



МІНІСТЕРСТВО
ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНИ



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я



EXPERTISE
FRANCE
GROUPE AFD



L'INITIATIVE
sida, tuberculose, paludisme

НАЦІОНАЛЬНА МОДЕЛЬ НАДАННЯ ДОПОМОГИ

ОСОБАМ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ
РЕЧОВИНИ ТА МАЮТЬ РОЗЛАДИ,
ПОВ'ЯЗАНІ З ЇХ ВЖИВАННЯМ,
ВКЛЮЧАЮЧИ АЛКОГОЛЬ

Київ, 2026

НАЦІОНАЛЬНА МОДЕЛЬ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ОСОБАМ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ ТА МАЮТЬ РОЗЛАДИ, ПОВ'ЯЗАНІ З ЇХ ВЖИВАННЯМ, ВКЛЮЧАЮЧИ АЛКОГОЛЬ

Національну модель надання допомоги особам, які вживають психоактивні речовини та мають розлади, пов'язані з їх вживанням, зокрема алкоголю, розроблено як рамковий документ, що визначає загальні засади та формує універсальні підходи до організації медичної та психосоціальної допомоги людям із залежністю в Україні. Вона узгоджується з кращими міжнародними практиками та доказовими рішеннями, а також відповідає національним нормативно-правовим актам, зокрема медико-технологічним документам зі стандартизації медичної допомоги.

Модель розглядає допомогу як безперервний процес (континуум), який вибудовується як послідовність кількох етапів – від раннього виявлення осіб, які вживають психоактивні речовини (скринінгу як точки входу в систему), до лікування, ресоціалізації та подальшого відновлення.

Для забезпечення функціонування такого континууму у документі визначено ролі та функції основних учасників системи допомоги особам із залежністю, зокрема:

- надавачів первинної медичної допомоги;
- закладів охорони здоров'я, що надають стаціонарну психіатричну допомогу;
- Центрів ментального (психічного) здоров'я;
- інших спеціалізованих закладів охорони здоров'я;
- надавачів соціальних послуг, зокрема, особам у складних життєвих обставинах;
- центрів життєстійкості;
- фахівців з супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб;
- спільнот залежних осіб, які працюють за принципом «рівний-рівному» за 12-кроковою програмою.

Модель також містить перелік втручань із доведеною ефективністю, рекомендованих до впровадження, та окреслює базові принципи допомоги, яких слід дотримуватися при їх застосуванні.

Поєднання доказових втручань, дотримання базових принципів, чітке розуміння ролей учасників та їх міжсекторальна взаємодія є необхідною умовою досягнення стійкого відновлення особи з розладом вживання психоактивних речовин та алкоголю.

Розробку моделі на доручення Міністерства охорони здоров'я України здійснили фахівці Центру громадського здоров'я спільно з міжнародними експертами у галузі лікування залежностей та організації послуг охорони здоров'я. Над документом також працювали експерти Бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я в Україні, представники міністерств, установ, національних служб, закладів охорони здоров'я, інститутів громадянського суспільства, пацієнтських спільнот та інші спеціалісти у сфері лікування залежностей, охорони здоров'я та соціальних послуг. Напрацювання здійснювалися шляхом проведення робочих зустрічей і консультацій, під час яких було узгоджено спільні підходи та прийнято консолідовані рішення щодо змісту документа.

Національну модель лікування залежності розроблено за сприяння проекту міжнародної технічної допомоги «Від спроможності до змін: посилення відповіді України на вживання психоактивних речовин» за підтримки програми L'Initiative французького державного агентства міжнародного технічного співробітництва та розвитку Expertise France.

АВТОРИ ДОКУМЕНТУ

Куценок Ігор Борисович, професор психіатрії в Університеті Каліфорнії, Сан-Дієго, директор Центру досліджень, навчання та менеджменту у сфері залежностей.

Мишаківська Ольга Михайлівна, лікар-психіатр, кандидат медичних наук, керівник секції медицини залежностей Української психіатричної асоціації, Координатор національних підрозділів Міжнародного товариства професіоналів з профілактики та лікування психоактивних речовин (ISSUP).

Іванчук Ірина Олександрівна, кандидат психологічних наук, начальник відділу управління та протидії вірусним гепатитам та опіоїдної залежності Центру громадського здоров'я МОЗ України.

Гриценко Валерія Вікторівна, спеціаліст громадського здоров'я, головний фахівець відділу управління та протидії вірусним гепатитам та опіоїдної залежності Центру громадського здоров'я МОЗ України.

Проноза Владислав Вадимович, спеціаліст громадського здоров'я, головний фахівець відділу управління та протидії вірусним гепатитам та опіоїдної залежності Центру громадського здоров'я МОЗ України.

Гвоздецька Ольга Миколаївна, заступник Генерального директора Центру громадського здоров'я МОЗ України.

ПОДЯКИ

Автори документа висловлюють особливу вдячність партнерам та експертам, які активно долучилися до розробки, обговорення та доопрацювання моделі, зокрема представникам **Бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я в Україні, Міністерству у справах ветеранів України, Міністерству соціальної політики, сім'ї та єдності України, Координаційному центру з психічного здоров'я Кабінету Міністрів України, Координаційному центру з розвитку сімейного виховання та догляду дітей, представникам закладів охорони здоров'я, організацій громадянського суспільства, пацієнтських спільнот та іншим залученим спеціалістам за експертні консультації та конструктивні пропозиції.**

Окрему подяку автори документа висловлюють програмі **L'Initiative** та агенції **Expertise France** за фінансову та технічну підтримку, надану під час підготовки цього документа.

Ми переконані, що саме завдяки міжсекторальному партнерству, взаємній довірі та консолідованим зусиллям можливе створення ефективної, доступної та людиноорієнтованої системи допомоги особам із розладами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин.

ЗМІСТ

Вступні слова	5
Перелік умовних позначень і скорочень	10
Рекомендована лексика	11
Словник термінів	13
Вступ	14
1. Розуміння природи розладів вживання ПАР/алкоголю.....	17
2. Основні принципи надання допомоги, запропоновані в моделі	19
3. Нормативне підґрунтя для надання послуг особам з розладами вживання ПАР	27
4. Фінансування послуг з лікування залежностей в рамках програми медичних гарантій.....	29
5. Рекомендовані втручання, залежно від надавача послуг....	31
6. Типова програма та лікувальний графік в умовах стаціонару	51
7. Типова програма та лікувальні графіки в умовах амбулаторного лікування	55
8. Опис втручань, які проводяться в межах стаціонарного та амбулаторного лікування	60
9. Побудова комунікації між різними рівнями та надавачами послуг	68
Додаток 1 Скринінг та раннє виявлення осіб з розладами вживання ПАР	71
Додаток 2 Травма-інформований підхід у наданні допомоги	72
Додаток 3 Підхід спільного прийняття рішень у лікуванні	79
Додаток 4 Короткі втручання	80
Додаток 5 Мотиваційне інтерв'ю та терапія, спрямована на посилення мотивації.....	82
Додаток 6 Профілактика рецидивів	88
Додаток 7 Візити подальшого спостереження	92
Додаток 8 Сімейна терапія	93
Додаток 9 Когнітивно-поведінкова терапія.....	95
Додаток 10 12-ти крокові програми.....	100
Додаток 11 Фармакотерапія	104
Додаток 12 Масштабовані психологічні втручання.....	107
Додаток 13 Допомога при гендерно зумовленому насильстві	110
Додаток 14 Відмова від куріння	112
Додаток 15 Групова терапія	113
Додаток 16 Навчально-методичні та інші матеріали щодо надання різних типів втручань для осіб із залежністю	116

ВСТУПНІ СЛОВА



“Розбудова стійкої системи охорони здоров’я є одним із ключових пріоритетів державної політики України. У межах реалізації Стратегії розвитку системи охорони здоров’я та Стратегії державної наркополітики до 2030 року ми послідовно формуємо підхід, у якому допомога людям із розладами, пов’язаними з вживанням психоактивних речовин, є невід’ємною частиною медичної системи.

Залежність — це хронічне захворювання, яке потребує системного, доказового та безперервного підходу до лікування і відновлення.

Запропонована національна модель формує єдину рамку організації допомоги та розширює доступ до якісних і безоплатних медичних та психосоціальних послуг із доведеною ефективністю. Вона базується на принципах людиноцентричності, інтегрованості та фінансової стійкості, а також передбачає ефективну міжвідомчу взаємодію — від раннього виявлення до лікування і відновлення.

Модель також визначає чітку маршрутизацію пацієнтів і поетапний підхід до лікування залежно від ступеня тяжкості стану та індивідуальних потреб людини. Це дозволяє ефективніше використовувати ресурси системи та забезпечувати необхідну допомогу вчасно.

Ми переконані, що впровадження цієї моделі сприятиме підвищенню якості життя людей, зменшенню тягаря захворювань і зміцненню стійкості суспільства.”

Віктор Ляшко, Міністр охорони здоров’я України



“Повномасштабна війна, тривалий стрес, втрати, вимушене переміщення та соціально-економічна нестабільність суттєво вплинули на психічне здоров'я українців. У таких умовах система психічного здоров'я стає не лише складовою охорони здоров'я, а й одним із ключових елементів національної стійкості – саме тому її розвиток сьогодні є пріоритетом державної політики. Інтеграція допомоги особам із розладами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин, у широку систему послуг з психічного здоров'я є логічним і необхід-

ним кроком, що відповідає сучасним викликам.

Національна модель передбачає наближення допомоги до людини через розвиток послуг на рівні громад. Особлива увага приділяється безперервності допомоги, міжсекторальній взаємодії та побудові повноцінного континууму – від раннього виявлення до відновлення та ресоціалізації особи із залежністю.

Особливе значення у моделі надається впровадженню травма-інформованого підходу, який враховує досвід пережитих травм, втрат і тривалого стресу. Це означає формування такої системи допомоги, у якій людина зустрічає не осуд, а підтримку, не стигматизацію, а розуміння. Водночас модель передбачає належну увагу до коморбідних психічних станів, що часто супроводжують залежності, забезпечуючи комплексний підхід до відновлення психічного здоров'я.

Ми розглядаємо цей документ як інструмент посилення системи психічного здоров'я, розвитку спроможності громад і формування комплексної, людиноорієнтованої відповіді на виклики, пов'язані з залежностями.”

Ірина Микичак, радниця Міністра охорони здоров'я України, координаторка проєктів з психічного здоров'я



“Вживання психоактивних речовин, включаючи алкоголь і нікотин, становить одну з вагомих загроз для громадського здоров'я в Україні. Йдеться не лише про формування синдрому залежності, а й про широкий спектр медичних, соціальних та економічних наслідків – передчасну смертність, поширення інфекційних захворювань, психічні розлади, травматизм та зниження соціального функціонування.

Тягар, пов'язаний із вживанням ПАР, вимірюється не лише кількістю діагнозів, а й втраченими роками здорового життя, зниженням працездатності та додатковим навантаженням на систему охорони здоров'я. Він впливає як на окрему людину, так і на родини,

громади та економіку держави загалом. Саме тому відповідь має бути комплексною, міжсекторальною та заснованою на доказових підходах.

Метою розробленої моделі є формування рамкового документа, який визначає підходи до організації системи сервісів, спрямованих на надання допомоги особам із розладами вживання психоактивних речовин і алкоголю. Модель базується на підході, орієнтованому на відновлення, та ґрунтується на розумінні

залежності крізь призму біопсихосоціальної моделі.

Структурно модель описує принципи побудови багаторівневої системи надання допомоги та визначає ключові аспекти її організації, зокрема відповідає на питання: як, де, коли і з якою метою мають надаватися відповідні сервіси.

Ми переконані, що впровадження цієї моделі посилить спроможність системи громадського здоров'я зменшувати тягар хвороб, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, і сприятиме підвищенню рівня та якості життя населення України."

Володимир Курпіта, Генеральний директор Державної Установи "Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України"



"Addiction is not a moral failure. It is not a weakness of character, nor a deficit of will. It is a chronic, multifactorial health condition shaped by biology, psychology, social environment, and – especially in Ukraine's recent history – collective trauma. To treat addiction effectively, we must treat the whole person, and we must treat the whole system that surrounds them.

Ukraine stands at a defining moment. Years of social transformation, economic strain, and the profound impact of war have reshaped the mental health landscape of the nation. Substance use disorders have become intertwined with displacement, grief, injury, unemployment, and the invisible wounds of trauma. At the same time, Ukraine has demonstrated extraordinary resilience, solidarity, and commitment to reform. This National Model of Addiction Treatment emerges from that resilience.

The purpose of this document is to articulate a unified, evidence-based, humane, and accessible framework for addiction treatment across Ukraine. It is designed not as a theoretical ideal, but as a practical roadmap – adaptable to different communities in Ukraine; applicable in peacetime and sustainable during crisis; rooted in science and guided by dignity.

This model draws upon international best practices while honoring Ukraine's clinical expertise, cultural identity, and healthcare realities. It reflects collaboration among physicians, psychologists, social workers, policymakers, community organizations, and individuals in recovery. Their voices – especially those with lived experience – have shaped its direction.

No model alone can prevent and treat addictive disorders. But a coherent national strategy can reduce suffering, save lives, restore families, and strengthen communities. It can transform fragmented services into an integrated system of care. It can replace stigma with compassion and replace isolation with connection. Above all, this model affirms a simple but powerful truth: recovery is possible. With the right support, individuals can rebuild their health, reclaim their dignity, and contribute fully to society. When we invest in addiction treatment, we invest in Ukraine's human capital, social stability, and national future.

This document is offered not as a final word, but as a foundation. It invites continuous refinement, evaluation, and partnership. The work ahead will require commitment,

persistence, and courage. Yet Ukraine has shown, time and again, that it possesses all three.”

Igor Koutsenok, MD, Professor of Psychiatry at the University of California San Diego (Department of Psychiatry), Director of the International Technology Transfer Center, Vice President of the International Consortium of Universities for Drug Demand Reduction

.....

Залежність – це не моральна вада. Це не слабкість характеру і не брак сили волі. Це хронічний, багатофакторний стан здоров’я, який формується під впливом біологічних, психологічних і соціальних чинників, а в умовах сучасної історії України – також колективної травми. Щоб ефективно лікувати залежність, необхідно лікувати людину в цілому, а також змінювати систему, в якій вона живе.

Україна перебуває у визначальному моменті своєї історії. Роки соціальних трансформацій, економічних викликів та глибокий вплив війни суттєво змінили ландшафт психічного здоров’я країни. Розлади, пов’язані з вживанням психоактивних речовин, дедалі тісніше переплітаються з вимушеним переміщенням, втратою близьких, пораненнями, безробіттям та невидимими наслідками травми. Водночас Україна демонструє виняткову стійкість, солідарність і відданість реформам. Саме ця стійкість стала основою для розробки Національної моделі лікування залежностей.

Метою цього документа є формування єдиної, заснованої на доказах, гуманної та доступної рамки для надання допомоги особам із залежністю в Україні. Він розроблений не як теоретичний ідеал, а як практичний дороговказ – такий, що може бути адаптований до різних громад в Україні, застосовуватися як у мирний час, так і в умовах кризи, базується на наукових підходах і керується принципами гідності.

Ця модель спирається на міжнародні найкращі практики, водночас враховуючи клінічну експертизу, культурну ідентичність та реалії системи охорони здоров’я України. Вона є результатом співпраці лікарів, психологів, соціальних працівників, політиків, громадських організацій та людей із досвідом відновлення. Їхні голоси – особливо тих, хто має власний досвід – визначили її напрям.

Жодна модель сама по собі не здатна повністю запобігти чи подолати розлади, пов’язані із залежністю. Проте узгоджена національна стратегія може зменшити страждання, врятувати життя, відновити родини та зміцнити громади. Вона здатна перетворити фрагментовані послуги на інтегровану систему допомоги, замінити стигму співчуттям, а ізоляцію – підтримкою.

Передусім ця модель утверджує просту, але важливу істину: одужання можливе. За належної підтримки люди можуть відновити своє здоров’я, повернути гідність і повноцінно брати участь у житті суспільства.

Інвестуючи в лікування залежностей, ми інвестуємо в людський капітал України, її соціальну стабільність і майбутнє.

Цей документ пропонується не як остаточна відповідь, а як основа. Він передбачає подальше вдосконалення, оцінку та партнерство. Попереду – робота, що вимагатиме відданості, наполегливості та сміливості. Втім Україна неодноразово доводила, що володіє всіма цими якостями.

Ігор Куценко, професор психіатрії в Університеті Каліфорнії, Сан-Дієго, директор Центру досліджень, навчання та менеджменту у сфері залежностей



“Сучасна медицина розглядає залежності від психоактивних речовин як багатофакторні захворювання, подібні до інших хронічних станів. Їхній розвиток часто пов’язаний зі складними життєвими обставинами, зокрема атмосферою в сім’ї, громаді та суспільстві, а також пережитим травматичним досвідом чи насильством.

Раннє виявлення, своєчасне надання допомоги та забезпечення безперервності супроводу людей, які вживають психоактивні речовини, сприяють профілактиці розвитку залежності та лікуванню цих станів. Водночас це дає змогу надавати підтримку з повагою до гідності та прав людини, сприяючи відновленню здоров’я та поверненню до повноцінного життя.

Формування цілісної національної людиноцентричної моделі надання допомоги та розвитку послуг у громаді сприяє зміні ставлення до лікування залежностей – як до інших медичних станів. Такий підхід допомагає долати ізоляцію, сором і стигматизацію, водночас утверджуючи культуру прийняття і підтримки на всіх етапах лікування та відновлення.”

Ольга Мишаківська, лікар-психіатр, кандидат медичних наук, керівник секції медицини залежностей Української психіатричної асоціації, Координатор національних підрозділів Міжнародного товариства професіоналів з профілактики та лікування психоактивних речовин (ISSUP)

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ І СКОРОЧЕНЬ

АА	Анонімні Алкоголіки
АН	Анонімні Наркомани
БЛ	близька людина
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВГВ	вірусний гепатит В
ВГС	вірусний гепатит С
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
ЗПТ	замісна підтримувальна терапія
КПТ	когнітивно-поведінкова терапія
ЛЗ	лікарські засоби
МІ	мотиваційне інтерв'ю
МДК	мультидисциплінарна команда
ММК	мобільна мультидисциплінарна команда
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
МТД	медико-технологічні документи
ПАР	психоактивні речовини
ПСВ	психосоціальні втручання
ПТСР	посттравматичний стресовий розлад
СТ	сімейна терапія
СД+	«Самодопомога Плюс»
УНЗ ООН	Управління Організації Об'єднаних Націй з наркотиків та злочинності
ТПМ	терапія посилення мотивації
УП+	«Управління проблемами Плюс»
ASSIST	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
BCT	Behavioral Couples Therapy
CRAFT	Community Reinforcement and Family Training
FLAGS	Feedback, Listening, Advice, Goals, Strategies
FRAMES	Feedback, Responsibility, Advice, Menu of options, Empathy, Self-efficacy
FTND	Fagerström Test for Nicotine Dependence
NIDA	National Institute on Drug Abuse
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SBI	Screening and Brief Intervention

РЕКОМЕНДОВАНА ЛЕКСИКА

Розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин (далі – ПАР), включаючи алкоголь, належать до категорії розладів з високим рівнем стигми і ця стигма часто проявляється в негативно забарвленій лексиці – тобто, в тому як ми говоримо про розлад і як називаємо людей, котрі його мають. Така лексика, в свою чергу, посилює стигму і часто впливає на готовність звертатись за допомогою. Завдяки простим змінам у мові можна зменшити або уникнути шкідливої стигматизації та негативного ставлення до осіб, які мають розлади вживання ПАР.

Основним принципом є використання мови, яка ставить на перше місце людину, а не її хворобу. Така лексика зосереджується на усуненні слів, які визначають людину за її станом або мають негативне значення. Наприклад, замість того, аби казати «залежний», варто говорити про таку особу як про «людину з розладом вживання психоактивних речовин». У даному випадку це має нейтральний відтінок і відокремлює людину від її розладу. Проте також важливо дозволяти людям самостійно визначати, як краще описувати їхній стан.

Наведена нижче Таблиця 1 допоможе обирати лексику, що зменшує стигму, під час спілкування з пацієнтами, які вживають ПАР, та використовувати мову, що ставить у центр уваги людину під час обговорення питань залежності. Перелік лексики, наведеної у таблиці, не є вичерпним, проте може бути орієнтиром під час спілкування.

