацієнтів, які вживають алкоголь, перебуваючи на ЗПТ, переривають лікування, при цьому чим більший рівень вживання, тим менш значимими стають додаткові фактори і вживання алкоголю виходить на перше місце за значимістю (*Klimas et al., 2018*). Існує тісна кореляція між рівнем алкоголю у крові та кількістю пропущених візитів до клініки ($r=0,518$; $p=0,0014$) (*Bickel & Amass, 1993*). Пропуск прийому більше ніж 3-х доз протягом останніх 3-х місяців є суттєвим фактором зниження прихильності, стимулює продовження вживання героїну та веде до переривання лікування (*Khue et al., 2017*).

Екстраполюючи наведені дані на ситуацію в Україні, можна зробити прогноз, що протягом наступного 10-річного періоду від 11% до 47,5% тих, хто перебуваючи у програмі ЗПТ, вживають алкоголь, достроково перервуть своє лікування та повернуться до вживання. **За оптимістичним прогнозом, йдеться про 553 особи, за песимістичним - про 3586 осіб, за умови що кількість пацієнтів не збільшуватиметься.** У випадку збільшення кількості пацієнтів наявними темпами (3712 пацієнтів плюс щороку), на кінець 2030 року можна очікувати передчасного переривання лікування через вживання алкоголю **від 1166 до 7552 пацієнтами.** При зростанні розширення програми відповідно до планів (5 288 пацієнтів на рік), можна очікувати \leq що через коморбідні розлади вживання алкоголю з програми вийдуть **від 1426 до 9237 пацієнтів** на кінець 2030 року.

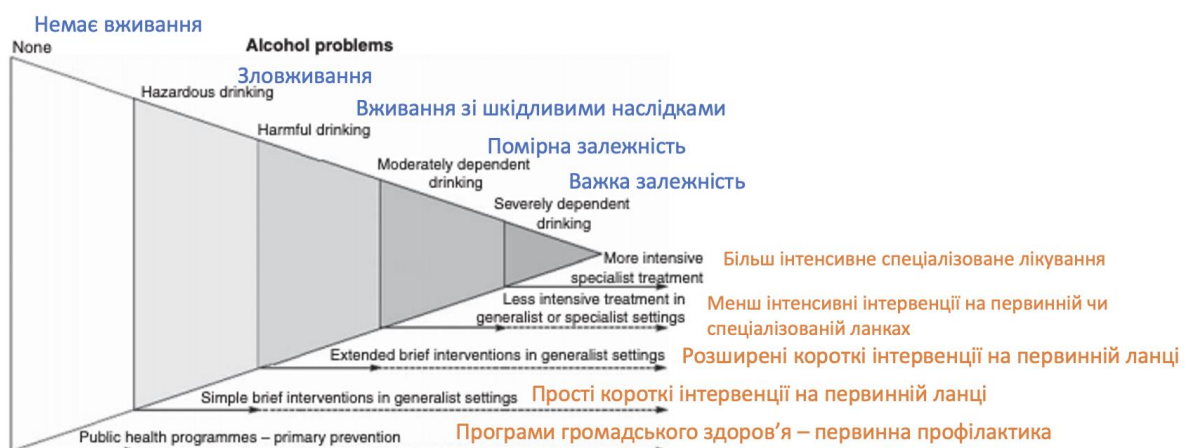
Аналіз та огляд провідних міжнародних керівництв та рекомендацій щодо роботи із особами, які зловживають алкоголем та тих, які одночасно зловживають алкоголем і ПАР

Керівництва, настанови та рекомендації щодо алкоголю

Розлади вживання алкоголю. Настанови NICE щодо діагностування, оцінки та менеджменту надмірного вживання та алкогольної залежності

Настанови розроблені Національним Інститутом здоров'я та якості надання допомоги Сполученого Королівства (<https://www.nice.org.uk/>), (NICE, 2020), їх останнє оновлення було в 2020 році. Безпосередньо організації лікування та рекомендованим втручанням у випадках надмірного вживання алкоголю та залежності присвячено 3 розділи: Розділ 5 «Організація та надання допомоги», Розділ 6 «Психологічні та психосоціальні інтервенції» та Розділ 7 «Фармакологічні інтервенції». Наведемо огляд лише основних елементів та рекомендацій, оскільки самі Настанови насичені оглядом наукових досліджень, порівняльним аналізом терапевтичної та економічної ефективності інтервенцій тощо.

У розділі «Організація та надання допомоги» Настанови рекомендують передусім опиратися на модель піраміди при визначенні, кому і яка допомога може бути потрібна (Мал. 1).



Малюнок 1. Спектр вибору стратегій при проблемах з алкоголем. Витяг з NICE, 2020, С. 85.

Нульовий рівень піраміди призначено для тих, хто не має проблем із алкоголем, цей рівень передбачає передусім первинну превенцію і не пропонує спеціальних індивідуалізованих інтервенцій.

Перший рівень призначено для осіб, які мають ризиковане вживання (hazardous drinking). Самі інтервенції включають ідентифікацію ризиків, забезпечення інформацією про раціональне вживання, прості короткі інтервенції для зниження шкоди та скерування тих, хто має залежність або важчі проблеми для отримання інтенсивнішої допомоги. Допомога може надаватися у різних умовах, як на рівні первинної медичної допомоги, так і у відділеннях невідкладної допомоги, закладах із охорони психічного здоров'я, закладах із надання соціальних послуг або системі правоохоронних органів.

Другий рівень розраховано для роботи з особами, що зловживають алкоголем (harmful drinking), тут надаються специфічні поради, інформація та підтримка, здійснюються розширені короткі інтервенції, оцінка стану з метою детальнішого вивчення потреб та подальшого скерування (triage assessment) та, у разі потреби, перенаправлення для отримання послуг на наступному рівні. Як правило, за умови наявності компетентного персоналу, такі послуги надаються тими ж фахівцями, що працюють і на першому рівні.

Третій рівень передбачає планомірний догляд (care-planned treatment), процес планування та перегляду допомоги у контексті структурованого лікування алкогольних проблем. Тут надаються послуги з оцінки зловживання, структуровані психологічні або фармакологічні інтервенції, базована у громаді підтримуюча програма відмови від алкоголю (community based assisted alcohol withdrawal), денні програми. Як правило, послуги надаються у спеціалізованих на лікуванні залежностей закладах, або спеціально контраатованих лікарях загальної практики.

Четвертий рівень інтервенцій – надання планованої та координованої допомоги стаціонарно. Передбачається цілісна оцінка, стаціонарна підтримуюча програма відмови від алкоголю (inpatient assisted alcohol withdrawal), структуровані психосоціальні інтервенції. Як правило, надаються такі послуги стаціонарними закладами або реабілітаційними центрами.

Важливим елементом є координація роботи, яка здійснюється у два способи – координація самого догляду (care coordination) та ведення випадку (case management). Координація догляду фокусується на тому, щоб усі його елементи були узгоджені, скомпоновані та вчасно надані пацієнтові. Ведення випадку передбачає роботу з оцінкою потреби особи, розробкою плану допомоги у співпраці з самим пацієнтом та іншими ключовими особами, координацію інтервенцій та послуг, підтримку пацієнта при взаємодії з надавачами цих послуг, використання

психологічних інтервенцій, наприклад, мотиваційного інтерв'ю, а також оцінку результатів допомоги та перегляд плану догляду.

Цінним елементом настанов є увага до розробки так званих інтегрованих маршрутів допомоги (integrated care pathways). Йдеться про те, що індивідуальний план лікування особи має описувати персональний маршрут, розроблений для задоволення її потреб і поєднувати необхідні інтервенції та сервіси і фахівців, які їх можуть надати. План має відзеркалювати кроки, на яких й будуть надаватися різні інтервенції. Наприклад, спершу особі може бути потрібна програма підтримуючої відмови від алкоголю, потім – структуровані психологічні інтервенції в денній програмі, потім – спеціалізована психотерапія для лікування ПТСР, і на завершення – програма підтримки повернення на роботу. Всі ці послуги можуть провадитися у різний час, різними надавачами, і тому мають бути сплановані так, щоб мінімізувати ризик передчасного виходу з лікування.

Також є низка рекомендацій щодо оцінки та моніторингу стану пацієнтів¹⁴:

- The Alcohol Use Disorders Inventory Test (AUDIT) – для виявлення випадків, початкової оцінки та моніторингу стану;
- The Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ) та The Leeds Dependence Questionnaire (LDQ) – для оцінки наявності та важкості алкогольної залежності;
- The Alcohol Problems Questionnaire (APQ) – для оцінки природи та ступеня проблем, пов'язаних із зловживанням алкоголю;
- The Readiness to Change Questionnaire – Treatment Version (RCQ-TV) – для оцінки мотивації до змін у поведінці, пов'язаній із вживанням;
- Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale, revised (CIWA-Ar) – для оцінки важкості стану відміни.

В розділі «Психологічні та психосоціальні інтервенції» наведено огляд ефективності низки інтервенцій, узагальнені підсумки щодо яких буде представлено у наступній частині звіту, присвяченій саме цій темі.

Загальні рекомендації щодо описаних інтервенцій, це –

(1) обов'язкове включення психологічних інтервенцій, які мають докази ефективності, у процес лікування особи, яка зловживає алкоголем, на усіх стадіях лікування та при будь-якій важкості стану;

(2) фахівці, які надають такі інтервенції, обов'язково мають бути навчені цим втручанням та працювати з використанням структурованих та базованих на доказах настановах.

Основна рекомендація у розділі «Фармакологічні інтервенції» – розглядати медикаменти передусім як додаток до психосоціального

¹⁴ Назви інструментів наведено без перекладів, тому що більшість з них не адаптовані до використання в Україні.

лікування та елемент спланованого догляду, а не як окрему і незалежну лікувальну опцію.

Настанови NICE фокусуються на використанні трьох базових препаратів – акомпросату, налтрексону (орального) та дисульфіраму. Втім останній не є препаратом першого вибору, через його потенційну небезпеку для пацієнта, низьку прихильність до препарату та нижчі показники ефективності. В кожному випадку йдеться про використання медикаментів для превенції зриву. Пропонується призначати медикаменти одразу після успішної відміни алкоголю, із одночасним задіянням психосоціальних інтервенцій.

Також розглядається низка препаратів, щодо яких ведуться дослідження. Зазначено, що SSRI не покращують поведінку вживання у залежних пацієнтів без ознак депресії й можуть, навіть, погіршити ситуацію та знизити ефективність психосоціальних інтервенцій. Мало доказів і щодо ефективності використання ін'єкційної форми налтрексону. Також йдеться про обмежену кількість доказів щодо ефективності налмефену та баклофену. Антиконвульсанти (габапентин, прегабалін, топірамат) також згадуються як препарати щодо використання яких докази є обмеженими та суперечливими.

Короткий підсумок. Настанови NICE є системними та глибокими. Вони містять рекомендації щодо організації системи догляду та методів лікування, враховують особливості специфічних груп (осіб із психічними розладами, дітей та підлітків, осіб літнього віку, інших вразливих груп). Велика частина настанов – огляди доказів, досліджень, економічних оцінок. Специфічні рекомендації щодо ведення пацієнтів із коморбідністю опіоїдної та алкогольної залежності відсутні.

Настанови для лікування проблем, пов'язаних з алкоголем (Австралія)

Настанови розроблені фахівцями Університету Сіднея в 2009 року, інформація про останні оновлення відсутня (*Haber et al., 2009*).

Основні елементи настанов викладені у таких розділах: «Скринінг, оцінка та планування лікування», «Короткі інтервенції», «Менеджмент відміни алкоголю», «Психосоціальні інтервенції», «Фармакотерапія при алкогольній залежності», «Програми самопомоги», «Специфічні популяції», «Коморбідності».

На додаток до цих великих настанов, що опубліковані на 220 сторінках, розроблено так звану «швидку» 8-ми сторінкову версію, яка містить стислий огляд, рекомендації та алгоритми роботи¹⁵.

¹⁵ <https://www.health.gov.au/sites/default/files/quick-reference-guide-to-the-treatment-of-alcohol-problems.pdf>

Перевага згаданих настанов – наявність вступної таблиці, яка підсумовує усі рекомендації для різних аспектів лікування, із вказівкою на вагу кожної рекомендації та категорію її доказовості.

Наведемо короткий огляд ключових рекомендацій.

Скринінг, оцінка та планування лікування. Скринінг щодо рівня ризикованості вживання алкоголю розглядається як інтервенція, що може широко впроваджуватись на рівні загальної практики, у відділеннях невідкладної допомоги, лікарнях, місцевих закладах соціальної підтримки, а також на робочих місцях підвищеного ризику. Для скринінгу, зокрема пропонується використання AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) як найчутливішого із наявних інструментів, що рекомендується для використання у загальній популяції.

Щодо оцінки, то вона має бути усесторонньою, включати аналіз історії вживання, фізичного стану та стану психічного здоров'я. Також рекомендовано оцінювати також мотивацію до змін та інші проблеми, пов'язані з вживанням алкоголю.

Оцінка повинна вести до чіткого, спільно прийнятого цілісного плану лікування. Цілі лікування мають бути встановлені спільно із пацієнтом. План лікування має змінюватися відповідно до результатів моніторингу стану. Базоване на доказах лікування повинно бути запропоновано із врахуванням наявної ресурсної базию для його надання. Загальною рекомендацією є наявність тривалого неперервного піклування через участь у програмах самодопомоги, взаємодію з фахівцями первинної ланки або задіяння інших інтервенції та сервісів, прийнятних для пацієнта.

Короткі інтервенції. Короткі інтервенції (FLAGS: feedback, listening, advice, goals, and strategies / зворотній зв'язок, слухання, наставництво, постановка цілей та накреслення стратегій)¹⁶ ефективні при зниженні вживання у осіб із ризикованим паттерном та осіб, які не мають залежності, але мають досвід шкідливого вживання алкоголю. Вони мають впроваджуватись на рівні первинної медичної допомоги, а також у відділеннях невідкладної допомоги та травмпунктах, лікарнях загальної практики. Короткі інтервенції не рекомендовані для осіб із важкими проблемами внаслідок вживання алкоголю, або залежних від алкоголю.