Таблиця 1. Рекомендована до використання лексика під час спілкування із особами з розладами вживання ПАР/алкоголю

НЕ рекомендована лексика	Рекомендована лексика	Пояснення
Залежний / Підсівший / Не може злізти з наркотиків	Людина з розладами вживання психоактивних речовин / Людина з розладом, пов'язаним із вживанням психоактивних речовин	Ця зміна демонструє, що людина має проблему, а не є проблемою. Такі терміни допомагають уникати негативних асоціацій, зневажливого ставлення, звинувачення осіб з такими розладами
Алкоголік	Людина з розладами вживання алкоголю / Людина з розладом, пов'язаним із вживанням алкоголю	
Наркоман	Людина з розладом вживання наркотичних речовин / Особа, яка вживає психоактивні речовини	
П'яний	У стані алкогольного сп'яніння	
Колишній залежний / Колишній наркоман	Особа на етапі відновлення / Особа в ремісії	

Чистий	<p>Для результатів токсикологічного скринінгу: негативний результат скринінгу</p> <p>Для нетоксикологічних цілей: особа в ремісії / на етапі відновлення / утримується від вживання психоактивних речовин / не вживає алкоголь чи наркотики / наразі не вживає / не перебуває в активному вживанні</p>	<p>Використовуйте клінічно точну, нестигматизуючу термінологію так само, як її застосовують під час опису інших медичних розладів та станів.</p> <p>Використовуйте коректну лексику при спілкуванні з пацієнтами, які можуть користуватися стигматизуючим сленгом.</p>
Нечистий / Не пройшов тест на наркотики	<p>Для результатів токсикологічного скринінгу: позитивний результат скринінгу</p> <p>Для нетоксикологічних цілей: особа, яка вживає наркотики</p>	<p>Використання таких термінів може провокувати негативні асоціації</p>
Звичка вживати наркотики	<p>Розлад вживання психоактивних речовин / розлад, пов'язаний із вживанням психоактивних речовин</p> <p>або</p> <p>Синдром залежності</p>	<p>Термін «звичка» може применшувати серйозність даного захворювання – припускає, що людина свідомо обирає вживання психоактивних речовин або може просто вирішити припинити, коли захоче</p>
Зловживання	<p>Для нелегальних психоактивних речовин: вживання</p> <p>Для рецептурних препаратів: зловживання / вживання не за призначенням</p>	<p>Термін «зловживання» в контексті нелегальних психоактивних речовин не є коректним, адже таким чином припускається, що є порогові кількості, після яких вживання таких речовин виходить за порогові межі дозволених і стає некорисним – тобто, особа від вживання переходить до «зловживання», що не є вірним</p>
Трусить / Відходить	<p>Синдром відміни</p>	<p>Терміни не відображають справжньої біологічної та клінічної природи стану.</p> <p>Вони посилюють стигму, створюючи образ слабкої чи проблемної людини</p>
Передоз наркотиками	<p>Гостра інтоксикація внаслідок вживання психоактивних речовин</p>	<p>Стигматизуючий сленг, який натякає на необережність, недбалість або вину людини</p>
Зірвався	<p>Загострення / Рецидив / Повернення до вживання після періоду утримання чи лікування / Епізод вживання після періоду утримання</p>	

СЛОВНИК ТЕРМІНІВ

У моделі надання допомоги особам, які вживають ПАР та мають розлади, пов'язані з їх вживанням, терміни використовуються у такому значенні (табл. 2):

Таблиця 2. Глосарій

Глосарій	Визначення
Важкість розладу	ступінь вираженості симптомів і наслідків залежності для здоров'я та соціального функціонування
Вживання, яке відповідає низькому ризику (контрольоване вживання)	рівень вживання ПАР/алкоголю, що не створює значної шкоди для здоров'я
Відновлення	процес досягнення стабільності, покращення якості життя та функціонування
Загострення (рецидив)	повернення до вживання нелегальних наркотичних речовин/алкоголю після періоду утримання
Коротке втручання	структурована, орієнтована на клієнта терапевтична інтервенція, що проводиться без осуду й упереджень кваліфікованим фахівцем і зазвичай складається з коротких консультацій (як правило, консультація триває від 5 до 30 хвилин)
Мотиваційне інтерв'ю	метод консультування та роботи з амбівалентністю пацієнта, що має на меті допомогти людині знайти внутрішню мотивацію до змін у поведінці, зокрема припинення вживання ПАР
Поетапний (ступеневий) підхід	підхід надання допомоги від найменш інтенсивних до більш спеціалізованих втручань, залежно від потреб пацієнта
Профілактика рецидивів	у ширшому розумінні це система заходів, спрямованих на те, щоб запобігти поверненню людини до вживання ПАР
Реабілітація	поняття потребує узгодження чіткого визначення
Розлади вживання психоактивних речовин	включає всі розлади вживання (синдром залежності) за кодами Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду, а саме: F10.2; F11.2; F12.2; F13.2; F14.2; F15.2; F16.2; F17.2; F18.2; F19.2
Спільне прийняття рішень	підхід у наданні медичної допомоги, за якого пацієнт також залучений до ухвалення рішення щодо подальшої тактики лікування

Вживання наркотичних речовин

Вживання наркотичних речовин несе значні ризики для здоров'я споживачів та громадської безпеки загалом. Окрім синдрому залежності та безпосередньо ризику смерті внаслідок передозувань, вживання наркотиків пов'язано із підвищеним ризиком інфікування ВІЛ, вірусними гепатитами В та С (далі – ВГВ/С), соматичними захворюваннями, коморбідними психічними розладами, підвищеними ризиками самогубства, травмами та шкодою для інших (насильство, аварії на дорогах), тощо.

Відповідно до даних світового звіту з наркотиків 2025 (World drug report 2025) Управління Організації Об'єднаних Націй з наркотиків та злочинності (далі – УНЗ ООН), у світі у 2023 році близько 316 млн. (або 6%) загального населення віком 15-64 роки вживали наркотичні речовини протягом останніх 12 місяців. Таким чином, протягом 10 років кількість осіб, які вживають наркотики, зростає на цілих 70 млн.

З огляду на масштаби вживання наркотичних речовин, важливим є вимірювання їх сукупного впливу на здоров'я населення. Одним із таких інструментів є показник втрачених років здорового життя внаслідок інвалідності та передчасної смерті (DALY). Так, у 2021 році близько 27,7 млн. DALY були віднесені до вживання наркотиків.

Додатково масштаб негативного впливу вживання наркотичних речовин на здоров'я населення підтверджується даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ). За оцінками ВООЗ, лише у 2019 році вживання наркотичних речовин стало причиною майже 600 тис. смертей у світі.

Водночас, попри значний тягар хвороб, пов'язаний із вживанням наркотичних речовин, доступ до лікування залишається вкрай обмеженим. За оцінками УНЗ ООН, серед осіб, які вживають наркотики, близько 64 млн мають розлади вживання, проте лише одна з дванадцяти отримує необхідне лікування.

Вищезазначене вказує на істотний розрив між потребою в лікуванні та реальним доступом до відповідних послуг.

Поряд із цим, спостерігаються суттєві трансформації тіньового ринку наркотиків та моделей вживання. До ключових тенденцій належать зміна каналів збуту наркотиків, зокрема із використанням мережі Інтернет (у тому числі DarkNet), поява нових ПАР і нових моделей вживання, що супроводжуються додатковими ризиками для здоров'я.

Вживання алкоголю

За оціночними даними, у світі близько 209 мільйонів (3,7% дорослого населення світу) живуть із алкогольною залежністю. І хоча загальне споживання на душу населення дещо зменшилося з 5,7 літра у 2010 році до 5,5 літра у 2019 році (відносне скорочення на 4,5%), вживання алкоголю спричинило близько 2,6 млн смертей у світі.

Високий рівень споживання алкоголю підтверджується і на національному рівні. За даними дослідження ВООЗ, проведеного в Україні у 2023 році, 77,4% опитаного населення зазначили, що вживали алкоголь протягом останнього року, а 49,2% мали хоча б один випадок надмірного епізодичного споживання алкоголю за той самий час. Подібні результати було отримано у 2024 році Центром громадського здоров'я під час опитування дорослого населення України щодо факторів ризику неінфекційних захворювань – 72% усього населення вживали алкоголь протягом року, серед чоловіків цей показник становить 77,8%, а серед жінок – 66,3%.

З позицій громадського здоров'я вживання алкоголю асоціюється зі значним тягарем хвороб та пов'язане з більш ніж 200 захворюваннями і розладами, зокрема із цирозом печінки, панкреатитом, артеріальною гіпертензією, інсультом, цукровим діабетом другого типу та іншими соматичними захворюваннями. Значну частку тягаря, пов'язаного з вживанням алкоголю, становлять онкологічні захворювання, зокрема рак порожнини рота, глотки та гортані, стравоходу (плоскоклітинний рак), молочної залози, колоректальний рак, рак шлунка та печінки.

Також, особи з розладами вживання алкоголю часто мають супутні психічні стани, зокрема розлади настрою, тривожні розлади, посттравматичний стресовий розлад (далі – ПТСР), розлади особистості тощо. Наявність коморбідності ускладнює перебіг залежності, підвищує ризики рецидивів та потребує інтегрованих підходів лікування.

Національна модель надання допомоги особам, які вживають психоактивні речовини та мають розлади, пов'язані з їх вживанням, включаючи алкоголь

Сучасна медична практика доводить, що розлади вживання ПАР, зокрема алкоголю, можуть бути ефективно контрольовані та піддаються лікуванню за умови застосування комплексного підходу, який поєднує фармакологічні та психосоціальні втручання (далі – ПСВ) різної інтенсивності, залежно від потреб. Надання такої допомоги, відповідно, потребує мультидисциплінарної взаємодії фахівців – психіатрів, наркологів, психологів, медичних сестер/братів, соціальних працівників та інших спеціалістів – це забезпечує безперервність і узгодженість надання послуг на різних етапах лікування.

Отже, інтеграція допомоги для осіб, які вживають ПАР, у ланку первинної медичної допомоги, а також до системи послуг з психічного здоров'я та соціальних послуг є одним із найефективніших способів розширення доступу до якісних послуг і забезпечення швидкого їх отримання. Такий підхід наближає послуги до громад і зосереджується на людині та її комплексних потребах, а не лише на лікуванні окремого розладу.

Зважаючи на зазначене, у даній моделі ми пропонуємо мультидисциплінарний ступеневий підхід, який спрямований на узгодження інтенсивності лікування з визначеними потребами пацієнта. Це дасть змогу ефективно використовувати наявні ресурси на всіх рівнях допомоги, починаючи з застосування найменш інтенсивного втручання й поступово збільшуючи інтенсивність у тих випадках, коли отримане лікування не досягає бажаного результату, забезпечуючи при

цьому континуум допомоги¹. Крім того, ми пропонуємо залучити до вирішення проблем вживання ПАР, окрім закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ), надавачів соціальних послуг і психосоціальної підтримки та громади, щоб досягти таких цілей:

- 1 Розширити мережу постачальників послуг для осіб, які вживають ПАР.**
- 2 Розширити послуги, що надаються за місцем проживання.**
- 3 Запровадити мультидисциплінарний підхід до надання послуг із залученням якомога ширшого кола фахівців.**
- 4 Сприяти ранньому виявленню розладів вживання ПАР, зокрема внаслідок вживання алкоголю.**
- 5 Надати допомогу особливим і найбільш вразливим групам населення.**
- 6 Сприяти зменшенню стигматизації послуг з лікування залежності.**

¹ https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-88-470-5322-9_62

1

**РОЗУМІННЯ ПРИРОДИ РОЗЛАДІВ
ВЖИВАННЯ ПАР/АЛКОГОЛЮ**

- Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР – це складне хронічне нейробиологічне захворювання головного мозку з поведінковими проявами, що піддається лікуванню.
- Як і будь-яке хронічне захворювання – розлади вживання ПАР та алкоголю переважно потребують довготривалого лікування, в свою чергу рецидиви – є природним перебігом захворювання і не свідчать про неефективність лікування.
- У переважній більшості випадків (понад 80%) вживання ПАР та алкоголю розпочинається у підлітковому віці (12-17 років), що стало підставою для того, щоб залежність нерідко розглядали як «педіатричне» захворювання.
- Розлади вживання ПАР/алкоголю мають складну природу та виникають в результаті дії сукупності багатьох чинників – генетичних, біологічних, соціальних, комерційних та середовищних – відтак, лікування таких розладів має розглядатись з точки зору біопсихосоціальної моделі.

2

**ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ НАДАННЯ
ДОПОМОГИ, ЗАПРОПОНОВАНІ
В МОДЕЛІ**

1. Дотримання та захист прав людини під час надання допомоги

Надання допомоги здійснюється з обов'язковим дотриманням прав і гідності людини, включаючи право на інформовану (усвідомлену) згоду, конфіденційність та недискримінаційний доступ до послуг. Практика надання допомоги має відповідати міжнародним і національним стандартам у сфері прав людини, зокрема Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю та Конвенції ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації. Система організації послуг повинна передбачати механізми захисту від можливих порушень прав, у тому числі моніторинг, можливість подання скарг та реагування на випадки примусу чи жорстокого поводження, зокрема щодо сексуальних домагань та гендерно обумовленого насильства.

Принцип дотримання прав людини передбачає зокрема дотримання права на повагу та гідність, що проявляється поміж іншого відмовою від стигматизуючої лексики.

2. Безперервність надання допомоги

Для забезпечення успішного результату лікування має бути безперервним – таким, як для більшості хронічних станів. Основні лікувальні послуги включають: аутріч-послуги/віїзні послуги; скринінг та короткі ПСВ; діагностичну оцінку; амбулаторне психосоціальне та фармакологічне лікування; лікування гострих клінічних станів, спричинених вживанням психоактивних речовин (таких як передозування, синдром відміни); стаціонарні послуги для лікування важких психозів; довгострокові стаціонарні послуги; лікування супутньої залежності від психоактивних речовин, психічних та фізичних розладів; послуги з відновлення. У рамках безперервного підходу пацієнти повинні мати доступ до послуг через кілька пунктів входу – надавачів послуг.

3. Ранній скринінг розладів вживання ПАР, включаючи алкоголь, із використанням інструментів, визначених в медико-технологічних документах (далі – МТД) зі стандартизації медичної допомоги

Скринінг вживання ПАР, зокрема алкоголю:

- здійснюється за ініціативи медичного працівника періодично для всіх пацієнтів на рівні первинної медичної допомоги;
- проводиться медичними працівниками за індикаторними станами, визначеними МТД зі стандартизації медичної допомоги;
- проводиться надавачами соціальних послуг та послуг соціально-психологічної допомоги;
- заохочується використання опитувальників для самозаповнення з подальшою маршрутизацією (перенаправленням) у випадку позитивних результатів.

Точки входу у систему надання послуг особам з розладами вживання ПАР, зокрема алкоголю, представлено на рисунку нижче (рис. 1).

Детально про скринінг та раннє виявлення осіб з розладами вживання ПАР описано у додатку 1.

Рисунок 1. Потенційні точки входу особи з розладами вживання ПАР у систему надання послуг з лікування залежності

ПОТЕНЦІЙНІ ТОЧКИ ВХОДУ В СИСТЕМУ ПОСЛУГ ДЛЯ ОСІБ З РОЗЛАДАМИ ВЖИВАННЯ ПАР/АЛКОГОЛЮ

- | | |
|--|---|
| <p>1</p>  <p>СФЕРА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 303, які надають ПМД ○ Центри ментального (психічного) здоров'я ○ 303, які надають стаціонарну психіатричну допомогу ○ 303, які надають екстрену (невідкладну) медичну допомогу ○ інші спеціалізовані 303 (непрофільні) | <p>3</p>  <p>Програми зменшення шкоди</p> |
| <p>2</p>  <p>НАДАВАЧІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Центри життестійкості ○ Фахівці із супроводу ветеранів ○ Надавачі соціальних послуг особам у складних життєвих обставинах | <p>4</p>  <p>Групи взаємодопомоги</p> |
| | <p>5</p>  <p>Самозвернення</p> |
| | <p>6</p>  <p>Робочі місця / Центри зайнятості</p> |
| | <p>7</p>  <p>Заклади освіти</p> |
| | <p>8</p>  <p>Поліція</p> |
| | <p>9</p>  <p>Священники</p> |

4. Принцип поетапного (ступеневого) догляду

Пацієнтам надається прямий доступ до втручання оптимальної інтенсивності – найменш інтенсивне втручання, необхідне для досягнення необхідного результату, здійснюється першим. Тобто, метою є організація допомоги з урахуванням стану пацієнта та у найменш обмежувальному форматі, що означає, що стаціонарне і інтенсивне лікування надається лише у тих випадках, коли користь від такого формату переважає ризики, зокрема пов'язані з тривалим проживанням в умовах втрати пацієнтом автономії.

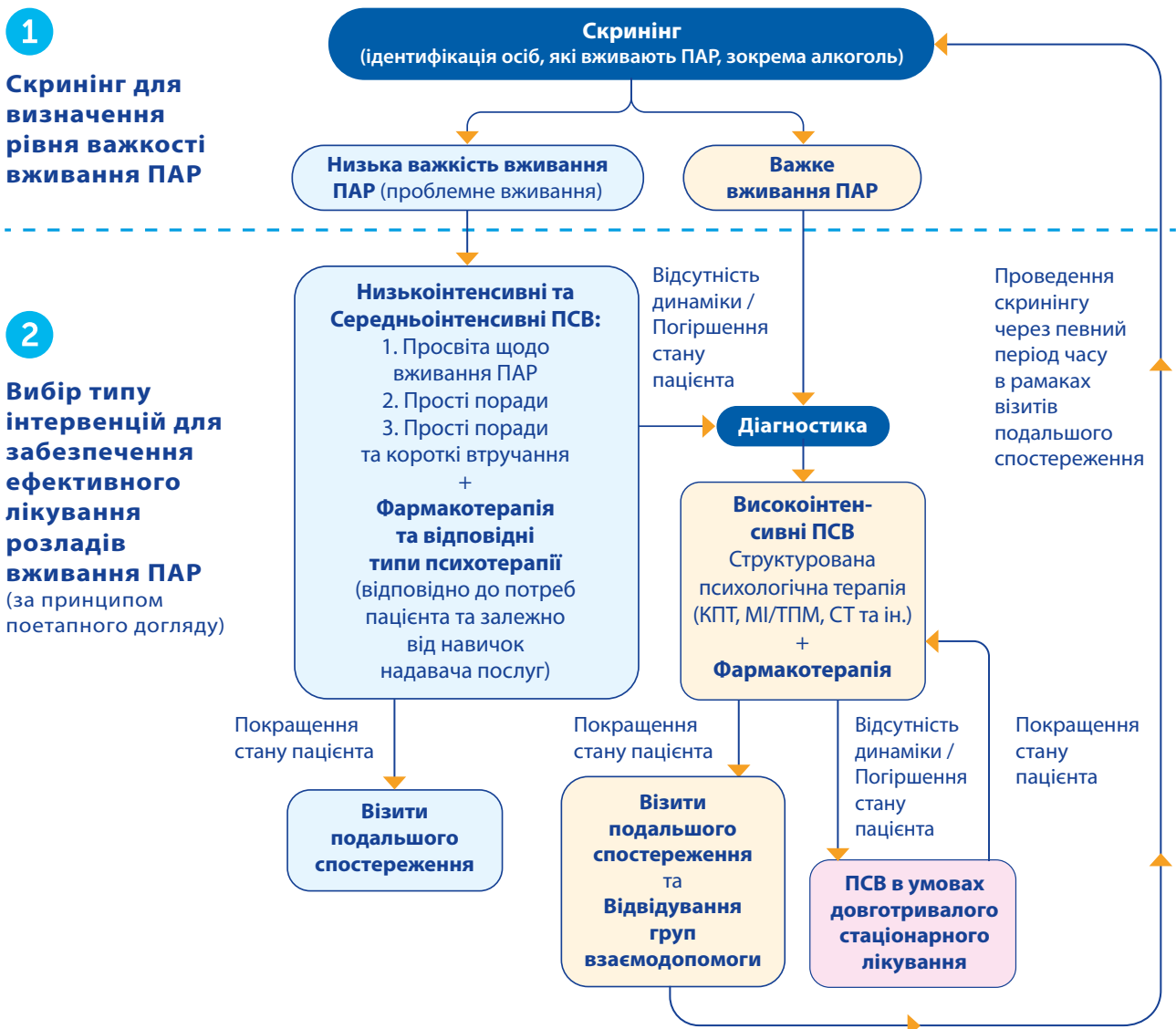
Якщо втручання не досягає бажаного результату – здійснюється «посилення» до більш інтенсивного втручання. Там, де більше не потрібно інтенсивне втручання здійснюється «перехід» до менш інтенсивного – пацієнти можуть вільно рухатись в рамках різної інтенсивності послуг, залежно від стану, прогресу у лікуванні, рецидивів та потреб (рис. 2 та рис. 3).