Психосоціальні інтервенції. Серед іншого рекомендованою є **модель покрокової допомоги**¹⁷. Психосоціальні інтервенції, що мають широкі міжнародні рекомендації розглянуті в розділі «Ключові психосоціальні інтервенції...».

Покроковий підхід до допомоги у сфері психічного здоров'я пропонує узгодження інтенсивності та способу надання допомоги з потребами

¹⁶ Слід зазначити, що йдеться не про рекомендовану ВООЗ Brief Intervention (остання версія якої видана у 2017 році).

¹⁷ PHN primary mental health care flexible funding pool implementation guidance stepped care https://www.checkup.org.au/icms_docs/297800_PHN_Guidance_-_Stepped_Care.pdf

людини із психічним розладом, а також передбачає детальне планування ресурсів для забезпечення цієї допомоги. Покроковість означає, що існує спектр інтервенцій, впорядкований відносно важкості стану особи та її потреб.

Основні елементи підходу такі:

1. Розподіл (стратифікація) населення громади на так звані “групи потреб”, від жителів, які потребують промоції та профілактики, до тих, хто мають важкі, хронічні та комплексні стани.
2. Пропозиція переліку інтервенцій для кожної групи, адже не усі потребують однакових утручань, до того ж різні інтервенції мають різну вартість для громади.
3. Визначення комплексного “меню” послуг, які необхідні для задоволення потреб членів громади.
4. Зіставлення типу послуг та відповідних лікувальних цілей для кожної “групи потреб” та надання відповідних послуг.

Загальна ідея – особа із певними потребами щодо психічного здоров’я має отримувати послугу саме того рівня, який їй підходить найбільше. В такий спосіб покроковий підхід передбачає надання відповідних послуг у відповідний час. Йдеться про перевагу ранніх утручань мінімальної інтенсивності, що дозволяє максимально допомогти людині та, водночас, зекономити ресурси громади.

Фармакотерапія. Рекомендовано розглянути фармакотерапію для усіх залежних пацієнтів, у поєднанні з психосоціальною підтримкою. Налтрексон рекомендовано як препарат першої лінії для профілактики рецидиву. **Налтрексон НЕ рекомендовано для осіб із опіоїдною залежністю** та тих, хто приймає знеболюючі на основі опіоїдів. Препарат приймається одразу після завершення синдрому відміни (3-7 днів після останнього вживання), протягом 3-6 місяців. Акомпросат так само рекомендований для профілактики рецидивів й за тією ж схемою. Дісульфірам рекомендовано для пацієнтів, які перебувають під підсиленням наглядом, мотивованих не вживати і які не мають протипоказів. Такі медикаменти, як топірамаат, габапентин, баклофен, аріпіпразол – не рекомендовані як препарати першої лінії через брак доказів. Бензодіазепіни та антидепресанти не рекомендовані як препарати для профілактики рецидивів при алкогольній залежності.

Короткий підсумок. Австралійські настанови є чіткими та базованими на доказах. Вони містять менше рекомендації щодо організації самої системи лікування, проте більша увага зосереджена на методах скринінгу, лікування й підтримки. Також враховуються особливості специфічних груп – осіб із психічними розладами, дітей та підлітків, осіб літнього віку, інших вразливих груп. Специфічні рекомендації щодо ведення пацієнтів із коморбідністю опіоїдної та алкогольної залежності відсутні (крім

рекомендації щодо додо відмови від налтрексону), як і відсутні згадки про пацієнтів, які перебувають на ЗПТ.

Модель покрокової допомоги, з огляду на її економічну ефективність, може бути рекомендована до впровадження.

Настанови із скринінгу, діагностування та лікування розладів вживання алкоголю (Німеччина)

Настанови датовані 2017 роком та розроблені під парасолькою Німецької асоціації психіатрії, психотерапії та психосоматики та Німецької асоціації досліджень залежності та терапії залежності (*Mann et al., 2017*).

Настанови містять такі основні розділи: «Скринінг та діагностика інтоксикації, зловживання алкоголю та алкогольної залежності»; «Коморбідні психіатричні розлади»; «Вікові та гендерно-специфічні популяції»; «Гостре лікування зловживання алкоголю та залежності»; «Після-гостре лікування залежних осіб після детоксикації».

З метою *скринінгу* рекомендовано AUDIT, або якщо його використання ускладнено – то скорочена версія AUDIT-C. При цьому, рекомендовано використовувати інструмент для USCIX пацієнтів в USCIX умовах. Також наявні рекомендації щодо використання біомаркерів вживання.

Короткі інтервенції рекомендовані передусім для пацієнтів, які мають ризиковане вживання, проблематичне вживання та запої. Вказано, що вони також можуть застосовуватися для пацієнтів, які мають залежність, втім докази неоднозначні. Також зазначено, що короткі інтервенції можуть мати гарні результати при коморбідності розладів вживання алкоголю з іншими розладами. Короткі інтервенції розглядаються як придатні для використання на первинній ланці охорони здоров'я, та як такі, що не мають побічних ефектів.

Решта рекомендованих *психосоціальних інтервенцій* буде розглянута у розділі «Ключові психосоціальні інтервенції...».

Рекомендації для після-гострого лікування, які говорять, що не повинно бути часового проміжку між відміною та пропонуванням наступного лікування. Лікування має бути комплексним, із залученням мультидисциплінарної команди, його мета – повне утримання від алкоголю. Якщо утримання неможливе – зниження шкоди від вживання.

Щодо фармакотерапевтичної профілактики рецидиву, то рекомендації ті ж самі, що і в інших настановах – налтрексон або акампрокат. У разі неефективності – дисульфірам. Якщо метою є зниження рівня вживання, то рекомендовано налмефен. В усіх випадках наголошується на посиленій увазі до побічних ефектів.

Короткий підсумок. Настанови є чіткими та базованими на доказах, містять таблиці із підсумками, містять небагато рекомендацій щодо організації системи лікування; більша увага зосереджена на методах скринінгу, лікування й підтримки. Є врахування особливостей специфічних груп, переважно за віком та статтю. Мало уваги приділяється коморбідностям. Специфічні рекомендації щодо ведення пацієнтів із коморбідністю опіоїдної та алкогольної залежності відсутні.

Лікування розладів вживання алкоголю (NYSDOH AI, США)

Настанови розроблені Health AIDS Institute Департаменту здоров'я штату Нью-Йорк (США), 2020 рік. Настанови фокусуються передусім на фахівцях первинної ланці охорони здоров'я, а також інших спеціалістах, які задіяні у лікуванні осіб із розладами вживання алкоголю (*Mar & Kunins, 2020*). Зазначено, що фахівці первинної медичної допомоги відіграють важливу роль у ідентифікації та лікуванні розладів вживання алкоголю, оскільки ефективні інтервенції можуть надаватися також і в амбулаторних умовах та тому, що первинна ланка вибудовує тривалі стосунки із пацієнтами. Останнє важливо для лікування хронічних розладів.

В настановах відмічено, що традиційна мета лікування – це тривале утримання від вживання, але якщо вона є недосяжною, можна розглянути альтернативні цілі: залишатися залученим у лікування, знизити рівень вживання, знизити ризиковану поведінку (керування авто у стані інтоксикації тощо), покращити якість життя та такі її ідентифікатори як працевлаштування, житло, зниження ризику ув'язнення тощо, покращити психічне здоров'я.

Із *фармакологічних опцій* для превенції зриву рекомендовано акампросат, налтрексон та дисульфірам. Наведені детальні рекомендації щодо дозувань препаратів. Зазначено, що особи, які вживають алкоголь для позитивного підкріплення (для отримання позитивних відчуттів, розслаблення, задоволення тощо), більше матимуть ефект від налтрексона, ніж ті, хто вживають для уникнення негативного підкріплення (для уникнення неприємних переживань, фізичного дискомфорту тощо).

Психосоціальні підходи до лікування розглянуті коротко, із акцентом на мотиваційному інтерв'ю, терапії мотиваційного покращення та когнітивно-поведінковій терапії, що детально розглядатимуться розділі «Ключові психосоціальні інтервенції...».

Вибір лікувальних опцій рекомендовано робити у співпраці із пацієнтом, починаючи зі спільного встановлення цілей та планування втручань. При ініціації фармакологічного лікування слід планувати часті зустрічі для моніторингу стану та можливої зміни цілей лікування та його плану. Вибір психосоціальних методів має базуватися на досвіді пацієнта, соціальних факторах, доступності цього лікування та страхових опціях.

Короткий підсумок. Настанови є чіткими, та базованими на доказах, доволі короткими. Фокус на первинній ланці охорони здоров'я. Мало рекомендації щодо організації системи лікування, однак більша увага фокусована на методах скринінгу, лікування й підтримки, із особливим акцентом на медикаментозній підтримці. Немає врахування особливостей специфічних груп. Мало уваги коморбідностям. Специфічні рекомендації щодо ведення пацієнтів із коморбідністю опіоїдної та алкогольної залежності відсутні.

Міжнародні стандарти лікування розладів вживання наркотиків

Міжнародні стандарти лікування розладів вживання наркотиків напряду не стосуються алкоголю, втім у них зазначено, що багато з наведених принципів та секцій Стандартів можуть бути застосовані для організації надання послуг пацієнтам із розладами вживання алкоголю (UNODC, 2020).

Стандарти містять такі секції: «Ключові принципи та стандарти лікування розладів вживання наркотиків», «Системи лікування розладів вживання наркотиків», «Умови лікування, модальності та інтервенції», «Популяції із особливими потребами у лікування та допомозі».

В стандартах наведено 7 принципів лікування, що можуть стосуватися і лікування розладів вживання алкоголю:

1. Лікування повинно бути наявним, доступним, привабливим та прийнятним.
2. В процесі лікування має бути забезпечено дотримання етичних стандартів.
3. Промоція лікування розладів вживання наркотиків має здійснюватися через ефективну координацію між системою кримінальної юстиції, послугами охорони здоров'я та соціальними послугами.
4. Лікування повинно базуватися на наукових доказах та відповідати специфічним потребам осіб із розладами вживання наркотиків.
5. Лікування має відповідати особливим потребам специфічних груп населення.
6. Лікувальні послуги та програми мають бути забезпечені добрим клінічним менеджментом.
7. Лікувальні послуги, політики та процедури повинні підтримувати інтегрований підхід до лікування, зв'язки з комплементарними послугами мають бути забезпечені постійним моніторингом та оцінкою.

Короткий підсумок. Стандарти дають широке бачення системи лікування осіб із розладами вживання наркотиків, яке може бути

використано і для послуг із лікування розладів вживання алкоголю. Стандарти містять також рекомендації щодо психологічних та фармакологічних інтервенцій та враховують особливості специфічних груп. Приділено увагу різним коморбідностям, втім наявні рекомендації доволі загальні.

Практичне керівництво з фармакологічного лікування пацієнтів із розладами вживання алкоголю (Американська психіатрична асоціація, США)

Настанови розроблені АПА (США) щодо фармакологічного лікування пацієнтів із розладами вживання алкоголю, 2018 рік (APA, 2018). Настанови містять низку рекомендацій щодо оцінки стану пацієнтів та використання медикаментів для зниження вживання або утримання та превенції рецидивів. Зазначені застереження щодо вживання низки препаратів, а також специфіка їх використання для особливих популяцій.

Щодо клінічної оцінки, АПА рекомендує передусім скринінгові інструменти, а для пацієнтів із залежністю або тих, які мають показання для неперервного моніторингу – аналіз біомаркерів. Обов'язковою є оцінка коморбідних розладів, які можуть вплинути на призначення медикаментів.

Зазначено необхідність погодження із пацієнтом та фіксація у медичних записах плану та цілей лікування.

Щодо *препаратів*, то перша лінія – це налтрексон і акампросат (при помірному та важкому вживанні, при бажанні зменшити або припинити вживання, при відсутності відповіді на психосоціальні втручання). Дисульфірам – призначається за мети повного утримання, наданні переваги препарату самим пацієнтом або при відсутності результатів чи низькій толерантності до попередніх двох препаратів, а також при здатності пацієнта зрозуміти ризик прийому дисульфіраму. Використання топірамаму або габапентину рекомендовано якщо пацієнт прагне знизити або припинити вживання, надає перевагу цим препаратам або за відсутності результатів чи низькій толерантності до акампросату та/або налтрексону. Антидепресанти рекомендовано лише для коморбідної депресії; бензодіазепіни – для стану гострого відміни або коморбідних розладах, при яких вони показані. Акампросат не використовується при важкій нирковій недостатності; при легкій та помірній – не використовується як препарат першої лінії або пропонується використання у зниженому дозуванні. Налтрексон не використовується для пацієнтів із гострим гепатитом або печінковою недостатністю. Також цей препарат не використовується для осіб, які вживають опіоїди або мають потребу у них (наприклад, знеболення). Налтрексон може бути призначений пацієнтам із розладами вживання алкоголю та опіоїдів, лише якщо пацієнт бажає відмовитися від

вживання опіоїдів та вживання алкоголю (або зменшити вживання алкоголю), або якщо він здатен відмовитися від вживання опіоїдів на клінічно достатній період до ініціації налтрексону.

Короткий підсумок. Настанови зосереджені на фармакологічному лікуванні. Наявні рекомендації щодо препаратів при коморбідних розладах вживання алкоголю та опіоїдів. Втім, конкретні рекомендації щодо пацієнтів, які перебувають на ЗПТ, відсутні.

Міркування щодо допомоги та лікування при психічних розладах та розладах вживання речовин під час COVID-19 (SAMHSA, США)

Наведені Міркування не є настановами, радше короткими рекомендаціями, розробленими SAMHSA (США) у відповідь на виклики пандемії COVID-19 (SAMHSA, 2020).