Інтенсивність втручання, яке необхідне пацієнту, визначається індивідуально, виходячи з результатів комплексної оцінки його стану, потреб, ступеня важкості розладу, наявності супутньої психічної коморбідності та соціальної ситуації.

Рисунок 2. Схематичний принцип ступеневого догляду в межах запропонованої моделі надання послуг особам з розладами вживання ПАР



Рисунок 3. Алгоритм ведення пацієнта з розладами вживання ПАР за принципом поетапного (ступеневого) підходу



Відповідно, враховуючи зазначене, система допомоги особам із розладами вживання ПАР має будуватися за принципом, відповідно до якого основний обсяг послуг і фінансування зосереджується на менш інтенсивних, доступних і наближених до громади формах допомоги, тоді як спеціалізовані та стаціонарні втручання застосовуються для пацієнтів з більш високою важкістю розладу (рис. 4).

Рисунок 4. Адаптована піраміда організації послуг з лікування та догляду за пацієнтами з розладами вживання ПАР, зокрема алкоголю (ВООЗ / УНЗ ООН), на основі піраміди ВООЗ щодо організації послуг з охорони психічного здоров'я



5) Використання доказових методів

Всі інтервенції, які пропонуються, мають мати докази щодо їх ефективності.

Ефективність кожної інтервенції має підтверджуватися доказами щонайменше за чотирма ключовими результатами:

- зменшення симптомів розладу (компульсивного вживання);
- попередження ускладнень (не обмежуючись медичними ускладненнями, такими як ВІЛ, ВГВ/С), зокрема психологічних та пов'язаних з соціальним функціонуванням, ризикованою та кримінальною поведінкою тощо;
- покращення фізичного, психічного та соціального функціонування особи (зокрема, працевлаштування, сімейні стосунки, стабільне житло тощо);
- повага та дотримання прав та збереження гідності пацієнта.

Опис і перелік доказових інструментів, рекомендованих до використання, наведено у медико-технологічних документах зі стандартизації медичної допомоги, а також у Розділі 8 цього документу.

6) Підхід, орієнтований на відновлення

Підхід відновлення – це глибоко особистий напрямок, який виходить за межі усунення симптомів та включає знаходження сенсу, укріплення автономії, самооцінки, зв'язків з іншими та повернення надії. Таким чином, підхід відновлення виходить за рамки суто медичного процесу, маючи на меті захист прав, соціальне включення та покращення якості життя пацієнтів із психічними розладами, що персоналізує підтримку відповідно до потреб і життєвих цілей людини.

7) Деінституціоналізація надання послуг

Для переважної більшості осіб послуги мають надаватись в амбулаторних умовах різної інтенсивності. Лише для осіб в гострих станах та таких, які потребують інтенсивної терапії та мають важку залежність, зокрема ускладнену важкою психічною коморбідністю, послуги надаються короткостроково в стаціонарних умовах. Під час лікування в стаціонарних умовах, після досягнення стабілізації стану пацієнта, здійснюється ініціація лікування розладів вживання ПАР/алкоголю (зокрема, синдрому залежності) із використанням ПСВ різної інтенсивності.

Для пацієнтів, які мають значні проблеми з порушенням соціальних функцій, можливе тривале лікування в рамках терапевтичних спільнот.

8) Впровадження травма-інформованого підходу

Під час лікування осіб з розладами вживання ПАР/алкоголю важливе впровадження травма-інформованого підходу до надання послуг – допомогти пацієнту зрозуміти можливий зв'язок між його психічним здоров'ям і проблемами, пов'язаними з вживанням ПАР, та травматичним досвідом, який він, можливо, пережив (додаток 2). Це необхідно, оскільки травма часто з'являється до того, як людина починає вживати ПАР і, як наслідок, з'являються розлади психіки та поведінки.

Більше про травма-інформований підхід описано в додатку 2.

9) Одночасне ведення коморбідних розладів психіки та поведінки

Скринінг, діагностика та лікування розладів вживання ПАР/алкоголю мають бути інтегровані в широку мережу послуг з психічного здоров'я, що означає:

- одночасне проведення скринінгу на розлади вживання ПАР/алкоголю та інші психічні розлади;
- спільне ведення коморбідних психічних розладів.

Ігнорування одного з розладів знижує ефективність терапії та підвищує ризики рецидиву. Відтак, такий підхід дозволяє досягти стійкішої ремісії, зменшити суїцидальні ризики, підвищити прихильність до лікування та покращити якість життя пацієнтів, тобто, сприяти їхньому поступовому відновленню.

10) Біопсихосоціальна модель та мультидисциплінарний підхід до надання послуг

Врахування широкого спектру потреб особи з розладами вживання ПАР/алкоголю при наданні послуг – медичних (пов'язаних не лише з розладом вживання ПАР, а й інших соматичних станів), психологічних, соціальних, юридичних. Зазначене має реалізовуватись через забезпечення постійної взаємодії надавачів соціальних і медичних послуг в рамках міжсекторальної співпраці.

Оцінка соціального статусу та функціонування здійснюється на всіх етапах надання допомоги. Водночас при наданні соціальних послуг, зокрема для осіб у складних життєвих обставинах – здійснюється скринінг щодо розладів вживання ПАР/алкоголю та надаються короткі втручання.

Оптимальний формат надання послуг – робота мультидисциплінарної команди (далі – МДК) за участі лікаря-психіатра/нарколога, психолога або психотерапевта, соціального працівника, медичної сестри або брата та консультанта за принципом «рівний-рівному».

11) Врахування особливостей та потреб окремих груп: військові та ветерани, жінки, підлітки

Під час організації послуг лікування для осіб із залежністю важливо враховувати специфіку потреб окремих груп населення, зокрема військовослужбовців, ветеранів, жінок (особливо вагітних), підлітків, осіб літнього віку, осіб з інвалідністю та представників інших вразливих груп населення.

Так, наприклад, військовослужбовці та ветерани, особи, які постраждали від домашнього або сексуального насильства часто стикаються з високим рівнем психоемоційного навантаження внаслідок травматичних подій, що підвищує ризики формування вторинної залежності – тобто, коли вживання ПАР є формою самопомоги для зменшення проявів симптомів первинних психічних розладів (самолікування). Особливості виконання військової служби, яка потребує роботи в умовах підвищеної бойової готовності, депривації сну тощо. Також висока поширеність хронічних болей в результаті травм отриманих під час служби у ветеранів та військових в значній мірі може сприяти вживанню ПАР.

Жінки, які вживають ПАР/алкоголь, більше стикаються з подвійною стигмою та досвідом насильства, включаючи насильство з боку постійного партнера, є більш економічно залежними, зазвичай несуть більше навантаження пов'язане з вихованням дітей.

Фізіологічні особливості підлітків (незрілість окремих структур головного мозку, зокрема тих, які відповідають за контроль імпульсів поведінки та емоційну саморегуляцію) та осіб літнього віку (значна кількість хронічних захворювань, особливості метаболізму, висока поширеність хронічного больового синдрому тощо) робить їх також більш вразливими до дії ПАР.

Відтак, надавачам послуг лікування осіб із залежністю необхідно враховувати, наприклад, такі особливості:

- первинність психічного розладу або травматичного досвіду як фактору розвитку залежності (досвід переживання насильства та занедбаності в дитинстві підвищує ризики вживання ПАР та алкоголю);
- необхідність одночасного лікування коморбідного стану (наприклад, ПТСР, тривожних або депресивних розладів) та залежності;
- психофізіологічні особливості розвитку та перебігу розладу вживання ПАР, зокрема у чоловіків та жінок, підлітків та осіб літнього віку;
- застосування травма-інформованого підходу;
- організація роботи груп взаємодопомоги для окремих груп (військовослужбовці та ветерани, жінки, підлітки тощо);
- можливість систематичного скринінгу на вживання ПАР та психічні розлади на етапі рекрутингу, під час служби, після демобілізації в рамках планових медоглядів, з урахуванням високого ризику не діагностованих станів через стигму, замовчування симптомів або відсутність доступу до фахової допомоги;
- створення безпечного, неупередженого середовища, що сприяє зверненню по допомогу.

Підсумовуючи, важливо зазначити, що надання допомоги окремим групам населення має ґрунтуватися на розумінні їх специфічних потреб, контексту вживання ПАР та можливих бар'єрів до звернення по допомогу. Урахування психоемоційного стану, травматичного досвіду, супутніх розладів, соціального середовища та життєвих обставин є ключовим для побудови чутливого до вразливостей підходу, що підвищує ефективність втручань і сприяє довготривалому відновленню.

12) Спільне прийняття рішень

Необхідно сприяти активному залученню пацієнта до прийняття рішень стосовно лікування, зокрема узгодження мети, завдань, плану лікування та відновлення, із використанням підходів спільного прийняття рішень (додаток 3)».

13) Залучення спільноти та розвиток послуг на рівні громад

Під час надання послуг активно застосовується підхід «рівний-рівному», який передбачає залучення осіб із власним досвідом вживання до підтримки пацієнтів. Такий підхід включає організацію взаємодії та перенаправлення до груп взаємодопомоги, зокрема Анонімних Алкоголіків (АА), Анонімних Наркоманів (АН), а також інших груп із доведеною ефективністю (наприклад, SMART Recovery). Додатково забезпечується координація з програмами зменшення шкоди та пацієнтськими спільнотами у громадах.

3

**НОРМАТИВНЕ ПІДґРУНТЯ
ДЛЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ
ОСОБАМ З РОЗЛАДАМИ
ВЖИВАННЯ ПАР**

Закон України «Основи законодавства про охорону здоров'я».

Закон України «Про психіатричну допомогу».

Закон України «Про соціальні послуги».

Постанова КМУ від 20 серпня 2025 року «Про схвалення Стратегії наркополітики на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025-2027 роках».

Постанова КМУ від 24 грудня 2024 року «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році».

Постанова КМУ від 23 січня 2024 року «Про організацію діяльності та забезпечення функціонування центрів життєстійкості».

Медико-технологічні документи зі стандартизації медичної допомоги (за напрямом лікування залежності):

- наказ Міністерства охорони здоров'я України (далі – МОЗ України) від 16 грудня 2025 року № 1897 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю»;
- наказ МОЗ України від 11 липня 2025 року № 1102 «Про затвердження стандартів медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів»;
- наказ МОЗ України від 13 січня 2025 року № 84 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стимуляторів за виключенням опіоїдів».

Наказ МОЗ України від 25 жовтня 2024 року № 1796 «Про затвердження Типового положення про Центр ментального (психічного) здоров'я у закладі охорони здоров'я».

Наказ МОЗ України від 13 грудня 2023 року № 2118 «Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню».

Наказ Міністерства соціальної політики України від 01 жовтня 2020 року № 677 «Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги соціально-психологічної реабілітації осіб із залежністю від наркотичних засобів чи психотропних речовин».

4

**ФІНАНСУВАННЯ ПОСЛУГ
З ЛІКУВАННЯ ЗАЛЕЖНОСТЕЙ
В РАМКАХ ПРОГРАМИ
МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ**

Таблиця 3. Лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин в рамках Програми Медичних Гарантій 2026.

Назва пакету медичної допомоги в рамках ПМГ 2026, який забезпечує фінансування послуг за напрямом	Специфікація та умови закупівлі
«Психіатрична допомога дорослим та дітям у стаціонарних умовах»	Проведення первинної комплексної оцінки стану пацієнта та супутніх потреб, цілодобовий догляд, медикаментозне лікування, психотерапія та заходи ресоціалізації. Вимоги до персоналу включають наявність кваліфікованих психіатрів, психологів/психотерапевтів та середнього медичного персоналу
«Психосоціальна та психіатрична допомога дорослим та дітям, що організовується центрами ментального (психічного) здоров'я та мобільними мультидисциплінарними командами»	Надання амбулаторної психіатричної та психосоціальної допомоги через центри ментального (психічного) здоров'я та мобільні команди. Послуги включають первинну комплексну оцінку стану пацієнта, консультації, медикаментозне лікування, психотерапію, соціальну підтримку та кризове втручання. Мобільні команди забезпечують допомогу на дому для пацієнтів, які не можуть відвідати ЗОЗ самостійно
«Первинна медична допомога»	Всі сімейні лікарі, терапевти, педіатри, а також медичні сестри та брати, які працюють у закладах, законтракованих із Національною службою здоров'я України, зобов'язані пройти навчання з ведення та лікування пацієнтів із психічними розладами. Підтвердженням буде наявність відповідних сертифікатів з курсів mhGAP
«Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах»	Послуги консультації, діагностики та оцінювання для пацієнтів з розладами психіки та поведінки
«Лікування осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів з використанням препаратів замісної підтримувальної терапії»	Надання послуг замісної підтримувальної терапії (далі – ЗПТ) для пацієнтів з опіоїдною залежністю, відповідно до галузевих стандартів медичної допомоги



5

**РЕКОМЕНДОВАНІ
ВТРУЧАННЯ, ЗАЛЕЖНО
ВІД НАДАВАЧА ПОСЛУГ**

Таблиця 4. Рекомендовані втручання, залежно від надавача послуг

Назва втручання	Опис рекомендованого втручання
Первинний рівень надання медичної допомоги Скринінг, перенаправлення, короткі втручання, супровід для підтримки ремісії	
Скринінг	Проведення опитування щодо вживання ПАР під час планового огляду із використанням скринінгових інструментів відповідно до МТД зі стандартизації медичної допомоги
Оцінка стану пацієнта та короткі втручання (додаток 4)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Уточнення/підтвердження кількості, частоти та тривалості вживання ПАР; ○ Оцінка кількості та тяжкості проблем, пов'язаних із вживанням ПАР (медичних, правових, соціальних) в цілому та протягом останніх 12 місяців; ○ Збір анамнезу щодо попереднього досвіду отримання психіатричної допомоги; ○ Оцінка призначеної фармакотерапії, статусу вагітності та наявних соматичних захворювань; ○ Психоедукація; ○ Прості поради; ○ Короткі втручання із застосуванням методів FRAMES, FLAGS, елементів мотиваційного інтерв'ю (далі – MI)
MI (додаток 5)	Науково доказовий підхід до консультування, що спрямований на підвищення рівня внутрішньої мотивації до зміни поведінки
Застосування травма-інформованого підходу в лікуванні	<ul style="list-style-type: none"> ○ Розуміння впливу потенційно травматичних подій на людину та її можливого зв'язку з вживанням ПАР – саме з урахуванням цього мають вибудовуватися принципи комунікації та взаємодії в межах надання послуг; ○ Включення елементів прямої роботи з травмою або травма-терапевтичних підходів – зокрема, прості техніки управління стресом і методики реагування на гострий стрес
Профілактика рецидивів (додаток 6)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Виявлення пацієнтів у фазі відновлення (ремісії); ○ Налагодження терапевтичних відносин між пацієнтом і лікарем; ○ Планування регулярних візитів для подальшого спостереження (додаток 7); ○ Активація сімейної підтримки/базові елементи сімейної терапії (залучення родини до процесу одужання) (додаток 8), встановлення зв'язків з пацієнтськими спільнотами з підтримки відновлення, розвиток навичок розв'язання проблем і навичок комунікації, зокрема технікам когнітивно-поведінкової терапії (далі – КПТ) (додаток 9); навчання членів родини методам профілактики рецидиву, зокрема сімейно-орієнтованим стратегіям вирішення проблем; погодження правил взаємодії між особою в ремісії та членами родини; залучення членів родини до психоедукаційного процесу); ○ Сприяння участі як пацієнтів, так і членів їх родин у програмі 12-кроків, групах взаємодопомоги АА, АН та сімейних групах підтримки (додаток 10);

<p>Профілактика рецидивів (додаток 6)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Допомога пацієнтам у розпізнаванні та подоланні факторів, що можуть спровокувати рецидив, а також у боротьбі з потягом до вживання; ○ Надання рекомендацій щодо формування індивідуального плану дій на випадок можливого рецидиву; ○ Сприяння впровадженню позитивних змін у способі життя (анг. facilitate positive lifestyles changes); ○ Лікування депресії, тривоги та інших супутніх психічних станів, що не потребують перенаправлення до лікаря-психіатра/нарколога; ○ Розгляд доцільності призначення допоміжної фармакотерапії (додаток 11); ○ Масштабовані психологічні інтервенції (додаток 12), такі як «Самодопомога Плюс» (далі – СД+) та «Важливі навички в періоді стресу», що базуються на принципах КПТ, включають майндфулнес-практики, ціннісно-орієнтований підхід і навички управління стресом. Залежно від потреб пацієнта та ресурсів закладу, їх можна реалізовувати у різних форматах: надати доступ до аудіо-вправ та/або посібника з поясненням, як користуватись, або, за наявності підготовленого фахівця, провести повний курс програми; ○ Співпраця з іншими фахівцями з метою ведення пацієнта за принципом мультидисциплінарного підходу
<p>Перша психологічна допомога</p>	<p>Навички та знання, що можуть бути застосовані для надання допомоги людям у стані стресу через кризову ситуацію</p>
<p>Психологічна допомога при гендерно зумовленому насильстві (додаток 13)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Розуміння гендерно зумовленого насильства та емоційних потреб, які потребують уваги; ○ Застосування протоколу LIVES для надання допомоги людям, що постраждали від гендерно зумовленого насильства; ○ Направлення, зокрема, до інших служб поза межами медичного сектору; ○ Підтримка у відновленні відчуття контролю та здатності приймати власні рішення
<p>Відмова від куріння (додаток 14)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Скринінг; ○ Короткі інтервенції відповідно до моделі «5А»: 1) з'ясувати, чи курить пацієнт; 2) порадити кинути курити; 3) оцінити готовність пацієнта припинити курити; 4) надати допомогу у припиненні куріння; запланувати подальший супровід для перевірки прогресу та підтримки в утриманні від куріння; фармакотерапія; 5) коротке консультування щодо припинення куріння
<p>Послуги ЗПТ</p>	<p>Забезпечення надання ЗПТ у відповідності до стандартів медичної допомоги та інших нормативно-правових актів, які регулюють даний вид послуг</p>
<p>Скринінг та лікування інфекційних захворювань</p>	<p>Скринінг ВІЛ, ВГВ/С, туберкульозу легень та видача препаратів АРТ</p>

Центри ментального (психічного) здоров'я – АМБУЛАТОРНЕ ЛІКУВАННЯ Скринінг, діагностика, лікування низької та середньої важкості розладів вживання ПАР/алкоголю, <u>перенаправлення осіб з важким розладом до спеціалізованого ЗОЗ із надання психіатричної допомоги</u>	
Скринінг	Проведення скринінгу щодо вживання ПАР/алкоголю для всіх осіб, які мають психічні розлади та звертаються для отримання медичної допомоги із використанням скринінгових інструментів відповідно до МТД зі стандартизації медичної допомоги
Діагностика	Постановка діагнозу розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР/алкоголю
Комплексна оцінка стану пацієнта	Проведення комплексної оцінки стану пацієнта, що зокрема включає оцінку супутньої психічної коморбідності та психічного статусу, у тому числі наявність психічної травми, оцінку когнітивного функціонування та загальну оцінку статусу функціонування (включно з сімейним статусом функціонування), а також оцінку потреб, ресурсів та цілей пацієнта, визначених ним/нею самостійно, відповідно до принципів підходу, орієнтованого на відновлення та інші, відповідно до МТД зі стандартизації медичної допомоги
Лікування розладів вживання ПАР, зокрема алкоголю (низької та середньої важкості розладу) та подальший супровід	<ul style="list-style-type: none"> ○ Проведення коротких втручань; ○ Амбулаторне консультування; ○ Лікування синдрому відміни (за умови можливості амбулаторного проведення); ○ Фармакотерапія розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю та супутніх психічних розладів; ○ Лікування інших психічних розладів; ○ МІ та терапія посилення мотивації (далі – ТПМ); ○ Денні (амбулаторні) програми (відповідно до розділу 7); ○ Психотерапія (КПТ та тренінг навичок подолання труднощів; сімейні та парні інтервенції); ○ Масштабовані психологічні інтервенції (Важливі навички в періоди стресу, «Управління проблемами Плюс» (далі– УП+) та інші); ○ Профілактика рецидивів; ○ Візити подальшого спостереження
Психологічна допомога при гендерно зумовленому насильстві	<ul style="list-style-type: none"> ○ Розуміння гендерно зумовленого насильства та емоційних потреб, які потребують уваги; ○ Застосування протоколу LIVES для надання допомоги людям, що постраждали від гендерно зумовленого насильства; ○ Направлення, зокрема, до інших служб поза межами медичного сектору; ○ Підтримка у відновленні відчуття контролю та здатності приймати власні рішення
Групи взаємодопомоги	<ul style="list-style-type: none"> ○ Переадресація до груп взаємодопомоги (АА/АН) або організація цих груп на базі ЗОЗ; ○ Групи взаємодопомоги (для осіб із особливими клінічними потребами)

<p>Консультування щодо відмови від куріння</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Скринінг; ○ Короткі втручання відповідно до моделі «5А»: 1) з'ясувати, чи курить пацієнт; 2) порадити кинути курити; 3) оцінити готовність пацієнта припинити курити; 4) надати допомогу у припиненні куріння; запланувати подальший супровід для перевірки прогресу та підтримки в утриманні від куріння; фармакотерапія; 5) коротке консультування щодо припинення куріння; ○ Фармакотерапія; ○ Коротке або інтенсивне консультування щодо відмови від куріння
<p>Скринінг інфекційних захворювань та перенаправлення на лікування</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Скринінг на ВІЛ та вірусні гепатити (ВГС, ВГВ), туберкульоз через їх надання або (обов'язково) через переадресацію з подальшим наданням/перенаправленням до відповідного спеціаліста для підтвердження у разі позитивних результатів; ○ Лікування опціонально або (обов'язково) через переадресацію
<p>Послуги зменшення шкоди</p>	<p>Програма обміну та видачі голочок і шприців; інші послуги зменшення шкоди – їх опціональне надання або (обов'язково) через переадресацію до відповідних надавачів послуг</p>
<p>Соціальні послуги</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Комплексна оцінка психосоціального статусу та визначення потреб у наданні соціальних послуг; ○ Організація надання соціальних послуг на базі ЗОЗ та шляхом налагодження взаємодії з провайдерами соціальних послуг
<p>Психіатричні відділення кластерних та надкластерних лікарень, які мають психіатричний стаціонар, та заклади охорони здоров'я, які не увійшли в спроможну мережу, проте спеціалізуються на наданні психіатричної/наркологічної допомоги (АМБУЛАТОРНА ДОПОМОГА + СТАЦІОНАР)</p> <p>Скринінг, діагностика, лікування від низької до високої важкості розладу вживання ПАР/алкоголю, лікування гострих станів в умовах стаціонару</p>	
<p>Скринінг</p>	<p>Проведення скринінгу щодо вживання ПАР/алкоголю для всіх осіб, які мають психічні розлади та звертаються для отримання медичної допомоги із використанням скринінгових інструментів відповідно до МТД зі стандартизації медичної допомоги</p>
<p>Діагностика</p>	<p>Постановка діагнозу розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР/алкоголю як первинних пацієнтів, так і направлених від інших ЗОЗ або надавачів соціальних послуг, за самозверненнями</p>
<p>Госпіталізація</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Лікування гострих станів (гостра інтоксикація, синдром відміни, що потребує госпіталізації); ○ Ініціація лікування пацієнтів з важким розладом в стаціонарних умовах відповідно до рекомендованої типової програми, наведеної в розділі 6
<p>Комплексна оцінка стану пацієнта</p>	<p>Проведення комплексної оцінки стану пацієнта, що зокрема включає оцінку супутньої психічної коморбідності та психічного статусу, у тому числі наявності психічної травми, оцінку когнітивного функціонування та загальну оцінку статусу функціонування (включно з сімейним статусом функціонування), а також оцінку потреб, ресурсів та цілей пацієнта, визначених ним/нею самостійно, відповідно до принципів підходу, орієнтованого на відновлення та інші, відповідно до МТД зі стандартизації медичної допомоги</p>

<p>Лікування розладів вживання ПАР та алкоголю</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Проведення коротких інтервенцій; ○ Лікування синдрому відміни (в амбулаторних та стаціонарних умовах); ○ Фармакотерапія розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР/алкоголю та супутніх психічних розладів; ○ Лікування психічних розладів; ○ МІ та ТПМ; ○ Профілактика рецидивів; ○ Денні програми (відповідно до розділу 8); ○ Психотерапія (КПТ та тренінг навичок подолання труднощів; сімейні та парні інтервенції); ○ Візити подальшого спостереження (відвідування пацієнтом ЗОЗ або контактування з працівником ЗОЗ із використанням телекомунікаційних засобів)
<p>Психологічна допомога при гендерно зумовленому насильстві</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Розуміння гендерно зумовленого насильства та емоційних потреб, які потребують уваги; ○ Застосування протоколу LIVES для надання допомоги людям, що постраждали від гендерно зумовленого насильства; ○ Направлення, зокрема, до інших служб поза межами медичного сектору; ○ Підтримка у відновленні відчуття контролю та здатності приймати власні рішення
<p>Групи взаємодопомоги</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Переадресація до груп взаємодопомоги (АА/АН) або організація цих груп на базі ЗОЗ; ○ Інші групи взаємодопомоги (групи для осіб із особливими клінічними потребами)
<p>Консультації щодо відмови від куріння</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Скринінг; ○ Короткі втручання відповідно до моделі «5А»: 1) з'ясувати, чи курить пацієнт; 2) поради кинути курити; 3) оцінити готовність пацієнта припинити курити; 4) надати допомогу у припиненні куріння; запланувати подальший супровід для перевірки прогресу та підтримки в утриманні від куріння; фармакотерапія; 5) коротке консультування щодо припинення куріння ○ Фармакотерапія; ○ Коротке або інтенсивне консультування щодо відмови від куріння
<p>Скринінг інфекційних захворювань та перенаправлення на лікування</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Скринінг на ВІЛ та вірусні гепатити (ВГС, ВГВ), туберкульоз через їх надання або (обов'язково) через переадресацію з подальшим наданням/перенаправленням до відповідного спеціаліста для підтвердження у разі позитивних результатів; ○ Лікування опціонально або (обов'язково) через переадресацію
<p>Послуги зменшення шкоди</p>	<p>Програма обміну та видачі голочок і шприців; інші послуги зменшення шкоди – їх опціональне надання або (обов'язково) через переадресацію до відповідних надавачів послуг</p>
<p>Соціальні послуги</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Комплексна оцінка психосоціального статусу та визначення потреб у наданні соціальних послуг; ○ Організація надання соціальних послуг на базі ЗОЗ або шляхом налагодження взаємодії з провайдерами соціальних послуг

ЗОЗ, що надають спеціалізовану допомогу (не профільні) та екстрену медичну допомогу
Скринінг, лікування гострих станів, перенаправлення

Скринінг	<p>Скринінг осіб на розлади вживання ПАР/алкоголю по індикаторним станам, які можуть свідчити про вживання визначеним в Стандартах медичної допомоги – спеціалізовані не профільні ЗОЗ</p> <p>Скринінг осіб на розлади вживання ПАР/алкоголю, які отримують екстрену медичну допомогу в результаті станів, які можуть бути викликані вживанням ПАР/алкоголю – екстрена медична допомога</p>
Лікування гострої інтоксикації	Лікування гострої інтоксикації у випадку, якщо ЗОЗ визначений в регіоні по маршруту надавачем такого типу медичної допомоги
Лікування тяжкого синдрому відміни	Лікування тяжкого синдрому відміни у разі його наявності
Переадресація для отримання подальшої допомоги	<p>Переадресація* до сімейного лікаря або ЗОЗ, що надає психіатричну допомогу (включаючи Центри ментального (психічного) здоров'я), у випадку результатів скринінгу, що можуть свідчити про будь-який розлад, пов'язаний із вживанням ПАР</p> <p>* Місця переадресації потребують врегулювання регіональним маршрутом</p>

Надавачі соціальних послуг, послуг з психічного здоров'я та послуг на базі неурядових організацій

Скринінг, короткі втручання, перенаправлення, супровід під час та після лікування

Точки надання послуг:

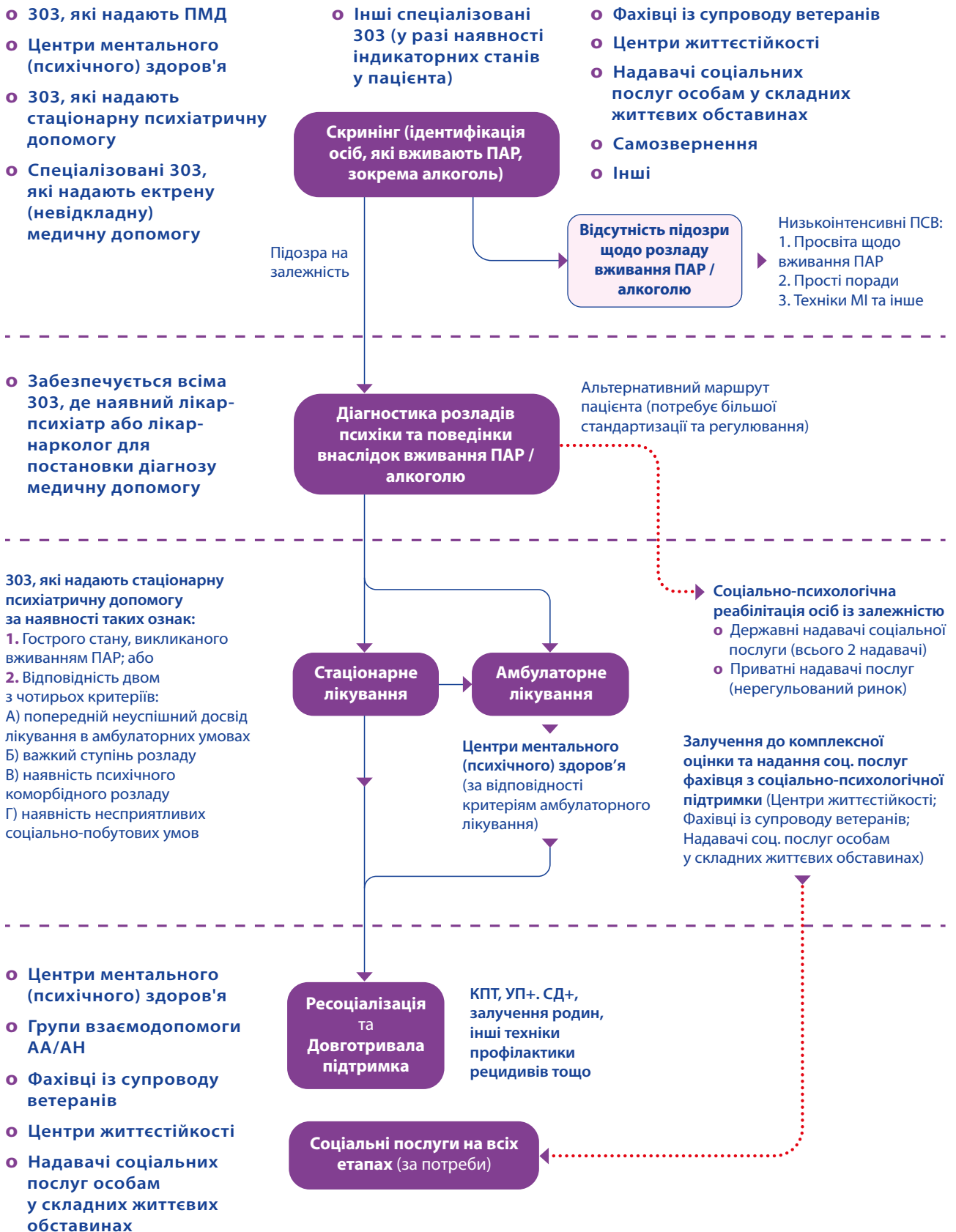
- 1) Центри життєстійкості
- 2) Фахівці із супроводу ветеранів
- 3) Надавачі соціальних послуг особам у складних життєвих обставинах

Скринінг	Скринінг всіх осіб, які мають психічні розлади, складну життєву ситуацію, індикаторні стани, які можуть свідчити про вживання або знаходяться в групі ризику щодо розладів вживання ПАР/алкоголю
Короткі втручання	Короткі втручання, спрямовані на скорочення або зупинку вживання ПАР/алкоголю для осіб, які мають позитивні результати скринінгу, що можуть свідчити про проблемне вживання
МІ	<ul style="list-style-type: none"> ○ Одноразове для осіб, які мають готовність до подальшого лікування; ○ Регулярне для осіб, які мають позитивні результати скринінгу/діагноз щодо розладів вживання, проте не готові/відмовляються звертатись за подальшою допомогою до формування готовності щодо звернення за медичною допомогою; ○ Регулярне для осіб, які мають встановлений діагноз залежності і які отримують лікування як додатковий метод для посилення прихильності до нього та отримання кращих результатів

Переадресація для отримання подальшої допомоги	Переадресація та супровід до ЗОЗ, що надає спеціалізовану психіатричну допомогу, у випадку результатів скринінгу, що можуть свідчити про проблеми зі зловживанням та/або залежність та потребу у лікуванні
Психологічна допомога при гендерно зумовленому насильстві	<ul style="list-style-type: none"> ○ Розуміння гендерно зумовленого насильства та емоційних потреб, які потребують уваги; ○ Застосування протоколу LIVES для надання допомоги людям, що постраждали від гендерно зумовленого насильства; ○ Направлення, зокрема, до інших служб поза межами медичного сектору; ○ Підтримка у відновленні відчуття контролю та здатності приймати власні рішення
Супровід під час та після лікування	<ul style="list-style-type: none"> ○ Супровід осіб та їх сімей, які проходять лікування розладів вживання ПАР у частині надання їм соціальних послуг та підтримки на базі громад або спільнот; ○ Впровадження ПСВ низької інтенсивності/масштабованих психологічних інтервенцій; ○ Консультування та підтримка під час/після завершення лікування із використанням підходів профілактики рецидивів, що зокрема включає використання технік масштабованих психологічних інтервенцій (СД+, УП+ та інші); ○ Групи взаємодопомоги
Групи взаємодопомоги – Товариство АА, АН, АлАнон та інші	
Групи взаємодопомоги	Організація та проведення груп взаємодопомоги для осіб з розладами вживання та членів їх близького оточення
Програми зменшення шкоди	
Послуги зменшення шкоди	Програма обміну та видачі голочок і шприців; інші послуги зменшення шкоди, передбачені чинним законодавством
Скринінг	Скринінг осіб, які мають психічні розлади, складну життєву ситуацію, індикаторні стани, які можуть свідчити про вживання або знаходяться в групі ризику щодо розладів вживання ПАР/алкоголю
Короткі втручання	Короткі втручання, спрямовані на скорочення або зупинку вживання ПАР/алкоголю для осіб, які мають позитивні результати скринінгу, що можуть свідчити про проблемне вживання
Переадресація до ЗОЗ для отримання послуг з діагностики та лікування	Інформування про ЗОЗ, які надають послуги з діагностики та лікування розладів вживання ПАР, та перенаправлення туди

Рекомендовані втручання, залежно від надавача послуг, представлені схематично на рисунку 5 нижче.

Рисунок 5. Схематичне зображення базових рекомендованих втручань, залежно від надавача послуг



Таблиця 5. Характеристики рекомендованих втручань

Рекомендоване втручання	Інструмент	Частота	Цільова група	Надавач послуги	Методологічне підґрунтя
	Розлади вживання ПАР – Швидкий скринінг NIDA (у разі позитивної відповіді – скринінг-тест для оцінювання рівнів вживання алкоголю, тютюнових виробів і психоактивних речовин (далі – ASSIST))	При отриманні послуг ПМД – раз на рік; для вагітних – при кожній вагітності/плануванні вагітності	Всі пацієнти, які мають декларацію з сімейним лікарем	Сімейний лікар	Загальна рамка: МТД зі стандартизації медичної допомоги
Скринінг	Розлади вживання ПАР – Інструмент ASSIST	Для інших надавачів медичних послуг (спеціалізована, екстрена допомога) – за індикаторними ста-нами	За індикаторними ста-нами при їх виникненні	Будь-який медич-ний працівник	Методологічні матеріали: – AUDIT . Тест для виявлення розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю. Настанови для працівників первинної ланки медичної допомоги (BOO3)
	Розлади вживання алкоголю – Інструмент AUDIT/AUDIT-C (Тест для виявлення розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю/скорочена його версія)	Для інших провайдерів послуг – не визначено, потребує врегулювання		Адіктолог* Консультант «рів-ний-рівному з питань залежності»**	– Скринінговий тест для оцінювання рівнів вживання алкоголю, тютюнових виробів і психоактивних речовин (ASSIST): посібник для працівників первинної ланки медичної допомоги (BOO3)

Напрями розвитку та потреба у врегулюванні:

1. Проведення скринінгу за ініціативою сімейного лікаря для осіб, які мають декларацію з сімейним лікарем, але протягом року його не відвідували;
2. Впровадження інструментів самотестування (онлайн-платформи та інші цифрові рішення) з подальшою маршрутизацією, відповідно до отриманих результатів;
3. Нормативне врегулювання раннього виявлення в роботу надавачів соціальних послуг, послуг з психологічної та психосоціальної підтримки, зокрема у частині:
 - о визначення категорій, яким необхідно проводити скринінг, їх частоту;
 - о визначення переліку надавачів послуг та етапів їх надання, на яких необхідно проводити скринінг;
4. Розробка типового регіонального маршруту переадресації осіб з позитивним результатом скринінгу, який отримано при його проведенні не медичним працівником (надавачем соціальних послуг, послуг з психологічної, соціально-психологічної підтримки);
5. Інституціоналізація нової спеціальності «Медицина залежностей» (для лікарів), «Адіктологія» (освітній рівень магістр для немедичних спеціальностей), сертифікаційні курси «рівний-рівному з питань залежностей»

Рекомендоване втручання	Інструмент	Частота	Цільова група	Надавач послуги	Методологічне підґрунтя
<p>Постановка діагнозу</p>	<p>Інструмент «Діагностичні критерії залежності відповідно до МКХ-10 / МКХ-11» (після переходу на МКХ-11)</p>	<p>Один раз</p>	<p>Особи, які мають позитивні результати скринінгу Особи, які звернулися безпосередньо з метою встановлення діагнозу розладів вживання ПАР, зокрема алкоголю</p>	<p>Лікар-психіатр/ лікар-нарколог</p>	<p>МТД зі стандартизації медичної допомоги Закон України «Про психіатричну допомогу»</p>
<p>Комплексна оцінка</p>	<p>Компоненти оцінки:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ступінь важкості розладу; ○ загальна оцінка статусу функціонування; ○ психічна коморбідність, включаючи наявність психічної травми; ○ соматична патологія; ○ когнітивний статус; ○ соціальне, включаючи сімейне, функціонування ○ оцінка потреб, ресурсів та цілей; ○ оцінка рівня залученості пацієнта у процес прийняття рішень та готовності до змін; ○ оцінка підтримуючого середовища та можливостей участі у суспільному житті (робота, навчання, спільнота). <p>Перелік інструментів визначено в МТД зі стандартизації медичної допомоги для кожного розладу</p>	<p>Перед плануванням лікування та повторно – відповідно до потреби</p>	<p>Для пацієнтів, які мають встановлений діагноз залежності, під час планування лікування</p>	<p>Медичний працівник, психолог/психотерапевт в рамках планування лікування (в частині психічної коморбідності, когнітивного статусу та інш.) Надавач соціальних послуг, послуг з психологічної та соціально-психологічної підтримки в рамках роботи МДК або спільного ведення пацієнта</p>	<p>Загальна рамка: МТД зі стандартизації медичної допомоги</p>

Напрями розвитку та потреба у врегулюванні:

1. Врегулювання механізму створення міждомчих МДК (без прив'язки до місця надання послуг) та ММК, що працюють в Центрах ментального (психічного) здоров'я для залучення надавача соціальних послуг до проведення комплексної оцінки, що здійснюється перед початком лікування в рамках формування плану лікування та реабілітації та повторно для відслідковування прогресу у лікуванні