Передусім, рекомендовано по максимуму використовувати амбулаторне лікування. Стаціонарне лікування – рекомендовано для осіб, для кого це є єдиною прийнятною опцією. Наприклад, для тих, хто мають розлади, загрозливі для життя (високий ризик передозування, ускладнення при відміні тощо).

Також рекомендовано використовувати засоби телемедицини для оцінки та лікування пацієнтів. Рекомендовано їх використовувати у тому числі для розгляду призначення бупренорфіну для лікування розладів вживання опіоїдів. Також пропонується застосовувати телемедичні засоби для проведення індивідуальної чи групової психотерапії.

Узагальнені рекомендації та політики щодо роботи із особами, які зловживають алкоголем та опіоїдами, та перебувають на лікування у програмі ЗПТ

Настанови щодо політик сайтів ЗПТ, наявних послуг та поведінки персоналу

Низка настанов дають загальні рекомендації для ведення осіб із вживанням алкоголю під час перебування у програмах ЗПТ.

ВООЗ (WHO, 2009a) вказує, що таким пацієнтам має бути забезпечено інтегрована цілісна допомога, щоб сприяти подоланню наявних проблем та попередженню майбутніх. Йдеться про медичні, психіатричні та соціальні проблеми, виявлені під час оцінювання. Для цього необхідно щоб персонал

мав різнопланові навички, або, як варіант, – можна залучати персонал із різними наборами навичок.

Рекомендується, щоб на початку лікування ЗПТ особа відмовилася від вживання алкоголю, бензодіазепінів та стимуляторів. Критично важливим вважається не видавати препарати ЗПТ особам, які є седованими чи інтоксикованими, через ризик надмірної седації. Працівники, як видають препарати, мають бути навчені оцінювати такі стани і вміти відмовляти таким пацієнтам; просити їх повернутися після детоксикації. Можна проводити дихальний тест для визначення рівня алкоголю.

В іншій настанові ВООЗ (*WHO, 2009б*) вказано, що пацієнтів ЗПТ необхідно інформувати про збільшення ризику передозування через вживання метадону у поєднанні з іншими речовинами. Також вказано, що пацієнтам, які вживають алкоголь, слід радити робити це помірно, вказавши на ризик передозування.

SAMHSA (США) рекомендує, при виявленні одночасної залежності від інших речовин, зокрема й алкоголю, направляти пацієнта на відповідне лікування від цього типу залежності (CSAT, 2004).

Окремі згади щодо менеджменту коморбідного вживання алкоголю наводяться у затвердженому в Україні стандарті медичної допомоги "Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів" (Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09.11.2020 № 2555)¹⁸

Зокрема, рекомендовано використовувати скринінг за допомогою інструменту АССИСТ, який крім інших речовин, містить пункти про алкоголь.

Також у рекомендаціях пацієнтам зазначено «Якщо Ви вживаєте наркотики-депресанти (наприклад, героїн) - наступні кроки знизять ризик розвитку у вас передозування: уникайте паралельного вживання інших наркотиків, особливо седативних або алкоголю». Рекомендовано таким пацієнтам починати лікування із зменшених доз метадону (20 мг і менше) або бупренорфіну (2 або 4 мг в перший день).

При супутній залежності від алкоголю розглядається можливість призначення одночасної терапії дисульфірамом.

Серед іншого, також зазначено, що вживання алкоголю є фактором ризику при видачі пацієнту препарату на руки, і відтак «Про низькі ризики видачі пацієнту препарату на руки свідчать такі фактори: ... 5) пацієнт не вживає алкоголю або вживає алкоголь на рівні, що не становить небезпеки».

Рекомендації щодо скринінгу вживання алкоголю в умовах сайтів ЗПТ

¹⁸ <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v2555282-20#Text>

В усіх рекомендаціях підкреслюється важливість оцінки вживання інших речовин пацієнтами ЗПТ, визначення можливої залежності від них та ризику передозування (*Henry-Edwards et al., 2009; Nolan et al., 2016*). Рекомендованими є щорічний скринінг та короткі інтервенції при зловживанні алкоголю, а дані досліджень показують суттєве зменшення вживання алкоголю за умови скринінгу саме серед учасників програм ЗПТ.

Рекомендовано, наприклад, щорічний рандомізований скринінг із використанням AUDIT-C, з наступним використанням повної версії AUDIT при результатах, які вказують на вживання алкоголю. Такі результати також передбачають скринінг на інші речовини та стани здоров'я, включно із гепатитом та хронічними хворобами серця, печінки тощо. Також зазначено, що аналіз біомаркерів може бути вбудовано у скринінговий процес, втім його користь є обмеженою і є важливою в основному для забезпечення лікуючого фахівця інформацією, а також для підтримки мотивації пацієнта долати зловживання (*Nolan et al., 2016*).

Після виявлення у пацієнтів програм ЗПТ проблем із вживанням алкоголю, варто очікувати та робити скринінг на низку інших проблем:

- складнощі психосоціального функціонування;
- історія психіатричних проблем;
- досвід важкої тривоги, галюцинацій, неконтрольованої агресії;
- суїцидальні наміри та думки (*Hartzler et al., 2010*).

Ідея скринінгу та виявлення зловживання алкоголем підтримана низкою даних, які свідчать про важливість низки послуг для зниження вживання (медична, психологічна підтримка, кейс-менеджмент, інші послуги на базі надання послуг із ЗПТ). Це допомагає утримувати пацієнтів у лікуванні та сприяє кращому залученню (*Hartzler et al., 2010*).

Рекомендації щодо менеджменту вживання алкоголю в умовах сайтів ЗПТ (психологічні та фармакологічні елементи)

Всі учасники програми ЗПТ, які були ідентифіковані як такі, що зловживають алкоголем, мають отримати пропозицію лікування. Особливо важливим менеджмент відміни алкоголю є в гострій стадії. Для оцінки ризику важкої відміни можливе використання Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale (PAWSS) (*Nolan et al., 2016*).

Для пацієнтів ЗПТ, які ще не мають виражених розладів вживання алкоголю, але мають ознаки зловживання, ефективними вважаються *Короткі інтервенції*, зокрема (AUDIT < 20). Також ефективною інтервенцією є *Мотиваційне інтерв'ю* (*Nolan et al., 2016*).

Пропозиція психотерапії та фармакотерапії є важливою для пацієнтів програм ЗПТ, зважаючи на більшу ймовірність у них додаткових розладів психічного здоров'я (*Hartzler et al., 2010*). Загальна рекомендація щодо

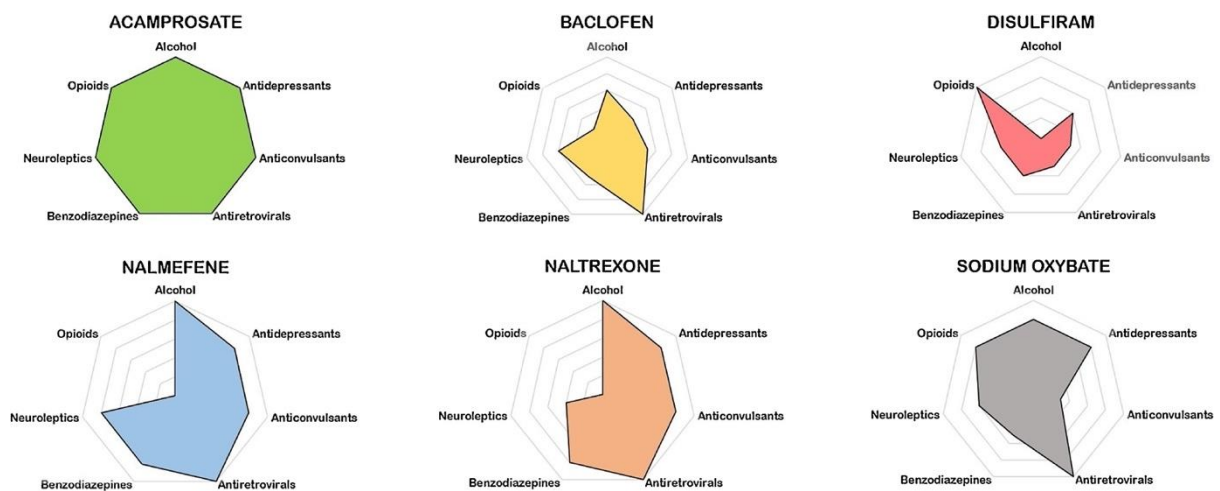
фармакотерапії при коморбідності розладів вживання алкоголю та опіоїдів у настановах Австралії та США (APA, 2018; Haber et al., 2009) – це не використовувати налтрексон, у тому числі і для осіб, які вживають медичні препарати на основі опіоїдів. Нагадаємо, що за рекомендаціями АПА (США), налтрексон призначається пацієнтам із розладами вживання алкоголю та опіоїдів лише у випадках відмови від вживання опіоїдів та вживання алкоголю (або зменшення вживання алкоголю), хоча б на клінічно значимий період.

Для пацієнтів ЗПТ рекомендують розглянути застосування акампросату або дисульфіраму. В випадках їх використання рекомендовано вдаватись до рідкої форми метадоу, яка не містить алкоголю (Henry-Edwards et al., 2009).

Слід зауважити, що станом на 2016 рік жодного дослідження щодо акомпросату для пацієнтів ЗПТ, які зловживають алкоголем, не було проведено. Щодо дисульфіраму – дані суперечливі, в одному з досліджень не виявлено відмінностей між застосуванням дисульфіраму та плацебо, в решті – наявні методологічні складнощі в організації досліджень (Nolan et al., 2016).

Можливою опцією, яка зараз досліджується, є використання налтрексону повільного вивільнення (XR-NTX). Він виглядає ефективним при лікуванні обох видів залежності, втім, при цьому також необхідна повна опіїдна детоксикація та відсутність прийому будь-яких опіоїдів (включно з метадоном чи бупренорфіном) (Garbutt et al., 2005; Comer et al., 2006).

На малюнку 2. представлено дані 2018 року про можливу взаємодію препаратів між собою – акампросату, дисульфіраму, налтрексону та метадоу й бупренорфіну зокрема (Guerzoni et al., 2018).



Малюнок 2. *Потенційна комбінація фокмакологічного лікування алкогольної залежності різними класами медикаментів. Витяг з Guerzoni et al., 2018, С.67.*

Результати наведеного аналізу свідчать про високу безпечність акампросату та низьку ймовірність взаємодії із іншими препаратами (на графіках показані варіанти спільного призначення препаратів (кольорові сегменти діаграм) та варіанти потенційно небезпечної взаємодії (сегменти без кольору)).

Ключові психосоціальні інтервенції, спрямовані на скорочення або зупинку вживання алкоголю, з акцентом на осіб, які мають залежність від опіоїдів та пацієнтів ЗПТ

Загальні рекомендації щодо інтервенцій при розладах вживання алкоголю (на основі зарубіжних клінічних настанов та рекомендацій)

Підсумкові результати огляду психологічних\психосоціальних інтервенцій, рекомендованих для роботи з особами, що мають розлади вживання алкоголю, наведено у таблиці 3. До уваги взяті усі інтервенції, згадані у аналізованих вище міжнародних настановах. Також наведено оригінальну назву інтервенцій поруч із українським перекладом, оскільки не усі інтервенції мають усталені україномовні назви.

Таблиця 3.

Психологічні / психосоціальні інтервенції рекомендовані для роботи з особами, що мають розлади вживання алкоголю

Психологічна \ психосоціальна інтервенція	НАСТАНОВИ			
	NICE, 2020 (UK)	Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems, 2009 (Австралія)	German Guidelines on Screening, Diagnosis and Treatment of Alcohol Use Disorders, 2017 (Німеччина)	Treatment of Alcohol Use Disorder New York State Department of Health AIDS Institute, 2020 (США)
Короткі інтервенції / Brief interventions	Не розглядається	Рекомендовано у форматі FLAGS або еквівалентному	Рекомендовано	Не розглядається
Мотиваційні інтервенції: - Терапія мотиваційного підсилення / Motivational enhancement therapy	Рекомендовано до використання, рівноефективно із іншими терапіями	Не розглядається	Рекомендовано	Рекомендовано
Мотиваційні інтервенції: - Мотиваційне інтерв'ю / Motivational interviewing	Не розглядається	Рекомендовано	Рекомендовано	Рекомендовано

Психологічна \ психосоціальна інтервенція	НАСТАНОВИ			
	NICE, 2020 (UK)	Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems, 2009 (Австралія)	German Guidelines on Screening, Diagnosis and Treatment of Alcohol Use Disorders, 2017 (Німеччина)	Treatment of Alcohol Use Disorder New York State Department of Health AIDS Institute, 2020 (США)
12-крокова фасилітація / 12-steps facilitation	Рекомендовано до використання, рівноефективно із іншими терапіями	Рекомендовано (AA)	Не розглядається	Рекомендовано
Когнітивно-поведінкова терапія / Cognitive Behavioral Therapy: <ul style="list-style-type: none"> - Стандартна когнітивно-поведінкова терапія / Standard cognitive behavioural therapy - Попередження рецидиву / Relapse prevention - Тренінг копінг- та соціальних навичок / Coping and social skills training 	Рекомендовано до використання, рівноефективно із іншими терапіями	Рекомендовано (coping skills training, relapse prevention)	Рекомендовано	Рекомендовано
Поведінкова терапії \ Behavioural therapies: <ul style="list-style-type: none"> - Експозиція до стимулів / Cue exposure - Поведінковий тренінг самоконтролю / Behavioural self-control training 	Менш ефективно, ніж інші терапії	Рекомендовано	Не розглядається	Не розглядається
Поведінкові терапії / Behavioural therapies: <ul style="list-style-type: none"> - Заохочувальний менеджмент / Contingency management 	Ефективно порівняно із контрольними групами, ефект порівняно із іншими терапіями неясний	Не розглядається	Рекомендовано	Рекомендовано
Терапії, базовані на соціальні мережі та середовищі / Social network and environment-based therapies <ul style="list-style-type: none"> - Терапія соціальної поведінки та мережі / Social behaviour and network therapy 	Рівноефективно із іншими терапіями	Не розглядається	Не розглядається	Не розглядається