Рекомендоване втручання	Інструмент	Частота	Цільова група	Надавач послуги	Методологічне підґрунтя
<p>Короткі втручання</p>	<p>Перелік методів визначено в МТД зі стандартизації медичної допомоги</p>	<p>Під час візитів за умови позитивних результатів скринінгу AUDIT та ASSIST</p> <p>Під час візитів пацієнтів, які мають розлади вживання ПАР, проте відмовляються розпочинати лікування залежності</p>	<p>Особи, які мають позитивні результати скринінгу по AUDIT: 0-7 – Просвіта щодо шкоди алкоголю; 8-15 – Прості поради; 16-19 – Прості поради + коротке консультування та подальший моніторинг</p> <p>по ASSIST: 0-3 – Просвіта та загальні поради щодо здоров'я; 4-26 – Надання коротких втручань із високим ризиком компонентів FRAMES, FLAGS, з елементами MI; >27 – Надання коротких втручань із використанням компонентів FRAMES, FLAGS, з елементами MI та перенаправлення до психіатра/нарколога</p>	<p>Медичний працівник Психолог/психотерапевт</p> <p>Надавач соціальних послуг, послуг з психологічної та соціально-психологічної підтримки</p> <p>Адиктолог*</p> <p>Консультант «рівний-рівному з питань залежностей»**</p> <p>консультанти «рівний-рівному»/фахівці НУО, які надають послуги зменшення шкоди</p>	<p>Загальна рамка: МТД зі стандартизації медичної допомоги</p> <p>Методологічні матеріали: – Короткі втручання при небезпечному і шкідливому споживанні алкоголю: посібник для працівників первинної ланки медичної допомоги, ВООЗ</p> <p>– Короткі втручання, пов'язані з тестом ASSIST, щодо небезпечного або шкідливого вживання психоактивних речовин (ВООЗ): посібник для працівників первинної ланки медичної допомоги/ВООЗ</p> <p>Інші матеріали/ресурси: Онлайн-курс «Основи консультування людей з проблемами внаслідок вживання психоактивних речовин»</p>

Напрями розвитку та потреба у врегулюванні:

Нормативно врегулювати щодо проведення коротких інтервенцій:

1. Фахівці із супроводу ветеранів;
2. Спеціалістами центрів життєстійкості;
3. Іншими надавачами соціальних, соціально-психологічних послуг особам, які перебувають у складних життєвих обставинах

Рекомендова- не втручання	Інструмент	Частота	Цільова група	Надавач послуги	Методологічне підґрунтя
<p>Консульта- тування за принципом МІ</p>	<p>Техніки МІ</p>	<p>– Одноразове для осіб, які мають готовність до подальшого лікування (на первинному рівні медичної допомоги), які отримали позитивні результати скринінгу AUDIT (16 та більше балів) та/або ASSIST (4 та більше балів);</p> <p>– Регулярне для осіб, які мають позитивні результати скринінгу AUDIT (16 та більше балів) та/або ASSIST (4 та більше балів);</p>	<p>Особи, які мають позитивні результати скринінгу AUDIT (16 та більше балів) та/або ASSIST (4 та більше балів)</p> <p>Особи з позитивними результатами скринінгу AUDIT (16 та більше балів) та/або ASSIST (4 та більше балів) та/або залежністю, які не готові/відмовляються звертатися за подальшою допомогою до формування готовності щодо звернення за медичною допомогою</p> <p>Для осіб, які мають розлади вживання ПАР, зокрема алкоголю: – з легким ступенем залежності – як один з основних методів лікування; – для пацієнтів з середнім та важким ступенем залежності – як можливий додатковий метод до інших методів лікування</p>	<p>Медичний працівник, психолог/психотерапевт</p> <p>Надавач соціальних послуг, послуг з психологічної та соціально-психологічної підтримки</p> <p>Адиктолог*</p> <p>Консультант «рівний-рівному з питань залежностей»**</p> <p>Консультанти «рівний-рівному»/фахівці НУО, які надають послуги зменшення шкоди</p>	<p>Загальна рамка проведення МІ: МТД зі стандартизації медичної допомоги</p> <p>Методологічні матеріали: МІ як частина короткотривалих втручань: Короткі втручання, пов'язані з тестом ASSIST, щодо небезпечного або шкідливого вживання психоактивних речовин (ВООЗ): посібник для працівників первинної ланки медичної допомоги/ВООЗ</p> <p>Інші матеріали/ресурси: Онлайн-курс «Основи мотиваційного інтерв'ю»</p>

Рекомендоване втручання	Інструмент	Частота	Цільова група	Надавач послуги	Методологічне підґрунтя
<p>Терапія посилення мотивації</p>	<p>Техніки ТПМ</p>	<p>В середньому 4 сесії, що надаються з індивідуальною частотою (можна збільшувати кількість сесій, їхню тривалість тощо залежно від потреб пацієнта, див. розділ 8)</p>	<p>Особи з позитивними результатами скринінгу AUDIT (16 та більше балів) та/або ASSIST (4 та більше балів) та/або залежністю, які не готові/відмовляються звертатись за подальшою допомогою до формування готовності щодо звернення за медичною допомогою</p> <p>Для осіб, які мають розлади вживання ПАР, зокрема алкоголю: – з легким ступенем залежності – як один з основних методів лікування; – для пацієнтів з середнім та важким ступенем залежності – як можливий додатковий метод до інших методів лікування</p>	<p>Медичний працівник, психолог/психотерапевт</p> <p>Адиктолог*</p> <p>Консультант «рівний-рівному з питань залежностей»**</p> <p>Надавач соціальних послуг, послуг з психологічної та соціально-психологічної підтримки</p>	<p>Загальна рамка проведення ТПМ: МТД зі стандартизації медичної допомоги</p> <p>Інші матеріали/ресурси: – Керівництво щодо застосування ТПМ під час лікування осіб з розладами вживання ПАР</p>

Рекомендоване втручання	Інструмент	Частота	Цільова група	Надавач послуги	Методологічне підґрунтя
<p>12-крокова фасилітована терапія</p>	<p>Техніки 12-крокової фасилітованої терапії</p>	<p>Усього – 12 тижнів (всього 12 сесій – один раз на тиждень)</p>	<p>Особи з розладами вживання алкоголю або які мають результати скринінгу AUDIT більше 20 балів</p>	<p>Медичний працівник з відповідним рівнем кваліфікації</p> <p>Надавач соціальних послуг, послуг з психологічної та соціально-психологічної підтримки, який пройшов відповідне навчання та має сертифікат про його проходження</p> <p>Адиктолог*</p>	<p>Методологічні матеріали: 12-крокова фасилітована терапія (<i>Twelve step facilitation therapy manual</i>)</p>
<p>КПТ</p>	<p>Техніки КПТ</p>	<p>Визначається індивідуально кожним надавачем послуг, залежно від потреб пацієнта</p>	<p>Для осіб, які мають розлади вживання ПАР, зокрема алкоголю</p>	<p>Медичний працівник з відповідним рівнем кваліфікації</p> <p>Надавач соціальних послуг, послуг з психологічної та соціально-психологічної підтримки, який пройшов відповідне навчання та має сертифікат про його проходження</p> <p>Адиктолог*</p>	<p>Загальна рамка проведення КПТ:</p> <p>МТД зі стандартизації медичної допомоги</p> <p>Інші матеріали/ресурси:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Посібник «Когнітивно поведінкова терапія для зниження вживання алкоголю пацієнтами замісної підтримувальної терапії» – Онлайн-курс «Когнітивно-поведінкова терапія для осіб, які мають залежність від психоактивних речовин» <p>В процесі розробки/оновлення:</p> <p>Практичний посібник з КПТ залежності</p>

Рекомендоване втручання	Інструмент	Частота	Цільова група	Надавач послуги	Методологічне підґрунтя
<p>Масштабовані психологічні інтервенції</p>	<p>Масштабовані психологічні інтервенції базуються на принципах КПТ, що мають доказову ефективність у роботі з тривогою, депресією, ПТСР, стресом. Вони адаптовані для короткотривалого формату, орієнтовані на розвиток практичних навичок та можуть реалізуватися неспеціалістами під супервізією, що забезпечує їх доступність і масштабованість (Наприклад, СД+, УП+, «Важливі навички в періоді стресу», СЕТА та інші, які пройшли процес адаптації в Україні)</p>	<p>Тип і формат психологічної інтервенції визначається індивідуально надавачем послуг відповідно до потреб пацієнта та його родини. Зустрічі можуть проходити в індивідуальному та/або груповому форматі, зазвичай раз на тиждень, тривалістю 60–90 хвилин. Кількість сесій – від 5 і більше, залежно від обраної інтервенції та програму клієнта.</p>	<p>СЕТА використовується для підтримки змін поведінки, пов'язаної з вживанням ПАР (в основному базується на техніках КПТ) СД+ використовується як допоміжне ПСВ для зменшення психологічного дистресу та підвищення стресостійкості у дорослих із ризиком або наявними розладами вживання ПАР, зокрема алкоголю (не є лікуванням залежності як такої, але може застосовуватися для роботи з супутніми стресовими та емоційними станами); є низькоінтенсивною інтервенцією, що базується на принципах терапії прийняття та зобов'язання і може впроваджуватися підготовленими (навченими) фахівцями/тренерами; УП+ використовується як короткострокове індивідуальне ПСВ для подолання поширених проблем психічного здоров'я (депресія, тривога, стрес, психосоціальний дистрес), які часто супроводжують розлади вживання ПАР; базується на доказових КПТ-елементах і може впроваджуватися підготовленими (навченими) фахівцями/тренерами; Інші поширені масштабовані психологічні інтервенції як додатковий інструмент впровадженого основного лікування та профілактики рецидивів, а також для підтримки членів родини</p>	<p>За умови проходження відповідного навчання/сертифікаційних програм для тренерів: фахівці з психічного здоров'я (психологи, психіатри, психотерапевти), а також не спеціалісти (надавачі соціальних та соціально-психологічних послуг, Консультанти «рівний-рівному» та інші)</p>	<p>– Керівництво ВООЗ «Масштабовані психологічні втручання для людей у громадах, які постраждали від несприятливих обставин» (Scalable psychological interventions for people in communities affected by adversity); – Керівництво ВООЗ «Управління проблемами Плюс»; – Керівництво ВООЗ «Самодопомога Плюс»; – Керівництво ВООЗ «Важливі навички в періоді стресу: Ілюстративне керівництво»;</p>

Рекомендоване втручання	Інструмент	Частота	Цільова група	Надавач послуги	Методологічне підґрунтя
Сімейна терапія	Техніки сімейної терапії	Визначається індивідуально кожним надавачем послуг, залежно від обставин/ потреб пацієнта	Для осіб, які мають розлади вживання ПАР, зокрема алкоголю	Медичний працівник з відповідним рівнем кваліфікації Надавач соціальних послуг, послуг з психологічної та соціально-психологічної підтримки	Загальна рамка проведення СТ: МТД зі стандартизації медичної допомоги
Застосування травма-інформованого підходу в лікуванні	Включення елементів прямої роботи з травмою або травматерапевтичних підходів – зокрема, прості техніки управління стресом і методи реактування на гострий стрес	Постійно при роботі з пацієнтами з розладами вживання ПАР за ознак наявності в анамнезі потенційно психотравмуючих подій	Всі особи, які мають позитивні результати скринінгу вживання ПАР, зокрема алкоголю та/або встановлений діагноз розладів вживання ПАР, зокрема алкоголю	Медичний працівник, психолог/психотерапевт Адиктолог* Консультант «рівний-рівному з питань залежностей»** Надавач соціальних послуг, послуг з психологічної та соціально-психологічної підтримки	<i>Національні документи відсутні</i> Травма допомога в службах поведінкового здоров'я (Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services)

Напрями розвитку та потреба у врегулюванні:

1. Впровадження принципів прямої роботи з травмою та/або травматерапевтичних підходів у нормативно-правові акти, зокрема МТД зі стандартизації медичної допомоги, програми навчання тощо під час надання медичних та соціальних послуг особам з розладами вживання ПАР, зокрема алкоголю

Рекомендоване втручання	Інструмент	Частота	Цільова група	Надавач послуги	Методологічне підґрунтя
Профілактика рецидивів	Інструменти та методи для профілактики рецидивів	Рекомендована частота: раз на тиждень; раз на два тижні; раз на місяць тощо – залежно від стадії одужання (визначається індивідуально кожним надавачем послуг, залежно від обставин/потреб пацієнта, а також обраного інструменту профілактики рецидивів)	Пацієнти, які мають встановлений діагноз розладів вживання ПАР, зокрема алкоголю, та отримують лікування Пацієнти, які мають встановлений діагноз розладів вживання ПАР, зокрема алкоголю, та завершили лікування в 303	Медичний працівник, психолог/психотерапевт Надавач соціальних, соціально-психологічних послуг Адиктолог* Консультант «рівний-рівному»/питань залежності** консультанти «рівний-рівному»/фахівці НУО, які надають послуги зменшення шкоди	Загальна рамка: МТД зі стандартизації медичної допомоги Інші методичні матеріали/ресурси: – Онлайн-курс «Когнітивно-поведінкова терапія для осіб, які мають залежність від психоактивних речовин»

Напрями розвитку та потреба у врегулюванні:

1. Нормативно врегулювати проведення інтервенцій для профілактики рецидивів:
 - Фахівці із супроводу ветеранів;
 - Спеціалістами центрів життєстійкості;
 - Іншими надавачами соціальних, соціально-психологічних послуг особам, які перебувають у складних життєвих обставинах
2. Розробка типового регіонального маршруту переадресації осіб, які завершили лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР, зокрема алкоголю, для отримання послуг ресоціалізації

Рекомендоване втручання	Інструмент	Частота	Цільова група	Надавач послуги	Методологічне підґрунтя
<p>Психологічна допомога при гендерно зумовленому насильстві</p>	<p>Навички та знання, що можуть бути застосовані для надання допомоги людям, що постраждали від гендерно зумовленого насильства</p>	<p>Під час виявлення та повторно – відповідно до потреби</p>	<p>Особи, які постраждали від гендерно зумовленого насильства</p>	<p>Сімейний лікар, медична сестра</p> <p>Лікар психіатр або нарколог, психолог/психотерапевт</p> <p>Адиктолог*</p> <p>Консультант «рівний-рівному з питань залежностей»**</p> <p>Надавач соціальних послуг, послуг з психологічної та соціально-психологічної підтримки</p>	<p>Програма дій щодо подолання прогалин у сфері психічного здоров'я (mhGAP)</p> <p>Посібник ВООЗ, Клінічне ведення випадків зґвалтування і насильства з боку інтимного партнера: Розробка протоколів для використання в умовах гуманітарної кризи</p> <p>Клінічний посібник ВООЗ «Медична допомога жінкам, які зазнали насильства з боку інтимного партнера або сексуального насильства» (Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: A clinical handbook)</p>
<p>Відмова від куріння</p>	<p>Скринінг; Короткі втручання</p>	<p>Постійно при роботі з пацієнтами</p>	<p>Особи, які звернулися з іншими медичними станами, у межах первинного інтерв'ю та збору анамнезу</p>	<p>Сімейний лікар, медична сестра психолог/психотерапевт Лікарі інших спеціальностей</p>	<p>Наказ МОЗ України від 03 серпня 2012 року «Про затвердження та впровадження МТД зі стандартизації медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів»</p>

Напрями розвитку та потреба у врегулюванні:

1. Оновлення МТД зі стандартизації медичної допомоги;
2. Впровадження інструментів самотестування (онлайн-платформи та інші цифрові рішення) з подальшою маршрутизацією, відповідно до отриманих результатів;
3. Нормативне врегулювання раннього скринінгу та надання коротких інтервенцій у разі позитивних результатів у роботу надавачів соціальних послуг, послуг з психологічної та психосоціальної підтримки, які надають послуги особам з розладами вживання ПАРАлькоголю

Рекомендоване втручання	Інструмент	Частота	Цільова група	Надавач послуги	Методологічне підґрунтя
Послуги ЗПТ	Фармакотерапія препаратами ЗПТ	На постійній основі	Всі пацієнти, які мають встановлений діагноз розладів психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів	Лікар-психіатр та/або нарколог Будь-який інший лікар, який пройшов курси тематичного удосконалення на базі вищого медичного навчального закладу	Загальна рамка: МТД зі стандартизації медичної допомоги та інші нормативно-правові акти за напрямом Інші методичні матеріали/ресурси: – Онлайн-курс «Лікування опіоїдної залежності»
Напрями розвитку та потреба у врегулюванні: 1. Забезпечити ширшу доступність послуг ЗПТ на рівні первинної медичної допомоги в громадах та спеціалізованих ЗОЗ, за виключенням монопрофільних психіатричних					
Скринінг та/або діагностика та лікування інфекційних захворювань	У відповідності до МТД	У відповідності до вимог МТД	Всі пацієнти, які відповідають критеріям у відповідності до МТД	Медичний працівник (скринінг/діагностика/лікування) надавач послуг зменшення шкоди (скринінг)	МТД зі стандартизації медичної допомоги
Аутріч-послуги	–	На постійній основі	Всі споживачі ПАР	Надавач послуг аутріч консультанти «рівний-рівному»/фахівці НУО, які надають послуги зменшення шкоди Консультант «рівний-рівному з питань залежностей»**	Наказ МОЗ України від 20 лютого 2024 року № 288 «Про затвердження Порядку надання послуг з профілактики ВІЛ серед представників деяких ключових груп щодо інфікування ВІЛ»

Напрями розвитку та потреба у врегулюванні:

1. Нерегульований ринок реабілітаційної допомоги приватної форми власності, діяльність яких не підпадає під здійснення державного контролю або ліцензування та відсутність національного консенсусу щодо нормативно закріпленої термінології та регулювання послуг з надання психологічної реабілітації – необхідність нормативного врегулювання надання послуг з психологічної реабілітації осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР, включаючи алкоголь, зокрема, щодо визначення змісту послуг, вимог до надавачів послуг, критеріїв якості надання послуг тощо.

*у рядку «надавач послуг» зазначається спеціалізація «адиктолога», яка наразі не інституціалізована в Україні. Команда Центру спільно з партнерами з Всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як?» розробляє концепцію впровадження нової спеціалізації в Україні. Передбачається, що нова освітня спеціальність буде доступна для здобувачів освітнього рівня «магістр» для бакалаврів, магістрів за напрямом психологія, соціальна робота, соціологія, педагогіка.

**у рядку «надавач послуг» зазначається спеціалізація «рівний-рівному з питань залежностей», яка наразі не інституціалізована в Україні. Команда Центру спільно з партнерами з Всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як?» розробляє концепцію впровадження нової спеціалізації в Україні, шляхом запровадження сертифікаційних курсів «рівний-рівному з питань залежностей» для осіб з досвідом успішного лікування та досягнення ремісії розладу психіки та поведінки пов'язаного з вживанням ПАР/алкоголю.

6

**ТИПОВА ПРОГРАМА
ТА ЛІКУВАЛЬНИЙ ГРАФІК
В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ**

Хоча стаціонарне лікування осіб із залежністю в Україні традиційно асоціюється із лікуванням гострих станів внаслідок вживання ПАР, його роль у лікуванні таких розладів значно ширша – воно передбачає не лише стабілізацію фізичного і психічного стану пацієнта, а й створення передумов для початку повноцінного, довготривалого терапевтичного процесу. Орієнтовна тривалість перебування, відповідно до кращих світових практик, – до 21 доби – дозволяє провести комплексну оцінку, сформувавши індивідуальний план лікування та реабілітації, ініціювати надання ПСВ різної інтенсивності. Після завершення стаціонарного лікування ПСВ різної інтенсивності продовжуються в амбулаторних умовах, відповідно до складеного плану.

Стаціонарне лікування є одним з форматів лікування та рекомендоване не для всіх пацієнтів, а лише у випадку обґрунтованої потреби коли переваги стаціонарного лікування переважають ризики пов'язані з тривалим перебуванням в ЗОЗ.

Зокрема, стаціонарне лікування може розглядатись для пацієнтів з:

- 1)** важким ступенем розладу;
- 2)** психічним коморбідним розладом;
- 3)** попереднім досвідом не успішного лікування в амбулаторних програмах меншої інтенсивності;
- 4)** супутніми соматичними розладами, що потребують тривалого медичного спостереження та лікування в умовах стаціонару;
- 5)** соціальної ситуації, що пов'язана з високими ризиками рецидиву у випадку лікування в амбулаторних умовах.