Психологічна \ психосоціальна інтервенція	НАСТАНОВИ			
	NICE, 2020 (UK)	Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems, 2009 (Австралія)	German Guidelines on Screening, Diagnosis and Treatment of Alcohol Use Disorders, 2017 (Німеччина)	Treatment of Alcohol Use Disorder New York State Department of Health AIDS Institute, 2020 (США)
- Підхід підкріплення у громаді / The community reinforcement approach				
Терапія пар / Couples therapy (поведінкова терапія пар / behavioural couples therapy)	Рівно ефективно із іншими терапіями	Рекомендовано	Рекомендовано	Не розглядається
Короткотермінова психодинамічна терапія / Short-term psychodynamic therapy	Рівно ефективно із іншими терапіями	Не розглядається	Рекомендовано	Не розглядається
Резидентні реабілітаційні програми / Residential rehabilitation programs	Не розглядаються як психосоціальні інтервенції	Рекомендовано	Не розглядаються як психосоціальні інтервенції	Не розглядаються як психосоціальні інтервенції
Супервізовані пацієнтські групи / Supervised patients groups	Не розглядається	Не розглядається	Рекомендовано	Не розглядається
Робота із родичами / Work with relatives	Не розглядається	Не розглядається	Рекомендовано	Не розглядається
Інтервенції самопомоги / Self-help intervention	Керована самопомога ефективніша, за некеровану	Рекомендовані групи самопомоги для родин Рекомендовано підхід SMART Recovery	Не розглядається	Рекомендовано підхід SMART Recovery
Психоедукаційні інтервенції / Psychoeducational intervention (Psychoeducational Attention Control Treatment (PACT))	Результати змішані, ефективність наявна	Не розглядається	Не розглядається	Не розглядається
Майндфулнес медитація / Mindfulness meditation	Докази низької якості, рекомендувати наразі не можна	Не розглядається	Не розглядається	Рекомендовано

Психологічна \ психосоціальна інтервенція	НАСТАНОВИ			
	NICE, 2020 (UK)	Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems, 2009 (Австралія)	German Guidelines on Screening, Diagnosis and Treatment of Alcohol Use Disorders, 2017 (Німеччина)	Treatment of Alcohol Use Disorder New York State Department of Health AIDS Institute, 2020 (США)
Нейрокогнітивний тренінг / Neurocognitive training	Не розглядається	Не розглядається	Рекомендовано	Не розглядається

Як бачимо, існує низка психологічних / психосоціальних інтервенцій, щодо яких є докази ефективності (ефективність вимірювалася у різні способи – тривалість утримання, зменшення обсягів вживання, зростання прихильності до лікування, а також у різні проміжки часу – від кількох місяців після завершення лікування до 2х років після нього).

Рекомендації щодо інтервенцій при розладах вживання алкоголю залежно від важкості вживання

Крім рекомендацій щодо конкретних психологічних інтервенцій, є рекомендації щодо їх використання для осіб із проблемами вживання алкоголю різного ступеня складнощів. Загалом логіка рекомендацій будується на основі покрокового підходу (stepped care approach) розглянутого вище, а також на міркуваннях економічної ефективності і власне ефективності методів як таких. За наявності проблем вищого ступеня складнощів рекомендовано методи вищої інтенсивності та вартості (в сенсі витрат, у тому числі часових, на підготовку фахівців у цих інтервенціях та витрат на застосування цих інтервенцій).

NICE рекомендує (NICE, 2020):

- Для усіх осіб, які зловживають алкоголем, рекомендовані мотиваційні інтервенції як частина початкової оцінки стану. Інтервенції мають містити основні елементи мотиваційного інтерв'ю: допомагати людям визнавати проблеми, показувати амбівалентність, надихати на позитивні зміни і віру у здатність змінитися. Також важливо дотримуватися наполегливого і підтримуючого стилю, на протигагу суперечкам та конфронтуючій позиції.
- Інтервенції мають надавати навчені фахівці.
- Психосоціальні інтервенції мають наводитися у базованому на доказах посібнику із лікування з настановами щодо структури та тривалості інтервенції. Важливо отримувати регулярні супервізії, рутинно використовувати метод вимірювання результату лікування.

- Для усіх осіб, які шукають допомогу щодо зловживання алкоголю рекомендовані групи підтримки у громадах та групи самопомоги (**Анонімні Алкоголіки або SMART Recovery**).
 - Для осіб, які вживають надмірно, зловживають (**harmful drinkers**) та тих, які мають помірну алкогольну залежність – рекомендовані **когнітивно-поведінкова терапія, поведінкова терапія, або терапія, базовані на соціальних мережах та середовищі**.
 - Якщо такі особи мають постійного партнера, рекомендована також **терапія пар**.
 - Якщо такі особи не відповідають на лікування психологічними терапіями або самі хочуть мати фармакологічне лікування – рекомендовано акомпросат або оральний налтрексон у поєднанні із індивідуальними психологічними інтервенціями (зазначимо, що у випадку пацієнтів ЗПТ налтрексон не є рекомендованим).
 - КПТ, ПТ та Поведінкова терапія пар, фокусовані на проблемах, пов'язаних із алкоголем, зазвичай складаються із 60-хвилинних щотижневих сесій, протягом 12 тижнів.
 - Терапії, базовані на соціальних мережах та середовищі, зазвичай містять вісім (8) 50-хвилинних сесій протягом 12 тижнів.
 - Для дітей і молодих осіб віком 10-17 років – рекомендовано індивідуальну когнітивно-поведінкову терапію (для тих, хто має мало коморбідностей та добру соціальну підтримку); багатокomпонентну програму (багатомірну сімейну терапію, коротку стратегічну сімейну чи багатосистемну терапію) для тих, хто має значні коморбідності та/або обмежену соціальну підтримку.
- Клінічні настанови Австралії рекомендують (*Haber et al., 2009*):
- Коротку інтервенцію, якщо пацієнт має проблеми із алкоголем від низьких до помірних.
 - Мотиваційне інтерв'ю, програми попередження рецидивів, когнітивно-поведінкову терапію, фармакотерапію, самопомогу (групи АА, SMART Recovery), резидентні програми – у випадках, якщо проблеми з алкоголем більшої важкості, або Коротка інтервенція виявилася неефективною.

Аналіз досліджень ефективності інтервенцій щодо розладів вживання алкоголю для осіб, які мають залежність від опіоїдів та пацієнтів ЗПТ

Щодо досліджень психологічних інтервенцій, які застосовують при роботі із пацієнтами, залежними від опіоїдів та\або перебувають у програмах ЗПТ і мають проблеми із алкоголем, то їх дуже мало.

Перше дослідження такого типу було проведене у 1978 році й полягало у поєднанні дисульфіраму та поведінкового втручання, яке зараз називається «заохочувальний менеджмент» (contingency management, CM) – частині пацієнтів видавали метадон лише за умови та після прийому ними дисульфіраму, а частині – незалежно від прийому дисульфіраму (*Lebson et al., 1978*). Ефект був присутній лише в «умовній» групі. Наступне дослідження такого типу показало наявність незначного ефекту при поєднанні дисульфіраму та поведінкового втручання (CM) та відсутність ефекту при лікуванні дисульфірамом у поєднанні з «терапією, орієнтованою на утримання та контрольоване вживання» (abstinence oriented and controlled drinking therapies) (*Bickel et al., 1987*). У наступному малому дослідженні також показано наявність ефекту при застосуванні CM – умовою перебування в програмі ЗПТ був прийом дисульфіраму, а при пропусках прийому пацієнту загрожувало переведення на іншу програму. Втім, у дослідженні було задіяно лише три пацієнти (*Bickel et al., 1988*).

Невелике дослідження 2002 року показано, що зниження вживання може бути досягнуто при застосуванні технік мотиваційного інтерв'ю протягом 9-ти індивідуальних сесій (*Bennett et al., 2002*).

Дослідження, у якому порівнювалися вплив Мотиваційного інтерв'ю у двох форматах (груповому та індивідуальному) та Керованої медсестрами програми промоції здоров'я печінки (nurse-led hepatitis health promotion), показало, що при усіх трьох інтервенціях відбувається суттєве зниження вживання алкоголю у пацієнтів ЗПТ (*Nyamathi et al., 2010*).

У дослідженнях 2011 та 2016 року, в яких вивчалася коротка інтервенція (SBIRT – Screening and Brief Intervention, Referral to Treatment), було виявлено, що запровадження скринінгу та короткої інтервенції щодо алкоголю в закладах, які надають послуги ЗПТ, призводить до суттєвого зниження вживання алкоголю пацієнтами, залежними від опіоїдів. Досягнутий ефект тримався як мінімум 3 місяці після інтервенції (*Darker et al., 2012; 2016*).

Натомість у ще одному дослідженні не виявлено відмінності між зниженням вживання у контрольної групи та групи, щодо якої застосовувалися скринінг та коротка інтервенція (*Feldman et al., 2011*). Втім, дослідження має кілька методологічних огріхів, зокрема, у одну групу поєднувалися пацієнти з опіоїдною та кокаїновою залежністю, також не враховувалося відмінність між пацієнтами із алкогольними проблемами різного ступеня важкості.

Короткий опис інтервенцій із доведеною ефективністю, рекомендованих як мінімум у 2х настановах

У цьому розділі ми наведено короткі огляди усіх психологічних інтервенцій, які зустрічаються як мінімум двічі у розглянутих рекомендаціях щодо роботи із розладами вживання алкоголю. Розгляд цих інтервенцій додатково допоможе у прийнятті рішення щодо вибору втручань для пілотування в Україні.

Короткі інтервенції

У структурованому вигляді короткі інтервенції описуються у варіанті **FLAGS** (*Feedback, Listen, Advice, Goals, Strategies* – Зворотній зв'язок, Слухання, Поради, Цілі та Стратегії) або подібних форматах – **FRAMES** (*Feedback, Responsibility, Advice, Menu, Empathy, Self-Efficacy* – Зворотній зв'язок, Відповідальність, Поради, Меню, Емпатія, Само-ефективність), **5A** (*Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange* – Запитати, Порадити, Оцінити, Підтримати, Організувати).

Відповідно до клінічних настанов Австралії, короткі інтервенції полягають у передньому скринінгу на важкість вживання, та наступними порадами й інформуванням, організованими так, щоб досягти зниження рівня вживання алкоголю та\або пов'язаних із ним проблем (*Haber et al., 2009*). Загалом, вважається, що завдяки ним досягається 30% зниження рівня вживання. Зазначається, що на одного пацієнта, який суттєво зменшив вживання, припадає 10, які цього не зробили. При цьому для виявлення і залучення 10 пацієнтів треба провести скринінг для 100 осіб.

Формат надання короткої інтервенції – від 1 до 4 сесій, тривалістю від 5 до 30 хвилин кожна. При цьому зберігається дух мотиваційного інтерв'ю – не конфронтаційний, але підтримуючий і доброзичливий.

Елементи Короткої інтервенції у форматі FLAGS такі:

- Зворотній зв'язок, що передбачає індивідуалізоване інформування про ризики вживання, проблеми, стани здоров'я тощо.
- Слухання, як увага до реакцій пацієнта з подальшим переходом до обговорення його переконань щодо вживання, порівняння вживання із рештою популяції тощо. Корисним є вивчення «картини пиття» – системи переконань та поведінкових паттернів щодо вживання (що, коли, де, як, з ким вживається).
- Поради, що надаються у неосудливий, але наполегливий спосіб чітких рекомендацій щодо зміни паттерну вживання, рівня тощо.
- Обговорення цілей пацієнта щодо лімітів вживання та інсталяція надії щодо можливості їх досягти.
- Стратегії, що формулюються передусім на основі пропозицій пацієнта, того, як саме він може досягти цілей.

Суттєва перевага коротких інтервенцій в тому, що персонал можна доволі швидко навчити їх застосуванню. До того ж надавати короткі інтервенції може ціла низка фахівців, від соціальних працівників та медичних сестер до лікарів загальної практики, психіатрів тощо.

Надаватися короткі інтервенції також можуть у широкому спектрі закладів та установ. Це і центри первинної медичної допомоги, і відділення невідкладних станів, а також - госпіталі, амбулаторії, поліклініки, центри соціальних послуг, та, навіть, безпосередні робочі місця.

Цінним також є те, що ВООЗ розроблено та апробовано настанови щодо використання короткої інтервенції, які включають посібник зі скринінгу на основі AUDIT (*Babor et al., 2001*), посібник із інтервенції (*WHO, 2001*), та посібник для проведення тренінгу із цієї інтервенції (*WHO, 2017*).

Особливість версії короткої інтервенції від ВООЗ – це розподіл інтенсивності інтервенції залежно від важкості вживання за шкалою AUDIT:

0-7 балів – Просвіта щодо алкоголю.

8-15 балів – Прості поради.

16-19 балів – Прості поради, Коротке консультування та Моніторинг.

20-40 балів – Направлення до фахівця для діагностики та лікування.

Слід лише зауважити, що усі ці матеріали розроблено із фокусом на первинну ланку охорони здоров'я, тому при зміні цільової аудиторії ймовірно буде потрібна додаткова адаптація матеріалів.

Мотиваційне інтерв'ю

Основна особливість Мотиваційного інтерв'ю полягає в тому, що це радше стиль консультування, ніж конкретна структурована інтервенція чи психотерапевтичний метод. Його задача – дослідити і допомогти особі усвідомити її амбівалентність щодо змін, а також мотивувати до конкретних дій та поведінкових змін. Стиль мотиваційного інтерв'ю – неконфронтуюча та «запитуюча» манера взаємодії, при якій терапевт є радше фасилітатором, ніж експертом (*Haber et al., 2009*). Нижче наведено принципи інтерв'ю.