Типова програма лікування та примірний графік заходів в межах стаціонарного лікування представлені у таблицях 6.1. та 6.2. відповідно. Більш детальний перелік та опис інтервенцій, що застосовуються на стаціонарному етапі лікування, наведено в розділі 8 документа.

Таблиця 6.1. Типова програма лікування в стаціонарі (розрахована на період перебування особи в стаціонарі протягом 21 доби)

Тип інтервенції	Кількість послуг за період перебування у закладі	Надавач послуги
Оцінка супутньої психічної коморбідності та психічного статусу, включаючи наявність психічної травми	3	Лікар-психіатр
Оцінка когнітивного функціонування	2	Психолог, лікар-психіатр
Загальна оцінка статусу функціонування	2	Психолог, соціальний працівник, медична сестра
Оцінка сімейного функціонування	2	Психолог, соціальний працівник
Мотиваційне інтерв'ю та терапія посилення мотивації (індивідуальна)	4	Психолог, лікар-психіатр
Мотиваційне інтерв'ю та терапія посилення мотивації (групова)	10	Психолог, лікар-психіатр
Сімейна терапія (включає консультування, залучення членів близького оточення до процесу лікування)	6	Психолог, лікар-психіатр
Групова когнітивно-поведінкова терапія	12	Психотерапевт, лікар-психолог, клінічний психолог, лікар-психіатр
Індивідуальна когнітивно-поведінкова терапія	6	Психолог, лікар-психіатр, психотерапевт
Групові консультації для осіб зі специфічними клінічними потребами (пацієнти із травматичним досвідом, ветерани, військовослужбовці, жінки тощо)	6	Психолог, лікар-психіатр, психотерапевт
Додаткові інтервенції (не входять до обов'язкового переліку та обираються на розсуд стаціонарного підрозділу. Повний перелік в розділі 8)	залежно від можливостей підрозділу	Психолог, клінічний психолог, соціальний працівник, медична сестра, консультанти «рівний-рівному»

Таблиця 6.2. Примірний графік заходів в межах стаціонарного лікування² *

	Понеділок	Вівторок	Середа	Четвер	П'ятниця	
8:00-9:00	Терапевтичне садівництво/ гарденотерапія (опціонально)		Терапевтичне садівництво/ гарденотерапія (опціонально)	Терапевтичне садівництво/ гарденотерапія (опціонально)	Терапевтичне садівництво/ гарденотерапія (опціонально)	Корисні контактні дані (номер кімнати, ім'я фасилітатора групи)
9:00-10:00	Групові сесії КПТ	Терапевтичне садівництво/ гарденотерапія (опціонально)	Заходи з фізичної активності	Індивідуальні групи (КПТ, ТПМ, програма 12-кроків)	Заходи з фізичної активності	
10:00-11:00	Індивідуальні групи (КПТ, ТПМ, програма 12-кроків)	Групові сесії КПТ	Індивідуальні групи (КПТ, ТПМ, програма 12-кроків)	Арт-терапія	Індивідуальні групи (Сімейна терапія, програма 12-кроків)	
11:00-12:00	Зменшення шкоди від вживання ПАР	Групові сесії ТПМ		Профілактика рецидивів	Групові сесії ТПМ	
12:00-13:00	Побудова життєвих навичок	Управління гнівом	Групові сесії КПТ	Групові сесії КПТ	Майндфулнес	
14:00-15:00	Групові сесії ТПМ	Програма «12 кроків»	Групові сесії ТПМ	Сімейна терапія	Індивідуальні групи (КПТ, ТПМ, програма 12-кроків)	
16:00-17:00	Група взаємодопомоги (ветерани, жінки, ЛГБТ)	Сімейна терапія	Групи взаємодопомоги		Групи взаємодопомоги	
17:00-18:00	Сімейна терапія	Змістовне проведення дозвілля (фільмо-, бібліотерапія)	Заходи з фізичної активності		Заходи з фізичної активності	

* Важливо зазначити, що в таблиці графік є прикладом – перелік інтервенцій, а також їх варіативність, залежно від дня тижня та інших факторів, можуть змінюватися

² <https://www.nightingalehospital.co.uk/28-day-addiction-treatment-rehabilitation/>



**ТИПОВА ПРОГРАМА
ТА ЛІКУВАЛЬНІ ГРАФІКИ
В УМОВАХ АМБУЛАТОРНОГО
ЛІКУВАННЯ**

Амбулаторне лікування може надаватись як перший етап лікування або як його продовження у випадку якщо лікування було розпочато в стаціонарних умовах. Амбулаторне лікування може надаватись в спеціалізованих закладах охорони здоров'я з надання психіатричної допомоги, де існує стаціонарне психіатричне відділення або в центрах ментального (психічного) здоров'я.

Тривалість таких програм може бути різною, але в середньому триває 10-16 тижнів. Кожна програма будується з урахуванням цілей та потреб людини визначених у її індивідуальному плані відновлення, на основі її індивідуального плану лікування та реабілітації, а також плану відновлення, й охоплює методи лікування, що спираються на доказові дані.

Як правило, амбулаторні послуги лікування передбачають щонайменше 9 годин перебування в ЗОЗ на тиждень у вигляді трьох 3-годинних сесій. Однак деякі програми можуть пропонувати більше або менше сеансів на тиждень та/або довші/коротші щоденні сесії, тобто програми лікування різної інтенсивності.

Загальний принцип амбулаторних програм передбачає, що лікування спочатку надається в більш інтенсивному форматі і поступово інтенсивність втручань зменшується. Амбулаторна програма передбачає певну кількість годин на тиждень структурованої індивідуальної, групової та/або сімейної терапії, а також психоосвіту з питань вживання ПАР, профілактики рецидивів, визначених шляхів подальшого догляду й супутніх розладів психічного здоров'я.

Важливим елементом надання послуг є робота МДК³. МДК створюється із залученням працівників ЗОЗ, проте можливим є залучення спеціалістів з партнерських організацій, зокрема з числа надавачів соціальних послуг, неурядових організацій тощо.

Особи, яким рекомендована участь в амбулаторних програмах:

- Особи, які були виписані зі спеціалізованого стаціонару й досі потребують більшої підтримки, ніж та, що пропонується в межах традиційного амбулаторного лікування із сесіями раз на один або два тижні.
- Особи з розладами вживання ПАР, які не потребують медичної детоксикації (цей критерій необов'язковий, оскільки деякі відділення можуть бути спроможні забезпечити цю інтервенцію) чи цілодобового нагляду, і які не відповідають діагностичним критеріям для лікування наркотичної/алкогольної залежності в стаціонарі або спеціалізованому закладі.

У більшості випадків програму адаптують до індивідуальних потреб відповідно до індивідуального плану лікування та реабілітації і етапу відновлення.

Типова програма лікування різної інтенсивності та примірний графік заходів в межах амбулаторного етапу лікування представлені у таблицях 7.1. та 7.2. відповідно. Більш детально з описом інтервенцій, які можуть використовуватися на етапі амбулаторного лікування, можна ознайомитись в розділі 8 цього документу.

³ <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4152944/>

Таблиця 7.1. Типова програма лікування в амбулаторних умовах різної інтенсивності*

Тижні	Тип інтервенції	Частота інтервенції на тиждень			Хто проводить інтервенцію
		Програма високої інтенсивності (4 тижні)	Програма середньої інтенсивності (12 тижнів)	Програма низької інтенсивності (16 тижнів)	
1-й тиж-день	Початкова оцінка та планування індивідуального лікування	2 візити	2 візити	1 візит кожні 2-3 тижні	Психіатр/нарколог (план лікування має бути розроблений спільно з пацієнтом, що необхідно пояснити самій людині, її родині та піклувальникам (останнє – з дозволу пацієнта)
	Початкова психологічна оцінка й рекомендації щодо терапії	1 візит	1 візит	1 візит	Психолог
	Оцінка соціальних потреб і скерування до служб підтримки	1 візит	1 візит	1 візит	Соціальний працівник або координатор допомоги
	Детоксикація	при потребі	при потребі	–	Психіатр/нарколог, медична сестра
	Ініціація ЗПТ	при потребі	при потребі	–	Психіатр/нарколог, медична сестра
	Початок індивідуальної або групової психотерапії	1-2 візити	1-2 візит	1 візит	Психолог/психотерапевт
	Групи взаємодопомоги	1 візит	1 візит	1 візит	Фасилітатор групи взаємодопомоги
2-4 тиж-день	Візити подальшого спостереження	2 візити	1 візит	1 візит кожні 2-3 тижні	Психіатр/нарколог/медсестра
	Індивідуальна психотерапія	1 візит	1 візит	1 візит	Психотерапевт/психолог
	Групова психотерапія	1-3 візити	1-2 візити	1 візит	Психотерапевт/психолог
	Інші доступні групові сесії (див. розділ 8)	на вибір	на вибір	на вибір	Терапевт Соціальний працівник Психотерапевт Медсестра
	Групи взаємодопомоги	1-2 візити	1 візит	1 візит або на вибір	Особи з відповідним досвідом за принципом рівний-рівному (фасилітатори з числа таких осіб)

Тижні	Тип інтервенції	Частота інтервенції на тиждень			Хто проводить інтервенцію
		Програма високої інтенсивності (4 тижні)	Програма середньої інтенсивності (12 тижнів)	Програма низької інтенсивності (16 тижнів)	
5-10 тиждень	Візити подальшого спостереження		1 візит	1 візит кожні 4 тижні	Представники МДК команди лікар-психіатр або лікар-нарколог, медична сестра, психолог/психотерапевт, соціальний працівник, кейс-менеджер
	Індивідуальна психотерапія		продовження попередньої індивідуальної терапії (1 візит на тиждень)	1 візит	Психотерапевт/психолог
	Групова психотерапія		продовження попередньої групової терапії згідно розкладу (1-2 візити на тиждень)	продовження попередньої групової терапії згідно розкладу (1 візит на тиждень)	Психотерапевт/психолог
	Інші доступні групові сесії (див. розділ 8)		на вибір	на вибір	Терапевт Соціальний працівник Психотерапевт Медсестра
	Групи взаємодопомоги		1 візит	на вибір	Фасилітатор групи взаємодопомоги
10-16 тиждень	Візити подальшого спостереження		1 візит кожні 2-3 тижні	1 візит кожні 4-5 тижнів	Психіатр/нарколог/медсестра
	Доступ до групових сесій і груп взаємодопомоги (за ініціативою пацієнта або за направленням лікаря)		постійний	постійний	Представник МДК: лікар-психіатр або лікар-нарколог, медична сестра, психолог/психотерапевт, соціальний працівник, кейс-менеджер / фасилітатор із числа осіб із відповідним досвідом
Підтримка після завершення лікування	Візит подальшого спостереження			1 візит кожні 4-6 тижнів	Представник МДК: лікар-психіатр або лікар-нарколог, медична сестра, психолог/психотерапевт, соціальний працівник, кейс-менеджер
	Постійний доступ до групових сесій і груп взаємодопомоги			так	Представник МДК /фасилітатор із числа осіб із відповідним досвідом

* При формуванні індивідуального плану лікування та реабілітації для пацієнта застосовується ступеневий підхід. Пацієнт може бути зарахований безпосередньо на програму високої, середньої або низької інтенсивності. Після завершення програми високої інтенсивності пацієнту рекомендується продовжити лікування в програмі середньої інтенсивності, а після її завершення – у програмі низької інтенсивності. У разі повторної потреби пацієнта в більш інтенсивному амбулаторному лікуванні його можна перевести на вищий рівень надання допомоги (згідно з принципом поетапного догляду).

Таблиця 7.2. Примірний графік заходів в рамках амбулаторного лікування*

	Понеділок	Вівторок	Середа	Четвер	П'ятниця	
9:00						Корисні контактні дані
10:00			10:00–11:00 Жіноча група		10:00–11:00 Група зменшення шкоди	
11:00	11:00–12:30 Профілактика рецидивів		11:00–12:00 Індивідуальна травмофокусована КПТ	11:00–12:00 Теми КПТ (одна з 12; розділ 8)	11:00–12:00 Жіноча група (Zoom)	
13:00		13:00–14:00 Арт-терапія		13:00–14:30 Профілактика рецидивів		
14:00	14:00–15:00 Побудова життєвих навичок		14:00–15:00 Групова сесія КПТ		14:30–15:30 Майндфулнес (Zoom)	
15:00		15:00–16:30 Програма «12 кроків»: вступне групове заняття		15:00–16:00 Сімейна терапія		
18:00	18:00–19:30 Група взаємодопомоги (ветерани)		18:00–19:30 Групи взаємодопомоги	18:00–18:50 Група розвитку навичок раннього відновлення для людей з розладами внаслідок вживання стимуляторів	18:00–19:30 Групи взаємодопомоги	

* Важливо зазначити, що в таблиці графік є прикладом – перелік інтервенцій, а також їх варіативність, залежно від дня тижня та інших факторів, можуть змінюватися

8

**ОПИС ВТРУЧАНЬ, ЯКІ
ПРОВОДЯТЬСЯ В МЕЖАХ
СТАЦІОНАРНОГО ТА
АМБУЛАТОРНОГО ЛІКУВАННЯ**

Таблиця 8. Опис втручань, які проводитимуться в межах амбулаторного та стаціонарного лікування

Тип інтервенції	Метод / техніка терапії	Кількість візитів протягом програми лікування (частота на тиждень та кількість сесій за курс лікування)	Перелік тем (групових і індивідуальних сесій)
Індивідуальна психотерапія	КПТ	<p>Стаціонар: Початок КПТ у стаціонарних умовах залежить насамперед від психічного та фізичного стану пацієнта. Рекомендуються розпочинати терапію тоді, коли пацієнт здатен до взаємодії. Якщо КПТ розпочато у стаціонарі, важливо забезпечити безперервність лікування в амбулаторних умовах після виписки.</p> <p>Амбулаторно: Кількість візитів: 8 протягом яких можна пройти 10 тем + 3-5 бустерні сесії (за потреби). Частота: 1 раз на тиждень або 1 раз на 2 тижні, протягом 12-16 тижнів.</p> <p>*Кількість візитів може бути продовжена до 15-20 сесій, залежно від потреби клієнта</p>	<p>Тема 1: Мотивування та залучення Тема 2: Функціональний аналіз Тема 3: Подолання патологічного потягу Тема 4: Навички відмови від речовин (як сказати «Ні») Тема 5: Розпізнавання і подолання гніву Тема 6: Негативно забарвлені афективні стани та депресія Тема 7: Техніка вирішення проблем Тема 8: Зміцнення соціальної підтримки Тема 9: Планування поведінки в кризових ситуаціях і подолання рецидивів Тема 10: Перспективне планування</p> <p>Детальніше сесії описані у додатку 9 до цього документа</p>
	Психотерапія ПТСР (індивідуальна травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ); десенсебілізація та репроцесуалізація рухом очей (EMDR))	<p>Стаціонар: Може розпочинатись в стаціонарних умовах, якщо пацієнт відповідає критеріям включення з подальшим продовженням в амбулаторному форматі.</p> <p>Амбулаторно: Кількість візитів: зазвичай 8-12 сесій, але кількість сесій може бути збільшена за клінічними показами (наприклад, у осіб з множинним травматичним досвідом)</p>	<p>З лікувальною метою запропонуйте індивідуальну травмофокусовану КПТ дорослим з діагнозом ПТСР або клінічно значущими симптомами ПТСР, які звернулися до лікаря більш ніж через 1 місяць після травматичної події.</p> <p>З профілактичною метою запропонуйте індивідуальну травмофокусовану КПТ дорослим, які мають гострий стресовий розлад або клінічно значущі симптоми ПТСР та пережили одну або більше травматичних подій протягом останнього місяця</p>
	Терапія посилення мотивації	<p>Може розпочинатись як стаціонарно (з продовженням в амбулаторних умовах) так і амбулаторно: Кількість візитів: 4 сесії (2-га сесія через 1-2 тижні після першої, 3-я сесія на 6-й тиждень, 4-а сесія на 12 тиждень). Курс лікування – 4 сесії</p>	<p>СЕСІЇ: 1: Вступна – надається зворотній зв'язок по результатам комплексної оцінки 2: Зміцнення готовності до змін 3 і 4: закріплення мотиваційної роботи і перевірка прогресу</p> <p>Детальніше в додатку 5 до цього документу</p>

Тип інтервенції	Метод / техніка терапії	Кількість візитів протягом програми лікування (частота на тиждень та кількість сесій за курс лікування)	Перелік тем (групових і індивідуальних сесій)
Індивідуальна психотерапія	Профілактика рецидивів ^{4 5}	Може розпочинатись як стаціонарно (з продовженням в амбулаторних умовах) так і амбулаторно: Кількість візитів: 32 сесії 2 рази на тиждень, тривалість однієї сесії 90 хвилин. Тривалість 16 тижнів	СЕСІЇ: 1: Алкоголь 2: Безвихідь 3: Уникнення поступового повернення до вживання 4: Робота та відновлення 5: Почуття провини та сорому 6: Як залишатися зайнятим 7: Мотивація та відновлення 8: Щирість 9: Повна відмова від вживання 10: Секс і одужання 11: Передбачення та запобігання рецидиву 12: Довіра 13: Розум важливіший за силу 14: Розуміння духовності 15: Управління особистим життям і фінансовими ресурсами 16: Як ми виправдуємо рецидив (частина 1) 17: Піклування про себе 18: Емоційні тригери 19: Хвороба 20: Розпізнавання стресу 21: Як ми виправдуємо рецидив (частина 2) 22: Подолання стресу 23: Керування гнівом 24: Прийняття 25: Пошук нових друзів 26: Відновлення відносин 27: Молитва спокоєм 28: Комппульсивні поведінки 29: Стратегії подолання емоційної напруги та депресії 30: Програми «12 кроків» і групи взаємодопомоги 31: Планування майбутнього та Організація дозвілля 32: День за днем

4 <https://irp-cdn.multiscreensite.com/fa5a8304/files/uploaded/HWH-Relapse%20Prevention.pdf>

5 <https://library.samhsa.gov/sites/default/files/sma13-4152.pdf>

44a <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/Recommendations#principles-of-care>

Тип інтервенції	Метод / техніка терапії	Кількість візитів протягом програми лікування (частота на тиждень та кількість сесій за курс лікування)	Перелік тем (групових і індивідуальних сесій)
Індивідуальна психотерапія	Сімейна терапія	<p>Стаціонар: Сімейна терапія, орієнтована на рішення (Solution-Focused Family Therapy) – 4-5 сесій, тривалість сесії – 1 година, загальна тривалість курсу 1 місяць.</p> <p>Амбулаторно: Функціональна сімейна терапія: 12-14 сесій 1 раз на тиждень, тривалість 1 сесії – 60 хвилин, курс 3 місяці. Спрямована на роботу з дітьми 10-18 років та їх сім'ями.</p> <p>Сімейна терапія, орієнтована на рішення (Solution-Focused Family Therapy) – 4-5 сесій, тривалість сесії – 1 година, загальна тривалість курсу 1 місяць.</p> <p>Структурна сімейна терапія/Стратегічна сімейна терапія/ Поведінкова та когнітивно-поведінкова сімейна терапія та терапія для пар може проводитись при наявності в центрі кваліфікованого спеціаліста</p>	<p>Структура сесій: Фаза 1: Залучення і мотивація Фаза 2: Зміна поведінки Фаза 3: Узагальнення</p>
	Групи взаємодопомоги на базі ЗОЗ та/ або програма 12 кроків (АА, АН)	Можуть проводитись як в стаціонарних, так і амбулаторних умовах. Проводяться три індивідуальні сесії як доповнення групових занять: 1-а сесія протягом 1 тижня, 2-га протягом 3-го тижня і 3-тя (завершальна) між 5-8 тижнями	<p>СЕСІЇ: 1: Ознайомлення з програмою 2: Оцінка можливості пацієнта утримуватись від вживання ПАР і обговорення відвідування/не відвідування груп 3: Оцінка досвіду лікування за протоколом 12 кроків та визначення цілей на майбутнє</p>