- Співпраця (*collaboration*). Терапевт і пацієнт разом працюють над змінами, без примусу, із фокусом на дослідженні ситуації пацієнта та спільним пошуком стратегій змін.
- Виявлення (*evocation*). Пацієнт розглядається як джерело ресурсів, які допоможуть йому ж змінитися. Задача терапевта - ці ресурси виявити разом із пацієнтом.
- Автономія (*autonomy*). Терапевт поважає самостійність пацієнта, його право вибору, здатність зробити поінформований вибір.

Особливостями роботи є емпатійність, рефлексія поведінкових неузгодженостей, робота з опором та підтримка самоефективності.

- Емпатійність. Терапевт неосудно слухає та приймає пацієнта. Небажання змін та амбівалентність сприймається як нормальна поведінка. Вважається, що саме таке рефлексивне слухання та прийняття є факторами, які фасилітують зміни.
- Рефлексія неузгодженості. Йдеться про виявлення та опрацювання неузгодженості між теперішньою поведінкою пацієнта та його цілями, цінностями, життєвими планами тощо.
- Робота з опором. Йдеться про опір, який виникає у терапевтичних стосунках. Його варто усіяко уникати. Вважається, що якщо виникає опір – терапевт зайняв занадто наполегливу та конфронтуючу поведінку. Важливо не нав'язувати нові перспективи, а опиратися на пацієнта як їхнє джерело.
- Підтримка самоефективності. Йдеться про важливість підтримки віри пацієнта у можливість змін, його здатність змінити поведінку та досягти бажаної мети. Віра терапевта у спроможність пацієнта до змін є потужним фактором таких змін.

Мотиваційне інтерв'ю може бути вбудовано у роботу на будь-яких її стадіях. Посібники та міжнародна мережа тренерів із мотиваційного інтерв'ю¹⁹ можуть допомогти підготувати фахівців, але подальше якісне масштабування із використанням, наприклад, схеми тренінгу тренерів, виглядає проблематичним через відносну неструктурованість підходу. Тож, варто звернути увагу на більш структуровані підходи.

Терапія мотиваційного підсилення

Терапія мотиваційного підсилення (Motivational enhancement therapy, MET²⁰) розроблена на основі принципів мотиваційного інтерв'ю, із опорою на модель змін Прохазки-ДіКлементе, але при цьому є структурованою та мануалізованою інтервенцією, яка має чіткі часові межі (Lenz et al., 2016).

Тривалість MET – 90 днів, 4 сесії. Перед початком клієнт проходить низку тестів, а також має продемонструвати тверезість (через дихальний тест, наприклад).

Перша сесія проводиться із залученням не лише пацієнта, але й його близької людини (по можливості), тієї, яка може надавати підтримку. На цій сесії робиться огляд результатів оцінки, дається зворотній зв'язок, визначаються плани щодо лікування та підсилюється мотивація до змін. По завершенні сесії пацієнт отримує написану терапевтом лист з персоналізованим повідомленням, що щеплює надію, підтримує та нагадує про наступну зустріч.

¹⁹ <https://motivationalinterviewing.org/>

²⁰ Зауважимо, що переклад українською не є усталеним.

Друга сесія відбувається у інтервалі від 1 до 2 тижнів після першої. Її мета – підсилити прихильність до змін. Основний результат цієї сесії має бути у вигляді персоналізованого плану поведінкових змін.

Третя та четверта проводяться зазвичай на 6-му та 12-му тижні від часу першої сесії. Під час цих сесій терапевт підтримує мотиваційні процеси, разом з пацієнтом переглядає прогрес, працює над оновленням мотивації та розвитком прихильності. На останній сесії також розробляється план завершення терапії та накреслюються плани на майбутнє.

Важливо відмітити, що для МЕТ розроблено структурований посібник, який може стати основою для наступного масштабування цієї інтервенції. Посібник 1992 року наявний у вільному доступі (*Miller, 1992*), 2014-го – наразі лише у продажу.

Інтервенції самопомоги: 12-крокова програма (АА) та SMART Recovery

12-крокова програма

12-крокова програма була розроблена організацією Анонімні Алкоголіки, яка є мережею підтримки рівний-рівному для осіб із залежністю від алкоголю. 12 кроків є ядром руху АА. Участь у програмі є безкоштовною та анонімною, а також добровільною.

Алкогольна залежність в межах програми розуміється як фізична та духовна (що важливо) хвороба, а бажаним станом є повне утримання від вживання (*NICE, 2020*).

Програма має структуровану форму і передбачає відвідування 90 зустрічей протягом 90 днів. Цим участь не обмежується – зустрічі можна відвідувати стільки, скільки є потреба та бажання. На зустрічах створюється атмосфера відкритості та можливості вільно обговорювати свої складнощі. Як правило, після кількох перших зустрічей новому учаснику призначають ментора (спонсора), особу, які була у тверезості більше року. Зі спонсором можна контактувати будь-коли у випадку потреби.

В цілому, описують три стадії процесу. На першій стадії 1 (кроки 1-3) особа має визнати нездатність контролювати залежність і потребу у допомозі від когось чи чогось більшого, ніж вона сама. На другій стадії (кроки 4-10) робота йде над розвитком самоусвідомлення через своєрідне «моральне дослідження», що допомагає пройти через тригери, які можуть спонукати до рецидиву. Третя стадія (кроки 11-12) – це робота над розвитком духовності та призначення, підтримки інших. Духовність є важливою складовою усіх кроків (*Haber et al., 2009*).

АА в Україні наявні - <https://aa.org.ua/> .

SMART Recovery

SMART Recovery®²¹ - альтернатива АА, яка може бути корисна тим, кому неприйнятний духовний аспект 12-крокової програми. SMART - Self Management and Recovery Training (Тренінг самоуправління та відновлення). Програма реалізується групами взаємної допомоги та поширена по всьому світові. Як і 12 кроків, програма використовує підхід рівний рівному, але фасилітаторів готують заздалегідь. З метою підтримки мотивації та навчання технікам управління стилем життя, проблемами та складнощами, – використовується підхід когнітивно-поведінкової терапії та тренінгу.

Описуються такі 4 елементи програми:

1. Підсилення та підтримка мотивації утримання від вживання.
2. Копінг із потягом.
3. Вирішення проблем (менеджмент думок, почуттів та поведінки).
4. Життєвий баланс (розвиток балансу між миттєвим та віддаленим задоволенням).

Загалом підходи, які використовують принципи рівний-рівному та самопомоги, мають достатні докази ефективності. Втім, для свідомого їх поширення та масштабування важливою є мотивація самих спільнот. В цьому контексті більш цінним буде мати контакти місцевих груп підтримки та мати змогу додатково скерувати до них пацієнтів, які того потребують і готові до такого формату праці. У контексті пацієнтів ЗПТ, важливо відмітити, що групи АА вимагають повного утримання від усіх речовин. Саме тому пацієнтам, які мають залежність від алкоголю чи інші проблеми, та одночасно перебувають на лікуванні в програмі ЗПТ, доступ може бути утруднено.

Варіанти втручань, базовані на когнітивно-поведінковій терапії

Стандартна когнітивно-поведінкова терапія.

Метод базується на когнітивно-поведінковій моделі залежності, яка включає як фізіологічний, так і психологічний компонент у вигляді думок, настрою/емоцій та поведінки. КПТ передбачає послідовну роботу із нерациональними думками (від негативних автоматичних думок до глибших переконань та цінностей), менеджмент негативного настрою та емоцій, та втручання для управління поведінкою, пов'язаною із вживанням.

Стандартна КПТ є обмеженою у часі, структурованою психологічною інтервенцією з високими доказами ефективності (*Fenn & Byrne, 2013*).

В Україні метод є доступним завдяки роботі Українського Інституту КПТ²². Втім, повноцінна підготовка КПТ-терапевта займає близько 4х років, що є значним бар'єром для широкого впровадження. Реєстр членів

²¹ <https://www.smartrecovery.org/>

²² <https://i-cbt.org.ua/>

Української асоціації КПТ можна використовувати для створення системи перескерувань, особливо якщо такі фахівці працюють в центрах ЗПТ або інших закладах, які надають безоплатну допомогу у сфері психічного здоров'я²³.

Попередження рецидиву

«Попередження рецидиву» є інтервенцією, яка базована на КПТ і зосереджена на навчанні пацієнта ідентифікації ситуацій високого ризику вживання, зміні очікувань та розвитку самоефективності. Фокус робиться на тренуванні навичок розпізнавати ризиковані ситуації та стратегій справлятися із ними ефективно (*Larimer & Marlatt, 2004*). Використовується цілий набір технік. Основною метою – є навчити пацієнта збалансованому стилю життя та допомогти здобути «позитивні» залежності.

Техніки попередження рецидиву, як правило, вивчаються студентами у загальному курсі КПТ, або на додаткових КПТ-програмах.

Тренінг копінг- та соціальних навичок

Тренінг базується на КПТ моделі, а також теорії соціального навчання. Задача тренінгу полягає у нарощування здатності особи справлятися із ситуаціями високого ризику, а також із міжособистісними складнощами (*Monti et al., 1995*).

Є посібник із усіма необхідними матеріалами. Втім, у вільному доступі наявні лише фрагменти, які не дають змоги скласти повне уявлення про тренінг, попри описані докази його ефективності. Факт відсутності вільного доступу говорить про бар'єри на шляху до його широкого масштабування (*Monti, (Ed). 2002*).

Поведінкова терапія (заохочувальний менеджмент)

Заохочувальний менеджмент (contingency management, CM) (*Petry, 2011*) – підхід, базований на принципах поведінкової терапії. Основна ідея підходу – бажана поведінка повторюється частіше, якщо підкріплюється (винагороджується), а небажана припиняється з часом, за відсутності підкріплення. Варто звернути увагу, що тут не йдеться про покарання за небажану поведінку, а лише про винагороди за бажану або їх відсутність при небажаній поведінці.

CM є радше не прямою, а опосередкованою інтервенцією, вбудованою у специфічну організації надання послуг особам із залежністю.

Традиційно, при застосуванні CM кілька разів на тиждень збирають зразки сечі, щоб виявили періоди утримання від вживання. Власне, за ці періоди і надається підкріплення (у монетарній формі, ваучерній, або

²³ <http://uacbt.org.ua/chlenstvo-v-asotsiatsiyi/>

призовій – безпрограшній лотереї, наприклад, в якій можна виграти від 1 до 100 доларів, або у формі клінічних привілеїв). При цьому, винагорода поступово зростає при зростанні періодів та тривалості утримання.

Організаційно модель СМ виглядає привабливо, адже не вимагає специфічного навчання фахівців (як, наприклад при МІ або КПТ), і може бути реалізована навіть без їх. Водночас, слід врахувати витрати на регулярні аналізи, а також організаційні зусилля для неперервного підтримання процесів. Також слід врахувати, що у випадку припинення програми СМ у закладі, може відбутися суттєве погіршення стану пацієнтів через рецидиви, втрату довіри до закладу та персоналу. Відтак, слід розуміти, що йдеться до довготривалі зобов'язання перед пацієнтами.

В цілому, програма СМ може масштабована та рекомендована як додаткова опція до інших інтервенцій.

Терапія пар

Зміст терапії пар може бути доволі різний, адже для такої роботи використовують різні методологічні базиси – психодинамічний, системний сімейний або КПТ. Найбільша кількість досліджень стосуються саме поведінкової терапії пар (ПТП), тому про неї й будемо вести мову (*Fals-Stewart et al., 2005; Klostermann & Fals-Stewart, 2008*). Перед ПТП ставиться задача допомогти парі налагодити стосунки через навчання ефективнішим комунікативним навичкам, визнанні та зауваженні приємної поведінки, а також залученні до спільних відновлювальних активностей.

Стандартна версія ПТП є структурованою інтервенцією, описаною у відповідному посібнику (*O'Farrell & Fals-Stewart, 2012*).

Втім, кілька бар'єрів можуть стояти на шляху до масштабування цієї інтервенції – необхідність створювати систему навчання цьому методу, оскільки на теренах України він відсутній, а також складнощі з залученням партнерів осіб із залежністю.

Короткотермінова психодинамічна терапія

В основі короткотермінової психодинамічної терапії (*Leichsenring et al., 2004*) лежить психоаналітична модель. Терапевт та пацієнт досліджують конфлікти минулого і те, як вони проявляються у теперішніх ситуаціях та стосунках. Багато уваги приділяється дослідженню почуттів, свідомих та несвідомих процесів, які походять із минулого. Процес не є жорстко структурованим, навчання навичкам відсутнє.

Традиційно процес триває 16-30 сесій, але можуть бути й відхилення в ту або іншу сторону.

Масштабування та широке впровадження такої інтервенції не виглядає реалістичним з огляду на складність і тривалість підготовки фахівців для роботи з цим методом.

Підсумкові рекомендації щодо вибору інтервенцій для впровадження в Україні на сайтах ЗПТ

З огляду на проведений аналіз та такі параметри, як тривалість інтервенції, наявність\відсутність настанов з її впровадження, а також часові та фінансові можливості підготовки фахівців, – можна рекомендувати для впровадження та масштабування в умовах сайтів ЗПТ такі підходи:

1. У якості методу першої лінії (для пацієнтів із низьким та помірним рівнем проблем) рекомендована «Коротка інтервенція» у форматі, запропонованому ВООЗ, у комплексі з скринінгом за допомогою AUDIT.
2. У якості інструменту другої лінії (для пацієнтів із важкими станами) рекомендовано впровадити структуровану інтервенцію «Терапія мотиваційного підсилення».
3. У якості додаткового інструменту, який може доповнювати попередні два, рекомендовано запровадити «Заохочувальний менеджмент», який буде тривалий час підтримувати пацієнтів. Щодо заохочень, то тут слід підходити індивідуально та креативно і з врахуванням цільової аудиторії та можливостей закладу.
4. Методи самопомоги, у випадку їх доступності / наявності поруч із сайтами ЗПТ (АА) варто рекомендувати пацієнтам, які потребують додаткової підтримки (особливо, якщо це пацієнти, які вирішили припинити участь у програмі ЗПТ, адже групи АА вимагають повної відмови від усіх речовин). Для цього слід дізнатися про їх наявність та надати контакти місцевих груп.
5. Інші методи, перераховані тут, рекомендовано застосовувати за наявності фахівців, підготовлених відповідно до стандартів навчання того чи іншого методу.

Рекомендації для національного та регіонального рівнів щодо впровадження інтервенцій спрямованих на скорочення/ зупинку вживання алкоголю

Зважаючи на поширеність розладів вживання алкоголю, та високий показник коморбідності цих розладів та розладів вживання опіоїдів; враховуючи суттєвий руйнівний вплив на особистість, її психічне та фізичне здоров'я взаємодію алкоголю та опіоїдів, вплив вживання алкоголю на підвищення смертності від передозування, погіршення соціального функціонування та якості життя, а також зниження показників утримання пацієнтів у програмах ЗПТ – рекомендовано на національному та місцевому рівнях здійснити низку заходів щодо впровадження інтервенцій, спрямованих на скорочення вживання алкоголю або на зупинку його вживання, із особливою увагою до осіб, які перебувають у програмах ЗПТ.

1. Розвиток спроможностей фахівців та організацій-надавачів послуг виявляти осіб, які мають розлади вживання алкоголю.

На національному рівні:

- Створити передумови для впровадження скринінгу розладів вживання алкоголю у рутинну практику лікарів первинної ланки охорони здоров'я, а також усіх лікарів спеціалізованої (вторинної) ланки, а також фахівців із надання соціальних послуг.
- Затвердити стандарти такого скринінгу, інструменти для його проведення (рекомендовано AUDIT).
- Розробити механізми впровадження навчання фахівців стандартам скринінгу, інструментам та тактикам повідомлення результатів скринінгу.

На місцевому рівні (область, район, ОТГ):

- Провести оцінку мережі закладів охорони здоров'я та надавачів соціальних послуг.
- Розробити план охоплення навчанням стандартам та інструментам скринінгу фахівців закладів.
- Реалізувати навчання із задіянням механізмів, розроблених на національному рівні.

На рівні закладів (у тому числі, сайтів ЗПТ):

- Організувати навчання фахівців первинної та вторинної ланки охорони здоров'я (у тому числі, медичних сестер), та фахівців закладів із надання соціальних послуг (соціальних робітників, соціальних працівників, фахівців соціальної роботи, психологів, соціальних менеджерів тощо) стандартам скринінгу та інструментам, та тактикам повідомлення його результатів.

- Створити передумови для здійснення скринінгу та повідомлення результатів у рутинному порядку у закладі (внутрішні накази, зміни до стандартних операційних процедур тощо).
2. Розбудова та впровадження у закладах охорони здоров'я моделі «покрокового надання допомоги» щодо здійснення інтервенцій, спрямованих на допомогу особам із розкладами вживання алкоголю.

На національному рівні:

- Розробити рекомендації до впровадження у закладах охорони здоров'я (у тому числі сайтах ЗПТ) та закладах із надання соціальних послуг моделі «покрокового надання допомоги» щодо здійснення інтервенцій, спрямованих на допомогу особам із розкладами вживання алкоголю (мінімальних міжвідомчих Стандартів із впровадження моделі «покрокового надання допомоги»).

На місцевому рівні (область, район, ОТГ):

- Надати організаційну та фінансову підтримку закладам для впровадження у них моделі «покрокового надання допомоги».
- Організувати співпрацю між закладами при перенаправленні пацієнтів між рівнями допомоги, які відсутні в одному закладі, але наявні в іншому.
- Організувати співпрацю між закладами та діючими у місцевості групами самодопомоги (АА або подібні).

На рівні закладів (у тому числі, сайтів ЗПТ):

- Впровадити у закладі\закладах модель «покрокового надання допомоги» особам із розкладами вживання алкоголю, яка передбачає: а) оцінку важкості розладу та потреб особи, б) надання особі втручання, яке відповідає до важкості її стану (низький та помірний рівень проблем – «Коротка інтервенція» у форматі ВООЗ; важчі стани – «Терапія мотиваційного підсилення»; ще важчі стани – медикаментозні втручання, детоксикація тощо, в) відстеження стану особи та менеджмент переміщення між рівнями допомоги, а також залучення додаткових послуг у разі наявності додаткових потреб – соціальних, юридичних тощо.
- Налагодити співпрацю між організаціями самодопомоги, як АА, для додаткового скерування пацієнтів.
- Залучити пацієнтів закладу до розробки цієї моделі, із застосуванням індивідуального (бесіди, інтерв'ю) та групового (фокус-групи, мозкові штурми) форматів.

3. Розвиток спроможностей фахівців та організацій-надавачів послуг із охорони здоров'я здійснювати доказові інтервенції, спрямовані на зменшення вживання алкоголю або припинення його вживання.

На національному рівні:

- Створити передумови для впровадження у закладах доказових інтервенцій через створення відповідних Стандартів / Протоколів / Настанов, у яких ці інтервенції зазначаються як інтервенції першого вибору (у першу чергу, структуровані мануалізовані інтервенції «Коротка інтервенція» у форматі ВООЗ та «Терапія підсилення мотивації», а також «Заохочувальний менеджмент»).
- Розробити механізми впровадження навчання фахівців цим доказових інтервенціям (а також іншим доказовим інтервенціям відповідно до міжнародних стандартів навчання) та офіційного визнання їх кваліфікації.
- Передбачити супервізійну підтримку фахівцям, які здійснюватимуть ці інтервенції.

На місцевому рівні (область, район, ОТГ):

- Розробити план охоплення навчанням інтервенціям фахівців закладів, відповідно до результатів оцінки мережі закладів та із врахуванням контингенту фахівців, задіяних у наданні допомоги у рамках по-крокової моделі.
- Реалізувати навчання із задіянням механізмів, розроблених на національному рівні.

На рівні закладів (у тому числі, сайтів ЗПТ):

- Організувати навчання фахівців таким методам, як «Коротка інтервенція» у форматі ВООЗ та «Терапія підсилення мотивації», а також «Заохочувальний менеджмент», відповідно до ролі кожного фахівця у по-кроковій моделі.
- Створити передумови для здійснення надання зазначених інтервенцій у рамках покрокової моделі (внутрішні накази, зміни до стандартних операційних процедур тощо).
- Здійснювати моніторинг ефективності та якості надання допомоги, із залученням як інструментів скринінгу, так і зворотнього зв'язку від пацієнтів (опитування, анкетування, індивідуальні бесіди, фокус-групи тощо).
- За наявності ресурсів – рекомендовано організувати \ підтримати навчання фахівців-психологів іншим доказовим втручанням – когнітивно-поведінковою терапією, поведінковим терапіям, поведінковою терапією пар.

4. Розбудова внутрішніх (на рівні закладу) та зовнішніх (на рівні громади) маршрутів пацієнтів на основі моделі «покрокового підходу»

На національному рівні:

- Розробити рекомендації для місцевого рівня щодо оцінки потреб, оцінки мережі закладів та їхніх послуг, планування їх розвитку та

алгоритмів розробки маршрутів пацієнтів (внутрішніх та зовнішніх) на основі моделі «покрокової допомоги», із описом кращих практик.

- Провести пілотування рекомендацій та розробки маршрутів пацієнтів.
- Масштабувати отримані результати на місцевий рівень.

На місцевому рівні (область, район, ОТГ):

- На основі оцінки мережі закладів, аналізу їхніх послуг розробити зовнішні маршрути пацієнтів на основі моделі «покрокової допомоги», із дотриманням неперервності допомоги та наближення послуг до громад (із залученням закладів та користувачів послуг, пацієнтів).
- Забезпечити міжвідомчу координацію та інформування закладів щодо маршрутів та алгоритмів взаємодії між закладами.
- Організувати навчання фахівців закладів користуватися розробленими маршрутами.
- Забезпечити населення доступною інформацією щодо закладів, послуг, пов'язаних із розладами вживання алкоголю.

На рівні закладів (у тому числі, сайтів ЗПТ):

- Розробити внутрішні маршрути пацієнтів, на основі моделі «покрокової допомоги», із залученням як фахівців, так і пацієнтів.
- Забезпечити роботу маршруту через навчання фахівців, координацію діяльності підрозділів, супровід та моніторинг ефективності маршрутів (у тому числі, через отримання зворотного зв'язку від фахівців, задіяних у маршрутах, та пацієнтів).

5. Інформаційний супровід здійснених заходів із розвитку спроможностей та маршрутів пацієнтів для покращення доступу до послуг.

На національному рівні:

- Забезпечити стратегічну рамку для інформаційних заходів, через включення кращих практик інформування населення, до рекомендацій із розробки маршрутів.
- Здійснювати промоцію ефективних доказових методів допомоги при розладах вживання речовин, у тому числі засобами соціальної реклами, ЗМІ, соціальних мереж, а також заходи із подолання стигми щодо осіб із цими розладами.

На місцевому рівні (область, район, ОТГ):

- Забезпечити населення доступною інформацією щодо закладів, послуг, пов'язаних із розладами вживання алкоголю.
- Забезпечити стратегічну рамку для закладів щодо інформування населення про їхні послуги та місце у маршруті пацієнта.

На рівні закладів (у тому числі, сайтів ЗПТ):

- Забезпечити інформування пацієнтів про можливі внутрішні та зовнішні маршрути.
- Забезпечити ведення випадку (кейс-менеджмент) для пацієнтів з метою кращого задоволення потреб та ефективного лікування.

6. Підтримка розвитку мережі самопомоги та включення цієї мережі до маршрутів пацієнтів.

На національному рівні:

- Здійснювати промоцію ефективних та вартих довіри мереж самопомоги та гарячих ліній, у тому числі засобами соціальної реклами, ЗМІ, соціальних мереж.
- Розробити і впровадити заходи із національної підтримки мереж самопомоги, через національні форуми, грантове фінансування та інші заходи, спрямовані на підсилення цих мереж та нарощування їхньої спроможності надавати підтримку.

На місцевому рівні (область, район, ОТГ):

- Здійснювати моніторинг наявних у громаді мереж самопомоги та забезпечувати доступність інформації про них.
- Здійснювати підтримку місцевих осередків мереж самопомоги, через місцеві бюджети розвитку.

На рівні закладів (у тому числі, сайтів ЗПТ):

- Налагодити співпрацю із місцевими осередками мереж самопомоги, організувати заходи зі особистого знайомства фахівці закладу та членів цих осередків (через спільні формальні та неформальні заходи).
- Забезпечити інформування пацієнтів про наявні у громаді мережі самопомоги.
- Забезпечити отримання від пацієнтів зворотного зв'язку про отримання допомоги в цих мережах, наявність та якість допомоги, відсутність порушень прав людини, з метою вчасного реагування та можливих змін у режимі співпраці.

ЛІТЕРАТУРА

- КМІС (2018). Психічне здоров'я у Донецькій та Луганській областях – 2018.
https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/2018_mhpss_report_ua.pdf
- APA (2018). The American Psychiatric Association Practice Guideline For The Pharmacological Treatment Of Patients With Alcohol Use Disorder
<https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9781615371969>
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in. *World Health Organization*.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf?sequence=1
- Bennett, G. A., Edwards, S., & Bailey, J. (2002). Helping methadone patients who drink excessively to drink less: short-term outcomes of a pilot motivational intervention. *Journal of Substance Use*, 7(4), 191-197.
- Bickel, W. K., & Amass, L. (1993). The relationship of mean daily blood alcohol levels to admission MAST, clinic absenteeism and depression in alcoholic methadone patients. *Drug and alcohol dependence*, 32(2), 113-118.
- Bickel, W. K., Marion, I., & Lowinson, J. H. (1987). The treatment of alcoholic methadone patients: a review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 4(1), 15-19.
- Bickel, W. K., Rizzuto, P., Zielony, R. D., Klobas, J., Pangiosonlis, P., Mernit, R., & Knight, W. F. (1988). Combined behavioral and pharmacological treatment of alcoholic methadone patients. *Journal of Substance Abuse*, 1(2), 161-171.
- Bromet, E. J., Gluzman, S., Paniotto, V., et al. (2005) Epidemiology of psychiatric disorders in Ukraine: findings from the Ukraine Mental Health Survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 689–690
- Center for Substance Abuse Treatment. (2004). Clinical guidelines for the use of buprenorphine in the treatment of opioid addiction.
- Comer, S. D., Sullivan, M. A., Yu, E., Rothenberg, J. L., Kleber, H. D., Kampman, K., ... & O'Brien, C. P. (2006). Injectable, sustained-release naltrexone for the treatment of opioid dependence: a randomized, placebo-controlled trial. *Archives of general psychiatry*, 63(2), 210-218.
- Darke, S., Duflou, J., & Torok, M. (2010). The comparative toxicology and major organ pathology of fatal methadone and heroin toxicity cases. *Drug and alcohol dependence*, 106(1), 1-6.
- Darker, C. D., Sweeney, B. P., El Hassan, H. O., Smyth, B. P., Ivers, J. H. H., & Barry, J. M. (2012). Brief interventions are effective in reducing alcohol consumption in opiate-dependent methadone-maintained patients: Results from an implementation study. *Drug and alcohol review*, 31(3), 348-356.
- Darker, C. D., Sweeney, B., Keenan, E., Whiston, L., Anderson, R., & Barry, J. (2016). Screening and brief interventions for illicit drug use and alcohol use in methadone maintained opiate-dependent patients: Results of a pilot cluster randomized controlled trial feasibility study. *Substance use & misuse*, 51(9), 1104-1115.
- Degenhardt, L., Chiu, W. T., Sampson, N., et al. (2008) Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine*, 5, e141
- Denooz, R., & Charlier, C. (2006). Fatal methadone poisoning: observations at the CHU of Liege. *Acta Clinica Belgica*, 61, 32-36.