Тип інтервенції	Метод / техніка терапії	Кількість візитів протягом програми лікування (частота на тиждень та кількість сесій за курс лікування)	Перелік тем (групових і індивідуальних сесій)
Групова психотерапія (додаток 15)	КПТ	Можуть проводитись як в стаціонарних, так і амбулаторних умовах. Кількість візитів: 12 сесій Частота: 1 раз на тиждень протягом 12 тижнів	<p>План зустрічей визначається шляхом консенсусу.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Сократівське питання: терапевт може застосовувати цей метод під час взаємодії з учасниками групи, щоб продемонструвати, як працювати з дисфункціональним мисленням і поведінкою. ○ Встановлення цілей (для кожного групового заняття): терапевт направляє обговорення цілей, але самі цілі визначаються учасниками групи. ○ Зворотний зв'язок: буде актуальним відповідно до поставлених кожним клієнтом цілей. ○ Домашнє завдання: переважно використовуючи поведінкові експерименти, учасники групи допомагають один одному знайти домашні завдання, які кожен мотивований виконувати
	Травма-інформована допомога ⁶	Амбулаторно (The Addiction and Trauma Recovery Integrated Model (ATRIUM; Miller & Guidry,2001): 12 сесій, тривалість курсу 12 тижнів, тривалість сесії 60-90 хв, закриті групи	
	Сімейна терапія	<p>Амбулаторно Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) – для родичів чи близьких друзів людей які вживають ПАР;</p> <p>CRAFT-ПІДТРИМКА та ПРОФІЛАКТИКА (CRAFT-SP) – розроблена для групового формату, може застосовуватись в тижневому форматі проведення сесій, так і у щоденному</p>	<p>CRAFT-SP</p> <p>СЕСІЇ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1: Залучення родичів (близьких людей (далі - БЛ)) до лікування 2: Підвищення мотивації/Вивчення минулих моделей поведінки 3: Розпізнавання ознак інтоксикації/Управління непередбаченими обставинами 4: Вибіркове винагородження/Допомога при інтоксикації 5: Позитивне спілкування 6: Турбота про себе для рідних осіб 7: Допущення негативних наслідків/Передбачення негативних наслідків

⁶ <https://library.samhsa.gov/product/tip-57-trauma-informed-care-behavioral-health-services/sma14-4816>

Тип інтервенції	Метод / техніка терапії	Кількість візитів протягом програми лікування (часто-та на тиждень та кількість сесій за курс лікування)	Перелік тем (групових і індивідуальних сесій)
	Профілактика рецидивів ^{7 8}	Може розпочинатись як стаціонарно (з продовженням в амбулаторних умовах) так і амбулаторно: Кількість візитів: 32 сесії 2 рази на тиждень, тривалість однієї сесії 90 хвилин. Тривалість 16 тижнів	СЕСІЇ: 1: Алкоголь 2: Безвихідь 3: Уникнення поступового повернення до вживання 4: Робота та відновлення 5: Почуття провини та сорому 6: Як залишатися зайнятим 7: Мотивація та відновлення 8: Щирість 9: Повна відмова від вживання 10: Секс і одужання 11: Передбачення та запобігання рецидиву 12: Довіра 13: Розум важливіший за силу 14: Розуміння духовності 15: Управління особистим життям і фінансовими ресурсами 16: Як ми виправдуємо рецидив (частина 1) 17: Піклування про себе 18: Емоційні тригери 19: Хвороба 20: Розпізнавання стресу 21: Як ми виправдуємо рецидив (частина 2) 22: Подолання стресу 23: Керування гнівом 24: Прийняття 25: Пошук нових друзів 26: Відновлення відносин 27: Молитва спокоєм 28: Комппульсивні поведінки 29: Стратегії подолання емоційної напруги та депресії 30: Програми «12 кроків» і само-допомоги 31: Планування майбутнього; Організація дозвілля 32: День за днем

7 <https://irp-cdn.multiscreensite.com/fa5a8304/files/uploaded/HWH-Relapse%20Prevention.pdf>

8 <https://library.samhsa.gov/sites/default/files/sma13-4152.pdf>

Тип інтервенції	Метод / техніка терапії	Кількість візитів протягом програми лікування (часто-та на тиждень та кількість сесій за курс лікування)	Перелік тем (групових і індивідуальних сесій)
	Групи взаємодопомоги (Програма 12 кроків (АА, АН))	Сесії можуть проводитись як в стаціонарних, так і амбулаторних умовах. Курс: 5 сесій, протягом 5 тижнів. Тривалість 1 сесії 90 хвилин. Сесії мають відкритий формат, учасник може доєднатись до будь-якої сесії	СЕСІЇ: Сесія 1: Прийняття Сесія 2: Люди, місця і речі (звички та рутини) Сесія 3: Безсилля Сесії 4: Активна участь у 12-крокових програмах Сесія 5: Управління емоціями
	Управління гнівом ⁹	Може розпочинатись як стаціонарно (з продовженням в амбулаторних умовах) так і амбулаторно: Курс: 12 сесій 1 раз на тиждень, тривалість однієї сесії 90 хвилин	СЕСІЇ: 1. Огляд групової терапії з управління гнівом 2. Події та сигнали: концептуальна модель розуміння гніву 3. Плани управління гнівом: допомога учасникам у розробці плану контролю гніву 4. Цикл агресії: як його змінити 5. Когнітивна реструктуризація: модель А-В-С-Д та зупинка думок 6. Практичне заняття №1: закріплення вивченого матеріалу 7 і 8. Тренінг асертивності та модель розв'язання конфліктів: альтернативні способи вираження гніву 9 і 10. Гнів і сім'я: як досвід минулого впливає на теперішню поведінку 11. Практичне заняття №2: закріплення вивченого матеріалу 12. Завершення та випуск: підсумкова справа і вручення сертифікатів

⁹ https://library.samhsa.gov/sites/default/files/anger_management_manual_508_compliant.pdf

Тип інтервенції	Метод / техніка терапії	Кількість візитів протягом програми лікування (часто та на тиждень та кількість сесій за курс лікування)	Перелік тем (групових і індивідуальних сесій)
	Група розвитку навичок раннього відновлення для людей з розладами внаслідок вживання стимуляторів ¹⁰	Амбулаторно: Для пацієнтів, які щонайменше 8 тижнів в абстиненції; кількість учасників групи 6-10; тривалість сесії 50 хв	СЕСІЇ: 1: Зупинити цикл 2: Ідентифікація зовнішніх тригерів 3: Ідентифікація внутрішніх тригерів 4: Ознайомлення з програмою 12 кроків і з групами взаємодопомоги 5: Біохімічні процеси в організмі під час відновлення 6: Типові труднощі в період раннього відновлення 7: Думки, почуття та поведінка 8: Мудрість 12 кроків
	Арт-терапія, зменшення шкоди від вживання ПАР, майндфулнес, побудова життєвих навичок, тренінг навичок подолання труднощів, інші	Можуть проводитись як стаціонарно (з продовженням в амбулаторних умовах) так і амбулаторно: Відкриті групи для усіх пацієнтів центру (якщо є технічні обмеження, наприклад, маленьке приміщення, тоді може бути попередній запис який закривається за 2-3 години до сесії)	

¹⁰ <https://library.samhsa.gov/sites/default/files/sma13-4152.pdf>

9

**ПОБУДОВА КОМУНІКАЦІЇ
МІЖ РІЗНИМИ РІВНЯМИ
ТА НАДАВАЧАМИ ПОСЛУГ**

Враховуючи мультифакторну природу розладу вживання ПАР/алкоголю та його вплив на соціальне, сімейне функціонування, соматичний стан тощо – важливим при наданні послуг лікування є вирішення інших проблем пацієнта, що пов'язані з іншими сферами життя. З метою врахування широкого спектру потреб осіб з розладами вживання ПАР/алкоголю при наданні медичних, соціальних чи юридичних послуг необхідно забезпечити постійну взаємодію різних надавачів послуг (рис. 6).

Рисунок 6. Міжсекторальна співпраця в межах надання послуг особам із залежністю



Зважаючи на зазначене вище, організація ведення пацієнта з розладами вживання ПАР/алкоголю, лікарських засобів (далі – ЛЗ), здійснюється шляхом налагодження, як міжвідомчої/міжсекторальної взаємодії (у частині переадресації пацієнтів (за потребою)), так і в межах закладу/установи через організацію роботи МДК.

В межах побудови примірної моделі наводиться перелік установ/організацій, з якими важливо налагодити взаємодію на рівні регіону (проте можна не обмежуватись ним), а також наводиться приблизний формат такої взаємодії.

Для якісної міжвідомчої/міжсекторальної взаємодії важливим є складання регіональних маршрутів, що передбачає чітку взаємодію між надавачами послуг. Наявність усталених маршрутів дозволяє уникати фрагментації допомоги (її часткового надання), гарантувати безперервність втручань, а також зменшувати ризики «втрати» пацієнта.

Важливою частиною застосування цілісного підходу при наданні послуг для осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання ПАР, включаючи алкоголь, є забезпечення надання послуг пацієнту за принципом мультисекторальної взаємодії.

тидисциплінарності. Для цього бажано мати змогу сформувати команду МДК, яка займається спільним веденням одного кейсу (випадку). Ключовими завданнями МДК, окрім інших, є координація надання послуг та регулярний перегляд індивідуального плану лікування та реабілітації, плану відновлення, прийняття спільних рішень та вчасне реагування на зміни у стані пацієнта. Це включає організацію міжвідомчої взаємодії, забезпечення безперервності та послідовності медичних і соціальних втручань, а також узгодження дій усіх залучених спеціалістів.

Команда відповідає за визначення оптимального рівня інтенсивності допомоги, розподіл ролей між фахівцями, своєчасну маршрутизацію пацієнта до додаткових послуг та моніторинг прогресу лікування. Важливою складовою є проведення спільних обговорень та супервізійних зустрічей, на яких оцінюється ефективність обраної тактики, визначаються бар'єри у процесі відновлення та розробляються стратегії їх подолання.

ДОДАТОК 1

**СКРИНІНГ ТА РАННЄ ВИЯВЛЕННЯ ОСІБ
З РОЗЛАДАМИ ВЖИВАННЯ ПАР**

Мета скринінгу на вживання ПАР – виявити осіб, які мають проблеми, пов'язані зі вживанням алкоголю або наркотиків, або схильні до розвитку таких проблем. У межах цієї групи важливо виявити пацієнтів, які потребують подальшої оцінки для діагностики розладів, пов'язаних зі вживанням ПАР, і розробити відповідні плани лікування. Позитивний результат скринінгу не є діагнозом¹¹.

Скринінг може проводитися за допомогою стандартного опитування або інструментів скринінгу (у форматі інтерв'ю або самоопитування без допомоги фахівця).

Приклади простих запитань, що використовуються для скринінгу:

- Як часто ви вживаєте канабіс?
- Ви могли б розповісти більше про те, як вживаєте алкоголь/курите?
- Як часто ви вживаєте рецептурні ліки без медичного призначення?

Дані свідчать про ефективність проведення скринінгу й коротких втручань у закладах первинної медичної допомоги^{12 13}.

Як правило, опитування розпочинається з уточнення певного періоду, наприклад, останніх трьох місяців. Якщо людина повідомляє, що вживає ПАР щотижня або щодня, доцільно провести додаткове опитування, зокрема з'ясувати, скільки речовин людина вживає за один раз. Якщо людина вживає рецептурні ліки без медичних причин, важливо зібрати докладну інформацію про частоту, тип, дозування, причину вживання (наприклад, через тривожність, безсоння), а також тривалість такого вживання.

Очікується, що під час первинного візиту лікар/спеціаліст, який проводить скринінг отримає таку інформацію: з'ясує або підтвердить кількість, частоту й тривалість вживання речовин, визначить кількість і ступінь вираженості проблем зі здоров'ям, правових, соціальних проблем, пов'язаних зі вживанням речовин, за останні 12 місяців; з'ясує попередній досвід вживання, історію психіатричного лікування тощо.

Інструменти скринінгу:

- Алкоголь: AUDIT, AUDIT-C (скорочена версія).
- Тютюн: тест Фагерстрема на нікотинову залежність (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence; далі – FTND).
- Ширше охоплення вживання речовин: ASSIST, швидкий скринінг NIDA (проводиться першим, у випадку позитивних результатів – проводиться ASSIST).

11 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64820/>

12 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743514004848>

13 <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2014.00113/full>

ТРАВМА-ІНФОРМОВАНИЙ ПІДХІД У НАДАННІ ДОПОМОГИ

Травма є результатом події, низки подій або сукупності обставин, які людина сприймає як фізично або емоційно шкідливі, загрозливі чи такі, що мають тривалі негативні наслідки для функціонування людини, її фізичного, соціального, емоційного або духовного благополуччя¹⁴. Травма може бути наслідком разової події або низки подій, які людина сприймає як шкідливі в певному сенсі. Таке сприйняття може мати тривалі негативні наслідки для здатності людини жити повноцінним життям.

Основне завдання травма-інформованого фахівця полягає в тому, щоб допомогти клієнту зрозуміти можливий зв'язок між його психічним здоров'ям і проблемами, пов'язаними з вживанням ПАР, та травматичним досвідом, який він/вона, можливо, пережили. Це важливо, оскільки травма часто відбувається до того, як людина починає вживати ПАР і, як наслідок, з'являються розлади психіки та поведінки. Такі розлади, включно з їхніми симптомами й наслідками, можуть підвищувати ризик іншого травматичного досвіду. Ознайомлення пацієнтів із травма-інформованими послугами передбачає пояснення мети й типів запитань, пов'язаних із травмою, які можуть поставити на початку лікування, інформування пацієнтів про травму, щоб допомогти нормалізувати посттравматичні стресові реакції, а також обговорення специфічних для травми інтервенцій та інших доступних послуг.¹⁵

Первинна допомога, як правило, не передбачає безпосередньої роботи з травмою, однак травмотерапія має надаватися підготовленим персоналом. Загалом, травма-інформована допомога спрямована на співпрацю з людиною з метою зміцнення її стійкості й сили для досягнення безпеки та надання можливості бути більш автономною.¹⁶

За даними Управління служби лікування наркотичної залежності й психічних розладів (анг. Substance Abuse and Mental Health Services Administration; далі – SAMHSA), усім фахівцям, залученим до роботи з пацієнтами, важливо усвідомлювати вплив травми й потенційні шляхи одужання¹⁷. Вони повинні вміти розпізнавати ознаки й симптоми травми в окремих людей, сімей, персоналу та інших осіб, які працюють у системі; реагувати шляхом повної інтеграції знань про травму в правила, процедури й методи роботи, а також активно протистояти повторній травматизації. Медичні працівники мають дотримуватися 16 стратегій SAMHSA щодо надання травма-інформованої допомоги (табл. 9).

14 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207195/>

15 A TREATMENT IMPROVEMENT PROTOCOL Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services, SAMHSA, TIP 57. <https://library.samhsa.gov/sites/default/files/sma14-4816.pdf>

16 Oxford handbook of addiction medicine, third edition, 2024

17 <https://www.samhsa.gov/nctic/trauma-interventions>

Таблиця 9. Стратегії SAMHSA щодо надання травма-інформованої допомоги

Джерело: SAMHSA (Tip 57 – Universal Treatment Curriculum, Module 21)

<p>1. Підвищувати поінформованість про травму та сприяти її розумінню</p>	<p>Визнати, що травма є поширеним явищем, особливо серед осіб, які вживають ПАР або мають проблеми з психічним здоров'ям, і що вона може впливати на потреби в лікуванні.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Бути поінформованим про травму означає передбачати можливу наявність історії травми, починаючи з першої взаємодії (це стосується всього персоналу). ○ Поінформованість про травму допомагає запобігти повторній травматизації. ○ Поінформованість про травму означає поінформованість про вплив травми на членів сім'ї, друзів і тих, хто забезпечує догляд за пацієнтом. ○ Підтримувати поінформоване про травму середовище, забезпечуючи навчання й супервізію персоналу
<p>2. Визнати, що симптоми й поведінка, пов'язані з травмою, виникають внаслідок адаптації до травматичного досвіду</p>	<p>Розуміти симптоми, пов'язані з травмою, як нормальну реакцію на надзвичайні обставини – це ознаки стійкості та спроби впоратися із ситуацією.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Перейти від мислення, що фокусується на патології («Що з вами не так?»), до мислення, що фокусується на сильних сторонах, до яких зараховують адаптацію, самозбереження й виживання. ○ Визнати, що травма може вплинути на те, як люди бачать світ (безпечний чи небезпечний), себе (стійкий чи пригнічений) і своє майбутнє (оптимістичне чи безнадійне)
<p>3. Сприймати травму в контексті оточення людини</p>	<p>На те, як людина реагує на травму, впливають багато чинників, зокрема вік, стадія розвитку, тип і характеристики травми, минулий досвід, культурний контекст і наявні ресурси.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Соціально-екологічна модель травми враховує цю складність і допомагає спрямувати лікування. Вона базується на трьох основних принципах: <ul style="list-style-type: none"> > Чинники навколишнього середовища сильно впливають на емоційний, фізичний і соціальний добробут. > Ключовим чинником, що визначає стан людини (здорова чи хвора), є відповідність між потребами людини й наявними ресурсами. > Профілактика і лікування мають інтегрувати стратегії на індивідуальному, міжособистісному й суспільному рівнях
<p>4. Мінімізувати ризик ретравматизації або повторення динаміки попередньої травми</p>	<p>Визнати, що деякі методи лікування можуть активувати минулу травму й призвести до повторної травматизації (наприклад, може з'явитися відчуття безсилля, коли немає вибору).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Переглянути всі методи роботи через призму травми, зокрема уникати ситуацій, коли люди мають роздягатися або здавати зразки сечі без можливості усамітнитися, або зустрічатися в обмеженому, темному чи замкненому просторі (особливо якщо персонал нагадує колишнього кривдника). ○ Відстежувати ознаки дискомфорту. ○ Передбачати потенційні тригери, чітко комунікувати, реагувати на занепокоєння й за можливості пропонувати альтернативи

<p>5. Створити безпечне середовище</p>	<p>У травма-інформованих організаціях безпека виходить за межі базових стандартів охорони здоров'я і безпеки й охоплює відчуття фізичної і емоційної захищеності людей.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Допомогати людям передбачати потенційні тригери й керувати ними (це може бути освітлення, місця для сидіння, виходи, звуки). ○ Забезпечити послідовність, виконуючи зобов'язання (робити те, що пообіцяли зробити, тоді, коли пообіцяли) і регулярно надаючи графіки зустрічей/заходів. ○ Виправляти помилки швидко, чесно та зі співчуттям. ○ Захищати добробут персоналу, забезпечуючи фізичну й емоційну безпеку, включно з доступом до безпечного простору для підтримки
<p>6. Визначити відновлення після травми як основну мету</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Допомогати людям, які звертаються по допомогу з приводу вживання ПАР або проблем із психічним здоров'ям, виявити симптоми травми, зрозуміти їхній вплив і розпізнати зв'язок між травмою та іншими станами. ○ Допомогти їм зрозуміти, що подолання травми має важливе значення для довгострокового одужання й запобігання рецидивам
<p>7. Забезпечити контроль, підтримувати вибір і автономність</p>	<p>Деякі люди можуть не бажати досліджувати історію своєї травми або можуть вважати за краще коротко визнати її наявність і рухатися далі. Ключовий принцип травма-інформованої допомоги – зустрічатися з людьми там, де вони перебувають, а також визначення цілей і стратегій лікування разом із ними.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Розширення можливостей людей, які отримують допомогу, сприяє формуванню відчуття контролю й власної сили, а це дуже важливо для одужання. ○ Можна поставити запитання: «Що нам варто знати про те, що з вами сталося?» або «Яка з цих послуг найкраще відповідає вашим поточним потребам?». ○ Важливо підтримувати автономію і розширення можливостей персоналу
<p>8. Налагодити відносини співпраці та можливості залучення близького оточення та інших надавачів послуг</p>	<p>Будувати відносини між постачальником послуг і пацієнтом на основі співпраці, особливо щодо планування лікування, і залучати сім'ю (коли це доречно).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Сприяти співпраці за межами цих відносин, залучаючи інших постачальників послуг і ресурси громади, щоб забезпечити доступ до додаткових послуг. ○ Забезпечити індивідуальну участь у плануванні, розробці й оцінці програми, а також навчанні персоналу.