- El-Bassel, N., Schilling, R. F., Turnbull, J. E., & Su, K. H. (1993). Correlates of alcohol use among methadone patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *17*(3), 681-686.
- EMCDDA (2016). Drug use among the general population and young people. https://www.emcdda.europa.eu/countries/ukraine_en#prevalence
- Fals-Stewart, W., O'Farrell, T. J., Birchler, G. R., Córdova, J., & Kelley, M. L. (2005). Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse: Where we've been, where we are, and where we're going. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *19*(3), 229-246.
- Feldman, N., Chatton, A., Khan, R., Khazaal, Y., & Zullino, D. (2011). Alcohol-related brief intervention in patients treated for opiate or cocaine dependence: a randomized controlled study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, *6*(1), 1-8.
- Fenn, K., & Byrne, M. (2013). The key principles of cognitive behavioural therapy. *InnovAiT*, *6*(9), 579-585.
- Garbutt, J. C., Kranzler, H. R., O'Malley, S. S., Gastfriend, D. R., Pettinati, H. M., Silverman, B. L., ... & Vivitrex Study Group. (2005). Efficacy and tolerability of long-acting injectable naltrexone for alcohol dependence: a randomized controlled trial. *Jama*, *293*(13), 1617-1625.
- Glantz, M. D., Bharat, C., Degenhardt, L., Sampson, N. A., Scott, K. M., Lim, C. C., ... & WHO World Mental Health Survey Collaborators. (2020). The epidemiology of alcohol use disorders cross-nationally: Findings from the World Mental Health Surveys. *Addictive Behaviors*, *102*, 106128.
- Guerzoni, S., Pellesi, L., Pini, L. A., & Caputo, F. (2018). Drug-drug interactions in the treatment for alcohol use disorders: a comprehensive review. *Pharmacological research*, *133*, 65-76.
- Haber, P., Lintzeris, N., Proude, E., & Lopatko, O. (2009). Guidelines for the treatment of alcohol problems. <https://www.health.gov.au/resources/publications/guidelines-for-the-treatment-of-alcohol-problems>
- Häkkinen, M., Launiainen, T., Vuori, E., & Ojanperä, I. (2012). Benzodiazepines and alcohol are associated with cases of fatal buprenorphine poisoning. *European journal of clinical pharmacology*, *68*(3), 301-309.
- Hartzler, B., Donovan, D. M., & Huang, Z. (2010). Comparison of opiate-primary treatment seekers with and without alcohol use disorder. *Journal of substance abuse treatment*, *39*(2), 114-123.
- Hartzler, B., Donovan, D. M., & Huang, Z. (2010). Comparison of opiate-primary treatment seekers with and without alcohol use disorder. *Journal of substance abuse treatment*, *39*(2), 114-123.
- Henry-Edwards, S., Gowing, L., White, J., Ali, R., Bell, J., Brough, R., ... & Quigley, A. (2009). Clinical guidelines and procedures for the use of methadone in the maintenance treatment of opioid dependence. *Pharmacotherapies for the Treatment of Opioid Dependence: Efficacy, Cost-Effectiveness and Implementation Guidelines*. New York, NY, 354-389.
- Henry-Edwards, S., Gowing, L., White, J., Ali, R., Bell, J., Brough, R., ... & Quigley, A. (2009). Clinical guidelines and procedures for the use of methadone in the maintenance treatment of opioid dependence. *Pharmacotherapies for the Treatment of Opioid Dependence: Efficacy, Cost-Effectiveness and Implementation Guidelines*. New York, NY, 354-389
- Huang, W., Penaherrera, E. P., Desir, D. F., Gamarro, D. L., Cottrell, J., Chu, T., & Chang, S. L. (2019). Bi-directional Acceleration of Alcohol Use and Opioid Use Disorder. *Journal of drug and alcohol research*, 2019.

- Joseph, H., & Appel, P. (1985). Alcoholism and methadone treatment: consequences for the patient and program. *The American journal of drug and alcohol abuse*, *11*(1-2), 37-53.
- Khue, P. M., Tham, N. T., Mai, D. T. T., Van Thuc, P., Thuc, V. M., Van Han, P., & Lindan, C. (2017). A longitudinal and case-control study of dropout among drug users in methadone maintenance treatment in Haiphong, Vietnam. *Harm reduction journal*, *14*(1), 1-8.
- Kleykamp, B. A., Vandrey, R. G., Bigelow, G. E., Strain, E. C., & Mintzer, M. Z. (2015). Effects of methadone plus alcohol on cognitive performance in methadone-maintained volunteers. *The American journal of drug and alcohol abuse*, *41*(3), 251-256.
- Klimas, J., Nosova, E., Sociás, E., Nolan, S., Brar, R., Hayashi, K., ... & Wood, E. (2018). Factors associated with discontinuation of methadone maintenance therapy (MMT) among persons who use alcohol in Vancouver, Canada. *Drug and alcohol dependence*, *186*, 182-186.
- Klostermann, K., & Fals-Stewart, W. (2008). Behavioral couples therapy for substance abuse. *The Journal of Behavior Analysis of Offender and Victim Treatment and Prevention*, *1*(4), 81.
- Landsman-Blumberg, P. B., Katz, N., Gajria, K., Coutinho, A. D., Yeung, P. P., & White, R. (2017). Burden of alcohol abuse or dependence among long-term opioid users with chronic noncancer pain. *Journal of managed care & specialty pharmacy*, *23*(7), 718-724.
- Laramée, P., Kusel, J., Leonard, S., Aubin, H. J., François, C., & Daepfen, J. B. (2013). The economic burden of alcohol dependence in Europe. *Alcohol and alcoholism*, *48*(3), 259-269.
- Larimer, M. E., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention: An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Psychosocial treatments*, 11-28.
- Leichsenring, F., Rabung, S., & Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Archives of general psychiatry*, *61*(12), 1208-1216.
- Lenz, A. S., Rosenbaum, L., & Sheperis, D. (2016). Meta-analysis of randomized controlled trials of motivational enhancement therapy for reducing substance use. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, *37*(2), 66-86.
- Levchuk, N. (2009). Alcohol and mortality in Ukraine. *Institute for Demography and Social Studies at the National Academy of Sciences of Ukraine [Electronic resource]/N. Levchuk.–Access: http://www.academia.edu/1521860/Alcohol_and_mortality_in_Ukraine*.
- Liebson, I. A., TOMMASELLO, A., & Bigelow, G. E. (1978). A behavioral treatment of alcoholic methadone patients. *Annals of Internal Medicine*, *89*(3), 342-344.
- Mann, K., Batra, A., Fauth-Bühler, M., & Hoch, E. (2017). German guidelines on screening, diagnosis and treatment of alcohol use disorders. *European addiction research*, *23*(1), 45-60.
- Manthey, J., Shield, K. D., Rylett, M., Hasan, O. S., Probst, C., & Rehm, J. (2019). Global alcohol exposure between 1990 and 2017 and forecasts until 2030: a modelling study. *The Lancet*, *393*(10190), 2493-2502.
- Mar Y, Kunins H. (2020) Treatment of Alcohol Use Disorder [Internet]. Baltimore (MD): Johns Hopkins University; 2020 Jul. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK561234/>
- Maremmani, I., Pani, P. P., Mellini, A., Pacini, M., Marini, G., Lovrecic, M., ... & Shinderman, M. (2007). Alcohol and cocaine use and abuse among opioid addicts engaged in a methadone maintenance treatment program. *Journal of addictive diseases*, *26*(1), 61-70.

- Miller, W. R. (1992). *Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence* (Vol. 2). US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Monti, P. M. (Ed.). (2002). *Treating alcohol dependence: A coping skills training guide*. Guilford Press.
- Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Colby, S. M., & Abrams, D. B. (1995). *Coping and social skills training*. In R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (p. 221–241). Allyn & Bacon.
- NICE (2020). Alcohol-use disorders. The NICE guideline on diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115/evidence/full-guideline-136423405>
- Nolan, S., Klimas, J., & Wood, E. (2016). Alcohol use in opioid agonist treatment. *Addiction science & clinical practice, 11*(1), 1-7.
- Nyamathi, A., Shoptaw, S., Cohen, A., Greengold, B., Nyamathi, K., Marfisee, M., ... & Leake, B. (2010). Effect of motivational interviewing on reduction of alcohol use. *Drug and alcohol dependence, 107*(1), 23-30.
- O'Farrell, T. J., & Fals-Stewart, W. (2012). *Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse*. Guilford Press.
- OECD (2019), "Alcohol consumption among adults", in *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/961753cf-en>.
- Petry, N. M. (2011). Contingency management: what it is and why psychiatrists should want to use it. *The psychiatrist, 35*(5), 161-163.
- Pilgrim, J. L., McDonough, M., & Drummer, O. H. (2013). A review of methadone deaths between 2001 and 2005 in Victoria, Australia. *Forensic science international, 226*(1-3), 216-222.
- Popova, S., Rehm, J., Patra, J., et al. (2007) Comparing alcohol consumption in Central and Eastern Europe to Southern and Western Europe, Russia and Ukraine. *Alcohol and Alcoholism, 42*, 465–473.
- Ramachandran, A., Makhshvili, N., Javakhishvili, J., Karachevskyy, A., Kharchenko, N., Shpiker, M., ... & Roberts, B. (2019). Alcohol use among conflict-affected persons in Ukraine: risk factors, coping and access to mental health services. *European journal of public health, 29*(6), 1141-1146.
- Rehm, J., Allamani, A., Elekes, Z., Jakubczyk, A., Manthey, J., Probst, C., ... & Wojnar, M. (2015). Alcohol dependence and treatment utilization in Europe—a representative cross-sectional study in primary care. *BMC family practice, 16*(1), 1-9.
- Rehm, J., Shield, K. D., Rehm, M. X., Gmel, G., & Frick, U. (2012). Alcohol consumption, alcohol dependence, and attributable burden of disease in Europe: potential gains from effective interventions for alcohol dependence.
- Saffier, K., Colombo, C., Brown, D., Mundt, M. P., & Fleming, M. F. (2007). Addiction Severity Index in a chronic pain sample receiving opioid therapy. *Journal of substance abuse treatment, 33*(3), 303-311.
- Sallie, S. N., Ritou, V., Bowden-Jones, H., & Voon, V. (2020). Assessing international alcohol consumption patterns during isolation from the COVID-19 pandemic using an online survey: highlighting negative emotionality mechanisms. *BMJ open, 10*(11), e044276.
- SAMHSA (2020). Considerations for the Care and Treatment of Mental and Substance Use Disorders in the COVID-19 <https://www.samhsa.gov/sites/default/files/considerations-care-treatment-mental-substance-use-disorders-covid19.pdf>

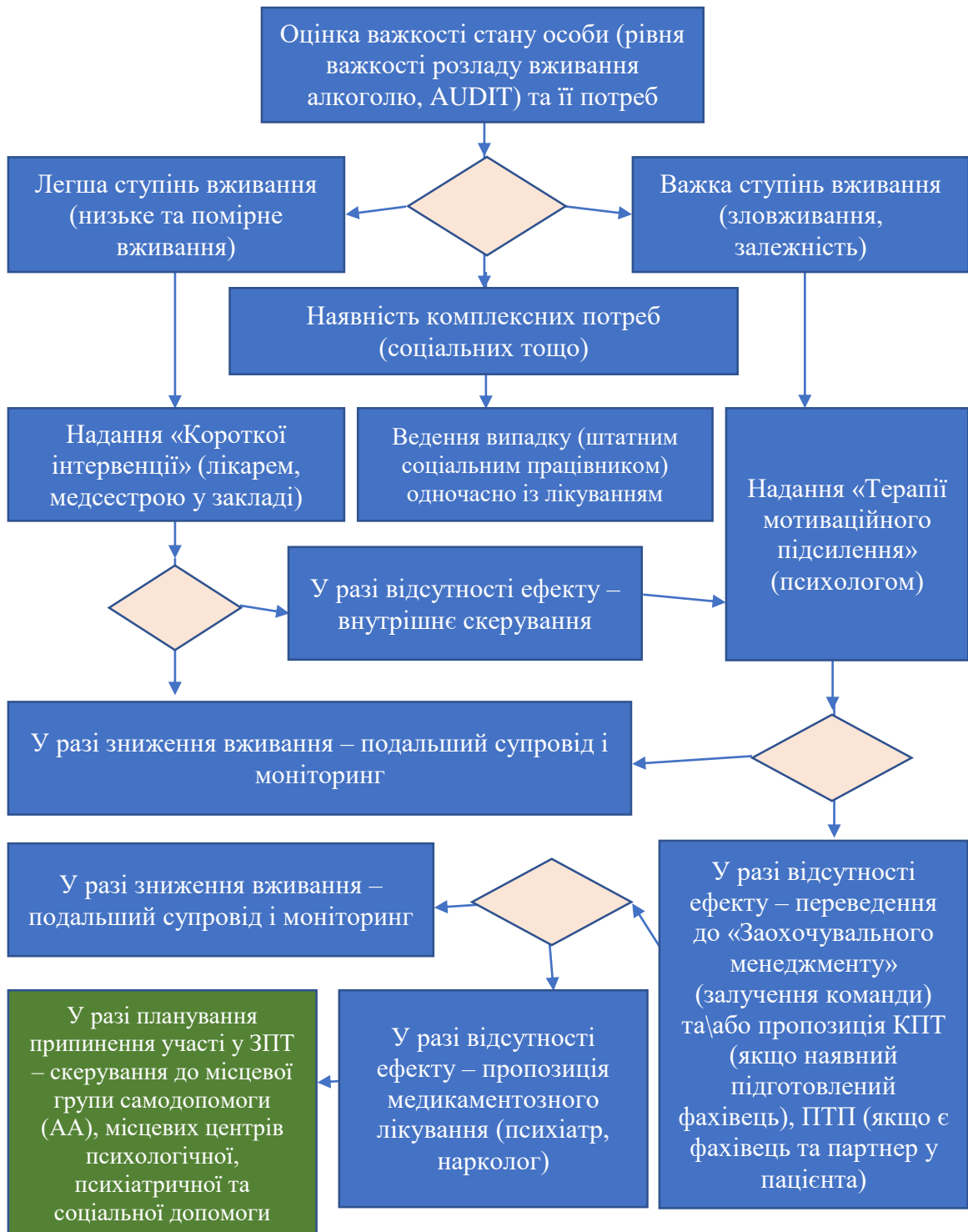
- Samokhvalov, A. V., Pidkorytov, V. S., Linskiy, I. V., Minko, O. I., Minko, O. O., Rehm, J., & Popova, S. (2009). Alcohol use and addiction services in Ukraine. *International Psychiatry*, 6(1), 5-7.
- Soyka, M. (2015). Alcohol use disorders in opioid maintenance therapy: prevalence, clinical correlates and treatment. *European Addiction Research*, 21(2), 78-87.
- Srivastava, A., Kahan, M., & Ross, S. (2008). The effect of methadone maintenance treatment on alcohol consumption: a systematic review. *Journal of substance abuse treatment*, 34(2), 215-223.
- STEPS (2019). STEPS Поширеність факторів ризику неінфекційних захворювань Україна 2019. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336643/WHO-EURO-2020-1468-41218-56061-ukr.pdf>
- Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., Yothasamut, J., & Lertpitakpong, C. (2009). The economic impact of alcohol consumption: a systematic review. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 4(1), 1-11.
- UNAIDS DATA (2019). UNAIDS (Ed.), DATA. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2019) (Accessed June 25th 2020) https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf
- UNODC (2020). International standards for the treatment of drug use disorders https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC-WHO_International_Standards_Treatment_Drug_Use_Disorders_April_2020.pdf
- Watson, B., Conigrave, K. M., Wallace, C., Whitfield, J. B., Wurst, F., & Haber, P. S. (2007). Hazardous alcohol consumption and other barriers to antiviral treatment among hepatitis C positive people receiving opioid maintenance treatment. *Drug and alcohol review*, 26(3), 231-239.
- Webb, C. P., Bromet, E. J., Gluzman, S., Tintle, N. L., Schwartz, J. E., Kostyuchenko, S., & Havenaar, J. M. (2005). Epidemiology of heavy alcohol use in Ukraine: findings from the world mental health survey. *Alcohol and Alcoholism*, 40(4), 327-335.
- WHO (20096). Clinical Guidelines for Withdrawal Management and Treatment of Drug Dependence in Closed Settings. Geneva: World Health Organization; 20096. 6, Methadone maintenance treatment. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310658/>
- WHO (2020). Recorded alcohol per capita consumption, from 2010. Updated May 2020. <https://apps.who.int/gho/data/node.main.A1039?lang=en&showonly=GISAH>
- Witkiewitz, K., & Vowles, K. E. (2018). Alcohol and opioid use, co-use, and chronic pain in the context of the opioid epidemic: A critical review. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 42(3), 478-488.
- Witkiewitz, K., & Vowles, K. E. (2018). Alcohol and opioid use, co-use, and chronic pain in the context of the opioid epidemic: A critical review. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 42(3), 478-488.
- World Health Organization. (2001). *Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care* (No. WHO/MSD/MSB/01.6 b). World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67210/WHO_MS_D_MS_B_01.6b.pdf?sequence=1
- World Health Organization. (2009a). *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). WHO alcohol brief intervention training manual for primary care. *World Health Organization Regional Office for Europe*. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/351294/Alcohol-training-manual-final-edit-LSJB-290917-new-cover.pdf

World Health Organization. (2019). Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019. *World Health Organization: Geneva, Switzerland*.

Zhong, B. L., Xu, Y. M., Xie, W. X., Lu, J., Yu, W. B., & Yan, J. (2019). Alcohol drinking in Chinese methadone-maintained clients: a self-medication for depression and anxiety?. *Journal of addiction medicine, 13*(4), 314.

Типовий маршрут пацієнта

Наведений далі маршрут є орієнтовними, в його основу покладено покрокову модель організації допомоги. Він потребує локалізації із врахуванням наявних у закладі та у громаді ресурсів, а також із залученням пацієнтів, і доповнення зовнішнім маршрутом.



Додаткові інформаційні матеріали для лікарів та пацієнтів

Інформаційні матеріали для пацієнтів (короткі)

Алкоголь та опіоїди, прийняті одночасно, суттєво пригнічують діяльність нервової системи.

Алкоголь та опіоїди, прийняті одночасно, суттєво пригнічують діяльність дихальної системи.

Коморбідність вживання алкоголю та опіоїдів є суттєвим фактором погіршення здоров'я та передчасної смерті, як від низки хвороб, так і від передозування.

Особи, які вживають опіоїди одночасно із алкоголем, у 2,3 рази частіше отримують травми та у 1,2 рази частіше потрапляють до автомобільних аварій.

Ризик передозування опіоїдами при вживанні алкоголю зростає у 5 разів.

Надмірне вживання алкоголю суттєво знижує якість життя пацієнтів, які перебувають у програмах ЗПТ:

- такі пацієнти менш задоволені своєю дозою метадону, ніж ті, хто не вживають, отримуючи насправді вищу дозу;
- мають більше проблем із фізичним здоров'ям та психологічним станом;
- мають нижчі показники якості життя;
- відчують більше рольових обмежень, соціального функціонування, емоційного здоров'я, а також гірше самосприйняття загального здоров'я.
- Знижується точність уваги та сповільнюється реагування, та погіршується пам'ять.

Повідомте свого лікаря про складнощі із вживанням алкоголю, та отримайте рекомендації із зниження вживання. Навіть часткове зменшення вживання алкоголю суттєво покращить якість вашого життя.

Інформаційні матеріали для лікарів (розширені)

Алкоголь: поширеність вживання в Україні та світі.

Аналіз даних 29 країн показує, що пожиттєва поширеність вживання алкоголю складає в середньому 80% (від 3,8% до 97,1% для різних країн). Пожиттєва поширеність розладів вживання алкоголю, складає в середньому 8,6%; річна поширеність – 2,2% населення. Поширеність вища для чоловіків, ніж для жінок. 15% всіх випадків розладів виникла у віці до 18 років. При врахування пожиттєвої поширеності, 43,9% осіб, які мали розлади, пов'язані із вживанням алкоголю, мали інший коморбідний психічних розлад.

В Україні пожиттєва поширеність вживання алкоголю - 97%. 39% осіб почали вживати алкоголь до 15 років, і 99% з тих, хто вживає, почали це робити у віці до 21 року.

Один із 3 чоловіків, що вживають алкоголь, вживає його у надмірній кількості, це ж стосується однієї з 12 жінок.

Щодо поширеності розладів вживання алкоголю, то дослідження говорять про те, що саме вони є найбільш поширеними серед психічних розладів в Україні. Йдеться про пожиттєву поширеність 26,5% (зловживання – 19,7% та залежність – 6,7%) серед чоловіків.

Вищий дохід, вік, одруженість та вищий рівень освіти асоціюються із меншим ризиком розвитку розладів вживанням алкоголю.

39% осіб, які раніше вживали, але не вживали протягом останніх 12 місяців, зупинили вживання або через негативний вплив на здоров'я або **за порадою медичного працівника**.

Алкоголь та опіоїди: поширеність

Серед осіб із розладами вживання опіоїдів розлади вживання алкоголю зустрічаються у 8,4 разів частіше, ніж у осіб із іншими станами здоров'я.

Щодо вживання алкоголю особами, які перебувають на лікування ЗПТ, то дані говорять, що близько 1\3 пацієнтів мають проблеми із вживанням алкоголю.

Що цікаво – у більшості досліджень не було виявлено змін у споживанні алкоголю після ініціації лікування у форматі ЗПТ

Алкоголь та опіоїди: наслідки спільного вживання

- І алкоголь, і опіоїди мають спільну цільову зону мозку – вони індукують вивільнення дофаміну у вентральній тегментальній області (ventral tegmental area) та прилеглому ядрі (nucleus accumbens).
- Дія алкоголю частково опосередковується внутрішньою опіоїдно-ендорфінною системою людини.
- Опіоїди стимулюють прийом алкоголю через паравентрикулярне ядро (paraventricular nucleus), а опіоїдні рецептори блокують зниження прийому алкоголю.
- Алкоголь та опіоїди мають пригнічуючий вплив на нервову та дихальну системи.

Дані досліджень говорять, що коморбідність вживання алкоголю та опіоїдів є суттєвим фактором ризику погіршення здоров'я та передчасної смерті, і від низки хвороб, і від передозування:

- Передусім, йдеться про його гепатотоксичність, а відтак негативний вплив на результат лікування гепатитів, які є дуже поширеними серед користувачів опіоїдів (гепатит С зустрічається у 64-100% користувачів опіоїдів, за наявними даними в Україні ця цифра рівна 63,9%).
- Інша проблема спільного вживання – це зростання ризику травм (у 2,3 рази більше ніж тих, хто не мають коморбідного вживання) та аварій (у 1,2 рази більше), а також депресій та тривожних розладів.
- Передозування є ще однією великою проблемою – у тих, хто мають залежність від опіоїдів та алкоголю залежність, передозування трапляються у 5 разів частіше (за даними на вибірці осіб, які приймали тривалий час опіоїди при хронічних болях).

У дослідженні отруєнь бупренорфіном виявлено, що у 58% випадків це сталося у зв'язку із вживанням одночасно алкоголю, а у 82% випадків – у зв'язку із вживанням бензодіазепінів (дані Фінляндії, 2000-2008 роки).

Смерть у зв'язку із вживанням метадону часто пов'язана також із одночасним вживанням бензодіазепінів (63,7% випадків), та алкоголю (23,6% випадків) (дані Австралії, New South Wales, 1998-2007 роки). Дані із іншого штату Австралії, Вікторії, отримані між 2001-2005 роками, говорять, що 98% смертей, пов'язаних із метадоном, також пов'язані із іншими речовинами, переважно опіоїдами, антидепресантами, антипсихотиками та

етанолом (бензодіазепіни – 88% випадків, алкоголь – 10% випадків). За іншими даними, 78,2% смертей, пов'язаних із передозуванням метадонном, одночасно пов'язані із бензодіазепінами, іншими наркотиками (65,2%) та алкоголем (21,7%) (дані Бельгії, Liege, 2002-2005 роки).

Надмірне вживання алкоголю суттєво знижує якість життя пацієнтів, які перебувають у програмах ЗПТ:

- такі пацієнти менш задоволені своєю дозою метадону, ніж ті, хто не вживають, отримуючи насправді вищу дозу;
- мають більше проблем із фізичним здоров'ям та психологічним станом;
- мають нижчі показники якості життя;
- відчувають більше рольових обмежень, соціального функціонування, емоційного здоров'я, а також гірше самосприйняття загального здоров'я.

Передусім, наявні докази того, що пацієнти, які зловживають алкоголем, мають знижену прихильність та залученість до лікування:

- за ранніми даними від 11% до 26% зупинок участі у програмі ЗПТ сталися унаслідок вживання алкоголю.
- за більш сучасними даними, у 10-річній перспективі, 47,5% пацієнтів, які вживають алкоголь, перебуваючи на ЗПТ, переривають лікування, при цьому чим більший рівень вживання, тим менш значимими стають додаткові фактори і фактори вживання алкоголю виходить на перше місце.
- Існує тісна кореляція між рівнем алкоголю у крові та кількістю пропущених візитів до клініки. А пропуск прийому більше ніж 3х доз протягом останніх 3х місяців виявився суттєвим фактором зниження прихильності, продовження вживання героїну та переривання лікування

Ефективні інтервенції

Всі учасники програми ЗПТ, ідентифіковані як такі, що зловживають алкоголем, мають отримати пропозицію лікування. В гострій стадії менеджмент відміни алкоголю є важливим. Для оцінки ризику важкої відміни можливе використання Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale (PAWSS).

У якості методу першої лінії (для пацієнтів із низьким та помірним рівнем проблем) рекомендована «Коротка інтервенція» у форматі, запропонованому ВООЗ, у комплексі із скринінгом за допомогою AUDIT.

У якості інструменту другої лінії (для пацієнтів із важкими станами) рекомендовано впровадити структуровану інтервенцію «Терапія мотиваційного підсилення».

У якості додаткового інструменту, який може доповнювати попередні дві, рекомендовано запровадити «Заохочувальний менеджмент», який буде тривалий час підтримувати пацієнтів.

Методи самопомоги, у випадку наявності їх поруч із сайтами ЗПТ (АА) варто рекомендувати пацієнтам, які потребують додаткової підтримки (особливо, якщо це пацієнти, які вирішили припинити участь у програмі ЗПТ, адже групи АА вимагають повної відмови від вживання речовин). Для цього слід дізнатися про їхню наявність та надати контакти місцевих груп.

Інші методи (когнітивно-поведінкова терапія, поведінкова терапія пар, інші наведені у міжнародних рекомендаціях), рекомендовано застосовувати за наявності фахівців підготовлених відповідно до стандартів навчання того чи іншого методу.

Загальна рекомендація щодо *фармакотерапії* при коморбідності розладів вживання алкоголю та опіоїдів у настановах Австралії та США – це не використовувати налтрексон, у тому числі і для осіб, які вживають медичні препарати на основі опіоїдів. Для пацієнтів ЗПТ рекомендують розглянути застосування акампросату або дисульфіраму. Якщо ці препарати використовуються, - то розглянути використання рідкої форми метадону, яка не містить алкоголю.