<p>9. Ознайомити людину з травма-інформованими послугами</p>	<p>Не очікувати, що люди або члени сім'ї знайомі з послугами з охорони психічного здоров'я та всіма їхніми компонентами або термінологією.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Чітко пояснювати кожен крок – це допоможе зважено ухвалювати рішення. ○ Розказати їм про травму, травма-інформовану допомогу, варіанти лікування й доступні послуги
<p>10. Впровадити загальні рутинні скринінги на наявність травми</p>	<p>За допомогою загального скринінгу можна виявити травми в анамнезі, навіть за відсутності очевидних симптомів.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Враховувати чинники, які можуть вплинути на відповіді: це, зокрема, присутність у приміщенні членів сім'ї, мова, якою проводиться інтерв'ю, і культурні норми. ○ Персонал має бути навчений тому, як реагувати на позитивні результати скринінгу. ○ Результати скринінгу слід використовувати під час планування лікування
<p>11. Аналізувати травму через соціокультурну призму</p>	<p>Культура суттєво впливає на переживання травми й реагування на неї.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Чутливі до соціальних та культурних особливостей практики мають важливе значення для надання травма-інформованої допомоги й мають бути інтегровані в правила, процедури та методи надання послуг. ○ Визнати, що певні культури можуть бути більш сприйнятливими до певних травматичних подій. ○ Певні травми можуть по-різному впливати на культуру, порушуючи культурні практики. ○ Культура впливає на прояв травми й дистресу, а також на те, які симптоми спонукають звернутися по допомогу
<p>12. Використовувати підхід, орієнтований на сильні сторони, – сприяти стійкості</p>	<p>Орієнтація на сильні сторони особистості є ключовою частиною травма-інформованої допомоги.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Цей підхід спирається на наявні ресурси й підкреслює стійкість людини, яка пережила потенційно психотравмуючі події. ○ Важливо допомогти людям визначити, які стратегії подолання труднощів досі корисні, а які вже не є ефективними. ○ Під час лікування підтвердити, що такі методи подолання труднощів були корисними
<p>13. Сприяти розвитку навичок стійкості до травм</p>	<p>Проводити навчання людей щодо травми та її впливу на їхнє життя – і зараз, і в минулому.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Навчати стратегіям зменшення стресу й подолання труднощів, визнаючи цінність навичок подолання труднощів, яких люди вже навчилися. ○ Допомагати людям набувати навички самопомоги та створювати мережі підтримки. ○ Сприяти розвитку відчуття власної сили

<p>14. Демонструвати прихильність організації і адміністрації до травма-інформованої допомоги</p>	<p>Організація має підтримувати травма-інформовані практики, починаючи з керівництва.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Керівництво має надавати пріоритет таким практикам і забезпечувати ресурси, зокрема постійне навчання персоналу, професійний розвиток, супервізію і самодопомогу. ○ Успішна реалізація всіх принципів має важливе значення, включно з універсальним скринінгом на наявність травми, співпрацею з іншими установами, правилами, що визначають надання послуг, індивідуальною співпрацею і залученням, а також організаційною оцінкою та моніторингом
<p>15. Розробити стратегії подолання вторинної травми та сприяти розвитку навичок самодопомоги</p>	<p>Визнати ризик вторинної травми в будь-якій організації, яка надає допомогу особам з історією травми.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Інформувати персонал про вторинну травму та її симптоми. ○ Створити середовище, у якому знижується ризик вторинної травми, прагнучи забезпечити збалансоване навантаження, заохочуючи до самодопомоги й моделюючи її, забезпечуючи травма-інформовану супервізію, пропонуючи можливості для власного внеску та співпраці в розробці правил і методів роботи, а також сприяючи взаємодопомозі між колегами
<p>16. Переконати в тому, що відновлення можливе</p>	<p>Підтримувати стабільний розпорядок, а також безпечне середовище для людей.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Вселяти надію і доносити думку про те, що відновлення можливе, підкреслюючи спроможність людей здійснити зміни у своєму житті. ○ Нормалізувати симптоми й дискомфорт під час подолання складних емоцій («Відновлення характеризується не відсутністю реакцій на тригери, а тим, як люди переживають такі реакції і контролюють їх»). ○ Надавати людям можливість взаємодіяти з іншими людьми, які просунулися далі на шляху до відновлення

Скринінгова оцінка травми охоплює такі теми:

- 1) Симптоми, пов'язані з травмою.
- 2) Симптоми депресії і дисоціації, порушення сну й надокучливі переживання.
- 3) Історія психічних захворювань, включно з діагностованими розладами.
- 4) Тяжкість і характеристики травми.
- 5) Зловживання ПАР/алкоголю.
- 6) Соціальна підтримка та способи подолання труднощів.
- 7) Наявність ресурсів, зокрема їжі й житла.
- 8) Ризики самоушкодження, самогубства й насильства (людина не перебуває в небезпеці або не становить ризику для інших).
- 9) Скринінг стану здоров'я, включно зі скринінгом вагітності для жінок.

Скринінг починається з таких двох запитань:

- 1) Чи мала людина травму в минулому?
- 2) Чи є в людини симптоми, пов'язані з травмою?

Під час скринінгу фахівець має чітко пояснити мету оцінювання, як буде використовуватись отримана інформація, а також право людини відмовитися відповісти на будь-які запитання або в будь-який момент припинити оцінювання. З часом, коли терапевтичні стосунки стають більш довірливими, людям може бути комфортніше ділитися додатковою інформацією. Щоб запобігти повторній травматизації, на перших сесіях бажано обережно порадити людині не розкривати забагато інформації. Фахівцям не варто очікувати, що люди будуть прямо пов'язувати свій травматичний досвід зі вживанням ПАР, а натомість зосереджуватися на тому, як симптоми, пов'язані з травмою, впливають на поточне функціонування людини. Перш ніж завершити скринінг або оцінювання, фахівець має пересвідчитися, що людина відчуває себе в безпеці ¹⁸.

Позитивний результат скринінгу на наявність травми вимагає більш комплексної оцінки.

Надалі людина пройде глибше обстеження, щоб визначити характер і ступінь поточних проблем, виявити й діагностувати розлади, а також спільно сформулювати план лікування. Це може проводитись у формі клінічних інтерв'ю з додатковою оцінкою за стандартизованими шкалами з урахуванням даних із попередніх медичних записів та інформації від БЛ.

План лікування, розроблений разом із пацієнтом, має охоплювати планування допомоги й визначення її цілей; нагальні потреби щодо безпеки та планування відповідних заходів; діагноз та інформацію про супутні захворювання; соціальні структури й мережі підтримки; культурний контекст; сильні сторони й навички.

У разі встановлення діагнозу ПТСР або комплексного ПТСР рекомендується поетапний підхід до лікування (консенсусна модель) ^{19 20} : Етап 1. Створення безпечних умов (теперішнє); Етап 2. Скорбота і пам'ять (минуле); Етап 3. Відновлення зв'язку (майбутнє).

- Питання безпеки (етап 1) стосуються теперішнього часу й охоплюють навички подолання труднощів і психоосвіту. Основна увага приділяється безпеці пацієнта, стабілізації симптомів і покращенню основних життєвих навичок. Докази свідчать, що етап 1 зменшує симптоми комплексного ПТСР у дорослих і дітей.
- Етап 2 (скорбота і пам'ять) зосереджений на минулому. Він передбачає опрацювання неприємних травматичних спогадів і пов'язаних із ними емоцій. На цьому етапі досліджують травматичні спогади, щоб спочатку зменшити гострий емоційний дистрес, спричинений спогадами, а потім переоцінити їхнє значення й інтегрувати їх у позитивну самосвідомість. Прикладами моделей,

18 Fallot RD. & Harris M. (2001). A trauma-informed approach to screening and assessment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57. HHS Publication No. (SMA) 13-4801. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014. Association of Social Work Boards: Guide to Social Work Ethics Course Development

19 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S266691532300166X>

20 SAHMSA (Tip 57) Universal Treatment Curriculum, Module 21)

орієнтованих на минуле, є терапія пролонгованою експозицією, десенсибілізація і корекція опрацювання інформації рухами очей (EMDR), наративно-експозиційна терапія, когнітивно-процесуальна терапія, а також індивідуальна травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ)^{21 22}.

- Етап 3 (відновлення зв'язку) зосереджений на майбутньому, на побудові надійного соціального й трудового життя. Етапи можуть накладатися, і деякі пацієнти можуть не потребувати всіх трьох етапів. Лікування розладів, пов'язаних зі вживанням ПАР, також має подібні етапи, хоча, як правило, спирається на підходи, орієнтовані на сьогодення.

Працюючи з людьми, які мають і досвід травми, і розлади, пов'язані з вживанням ПАР, рекомендується звернути увагу на такі речі: розуміння ролі вживання ПАР у житті людини, оскільки це може бути пов'язано з навичками подолання труднощів неприємних емоцій і спогадів. У такому разі основна мета терапії полягає в тому, щоб навчити людину давати раду неприємним емоціям і відчуттям у більш здоровий спосіб. Важливо, що і ПТСР, і розлади, пов'язані з вживанням ПАР, є хронічними станами, які часто виникають одночасно²³, тому пацієнтам слід пропонувати лікування обох розладів одночасно^{24 25}.

21 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/Recommendations#access-to-care>

22 <https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf>

23 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4928573/>

24 https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/cooccurring/tx_sud_va.asp

25 Najavits, L. M. (2002). Seeking Safety: A Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse. New York: Guilford Press.

ПІДХІД СПІЛЬНОГО ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ У ЛІКУВАННІ

Відчуття можливості робити власний вибір та приймати рішення щодо власного стану здоров'я та варіантів лікування є важливим фактором, спрямованим на підтримку гідності пацієнта. Зважаючи на зазначене, рекомендується, де це є можливим, заохочувати пацієнта до спільного прийняття рішень щодо лікування. Такі рішення можуть стосуватись не лише самого лікування, а й іншої діяльності, яка впливає на загальний стан пацієнта, зокрема їжі, фізичної активності, відпочинку, духовних практик тощо.

National Institute for Health and Care Excellence ([About shared decision making | NICE](#)) дає таке визначення концепту: «Спільне прийняття рішень – це спільний процес, в якому медичний працівник співпрацює з пацієнтом для прийняття рішення щодо лікування. Він передбачає вибір обстежень та методів лікування на основі як доказів, так і індивідуальних уподобань, переконань та цінностей пацієнта».

Детальну інформацію щодо методології підходу та його практичної реалізації можна отримати в керівництві Decision-making and mental capacity, NICE guideline. Published: 3 October 2018 за посиланням (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng108>).

Підхід спільного прийняття рішень включає надання доказової інформації пацієнту про варіанти лікування, їх переваги, недоліки та заохочує усвідомлене прийняття рішення пацієнтом щодо подальшого лікування з готовністю дотримуватись його режиму. Переважно, підхід спільного прийняття рішень використовується, коли існує більше одного обґрунтованого з медичної точки зору варіанту діагностики чи лікування проблеми зі здоров'ям, коли лікування довготривале і існують ризики його переривання, тоді як формування високої прихильності до нього є однією з провідних умов для досягнення ефективності.

Кожен із варіантів лікування має свої переваги та недоліки (як і відмова від лікування), які мають бути обговорені з пацієнтом, зважаючи на його стиль життя, життєву ситуацію, цінності та пріоритети (наприклад, для когось при лікуванні ключовим є збереження фізичної активності, для іншого найбільшу значимість має зовнішній вигляд, а для когось – працездатність та незалежність від допомоги іншого тощо).

При наданні інформації в рамках підходу спільного прийняття рішень важливо дотримуватись таких принципів:

- інформація повинна бути доступною, актуальною та адаптованою до конкретних потреб пацієнта;
- інформація повинна бути вичерпною, щоб особа могла зробити обґрунтований вибір щодо конкретного рішення, про яке йдеться;
- інформація повинна бути підкріплена такими засобами, як візуальні матеріали, наочні посібники, відеозасоби для самостійного та повторного ознайомлення у разі потреби тощо, виходячи від особливостей сприйняття, когнітивних функцій та уподобань пацієнта (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng108>).

Підхід спільного прийняття рішень є протилежним до патерналістської моделі, де пацієнт виступає в пасивній ролі, і лише лікар визначає тактику лікування. Значений підхід (патерналістський) є виправданим для лікування гострих та невідкладних станів, проте показав свою низьку ефективність при лікуванні хронічних розладів.

ДОДАТОК 4

КОРОТКІ ВТРУЧАННЯ

Коротке втручання – це структурована, орієнтована на клієнта терапевтична інтервенція, що проводиться без осуду й упереджень кваліфікованим фахівцем і зазвичай складається з 1-4 коротких консультацій (як правило, консультація триває від 5 до 30 хвилин)²⁶. Скринінг і коротке втручання (Screening and Brief Intervention; далі – SBI) можна проводити окремо або разом.

У межах SBI, як правило, охоплюються такі ключові компоненти²⁷:

- Скринінг
- Надання зворотного зв'язку
- Психосвіта (інформування)
- Визначення цілей
- Практичні підходи до зменшення вживання ПАР і мінімізації шкоди.

У більшості випадків SBI поєднують елементи MI і короткі когнітивно-поведінкові техніки, спрямовані на підвищення мотивації людини та її готовності змінити поведінку, пов'язану зі вживанням ПАР.

Для проведення коротких втручань використовуються різні моделі, зокрема такі:

- FLAGS (дати зворотній зв'язок [анг. Feedback], вислухати [анг. Listen], дати пораду [анг. Advice], визначити цілі [анг. Goals], побудувати стратегію [анг. Strategies])²⁸.
- FRAMES (зворотний зв'язок [анг. Feedback], відповідальність [анг. Responsibility], порада [анг. Advice], варіанти опцій [анг. Menu], емпатія [анг. Empathy], впевненість [анг. Self-efficacy])²⁹.
- 5A (запитати [анг. Ask], порадити [анг. Advise], оцінити [анг. Assess], допомогти [анг. Assist], організувати [анг. Arrange]) – підхід до оцінки вживання тютюну³⁰.

Більш тривалі втручання можуть проводитись до однієї години за сеанс і складатися з 4 сеансів. Зазвичай втручання передбачають проведення MI, визначення цілей і розробку стратегії підтримки.

Найчастіше використовуються описані нижче техніки й підходи:

1) Техніки MI.

- Зворотний зв'язок та інформування проводиться на основі співпраці з пацієнтом. Фахівець використовує навички й принципи MI, щоб ініціювати «розмову про зміни», сфокусувавшись на бажанні людини, причинах, можливостях і недоліках поточної ситуації. Далі фахівець надає індивідуальний неформальний зворотний зв'язок щодо вживання пацієнтом ПАР.
- Аналіз варіантів змін. Якщо пацієнт готовий до змін, слід перейти до визначення цілей. У разі не готовності – слід використовувати підхід «балансу рішень», щоб підвищити мотивацію.

26 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5844156/>

27 Oxford handbook of addiction medicine, third edition, 2024

28 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6091783/>

29 https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/The%20ASSIST-linked%20brief%20intervention%20for%20hazardous%20and%20harmful%20substance%20use_UKR.pdf

30 <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0601282-12#Text>

- 2) **Визначення цілей.** Є три основні типи цілей: утримання, вживання, яке відповідає низькому ризику, або зменшення шкоди від вживання ПАР.
- 3) **Стратегії підтримки.** Такі стратегії можуть охоплювати виявлення й уникнення тригерів, встановлення обмежень щодо частоти або кількості вживання ПАР, визначення людей, які можуть надати підтримку, і розробку плану змін разом із пацієнтом.
- 4) **Моніторинг результатів і скерування на лікування.** Лікар має знати ім'я фахівця, до якого скеровується пацієнт, спілкуватися з фахівцем про пацієнта (з дозволу пацієнта) і забезпечити, щоб пацієнт був повторно скерований до закладу первинної медичної допомоги або спеціалізованої допомоги для подальшого довгострокового лікування. Якщо пацієнт відмовляється від варіантів подальшого лікування, дуже важливо надати йому інформацію про доступні варіанти лікування. Обговорення поведінки, пов'язаної зі вживанням ПАР, а також іншими діями, що впливають на здоров'я, і хронічними захворюваннями, є важливим складником пацієнторієнтованої моделі, що враховує історію хвороб пацієнта (включно з історією психічних розладів), його соціальний і сімейний анамнез. Моніторинг результатів і зворотний зв'язок також є невід'ємною частиною ефективних змін. Для цього проводять скринінгові опитування (кожні 3 місяці) під час регулярних оглядів. Крім того, рекомендується використовувати цифрові додатки для моніторингу вживання речовин.

ДОДАТОК 5

МОТИВАЦІЙНЕ ІНТЕРВ'Ю ТА ТЕРАПІЯ, СПРЯМОВАНА НА ПОСИЛЕННЯ МОТИВАЦІЇ

Важливо, щоб усі співробітники, які контактують із пацієнтами, навчилися використовувати техніки МІ під час спілкування з пацієнтами. Для ефективного застосування цього методу потрібно забезпечити навчання персоналу і постійну супервізію. Комунікацію в стилі МІ рекомендується використовувати всім співробітникам, які надають консультації або допомогу пацієнтам з розладами вживання ПАР (як медичним працівникам, так і надавачам соціальних, соціально-психологічних послуг), тоді як ТПМ – фахівцям, які пройшли відповідне додаткове навчання.

МІ та ТПМ спрямовані на усунення нерішучості щодо змін і можуть використовуватися разом з іншими психологічними й фармакологічними інтервенціями^[8]. Формально втручання у форматі ТПМ складається з 4 сесій. Одна сесія триває до однієї години (30-45 хвилин).

Підхід ТПМ базується на ідеї, що клієнт має і відповідальність, і здатність до змін. Роль терапевта полягає у створенні середовища, яке сприяє підвищенню мотивації і прагненню клієнта змінитися³¹. Спеціаліст працює над тим, щоб виявити внутрішні ресурси пацієнта й залучити до підтримки його БЛ.

Міллер і Ролнік³² окреслили **п'ять ключових мотиваційних принципів**, які лежать в основі цього підходу.

- 1) Висловлювати емпатію, тобто, спілкуватися з повагою до вибору людини; більше слухати, ніж говорити; м'яко переконувати.
- 2) Показувати різницю між тим, у якій ситуації людина перебуває зараз, і тим, де вона хоче бути з огляду на її поведінку, пов'язану зі вживанням ПАР, щоб з'явилася мотивація до змін.
- 3) Уникати суперечок: критика поведінки клієнта, пов'язаної зі вживанням ПАР, може призводити до захисної реакції і опору; ТПМ спрямована на уникнення прямих суперечок, які можуть викликати опір.
- 4) Працювати з опором: рішення мають йти від клієнта, а не від фахівця.
- 5) Сприяти впевненості в собі: це переважно віра в те, що людина може виконати певну дію або досягти певної мети.

Структуру курсу ТПМ описано на основі посібника Motivational Enhancement Therapy Manual. A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals With Alcohol Abuse and Dependence. Курс складається з трьох етапів: етап 1 (сесії 1 і 2) спрямований на формування мотивації до змін; етап 2 спрямований на зміцнення прихильності до змін (сесії 1 і 2); етап 3 спрямований на зміцнення мотивації і прихильності до змін (сесії 2-4).

31 Motivational Enhancement Therapy Manual. A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals With Alcohol Abuse and Dependence, 1994

32 Miller and Rollnick, 1991

Початкова сесія

Перед початковою сесією пацієнтів просять заповнити опитувальник для оцінки. Результати оцінки використовуються як основа для особистого зворотного зв'язку під час першої сесії. Готуючись до першої сесії, наголосіть, наскільки важливо прийти на цю сесію з БЛ, яка підтримує пацієнта (як правило, це член сім'ї або друг). Одним із критеріїв відбору може бути те, що така людина має проводити з пацієнтом значну кількість часу.

БЛ просять взяти участь в оцінюванні й відвідати дві (і лише дві) сесії. Якщо пацієнт не визначив таку людину на початковому етапі, під час першої сесії потрібно з'ясувати, чи є така можливість. З обраною особою зв'язується або пацієнт, або фахівець (за бажанням пацієнта) – її запрошують взяти участь у лікуванні. Нагадуємо, що спочатку БЛ запрошують лише на один візит, щоб залишити простір для гнучкості щодо другої сесії. Також слід повідомити пацієнту, що він має прийти на цю сесію тверезим. Якщо він прийде в стані сп'яніння, сесію доведеться перенести.

Обґрунтування підходу до лікування й пояснення обмежень

Обґрунтування й обмеження можна пояснити так (за посібником *Motivational Enhancement Therapy Manual. A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals With Alcohol Abuse and Dependence*):

Перш ніж почати, дозвольте трохи розповісти про те, як ми будемо працювати. Ви вже витратили час на виконання тестів, і ми цінуємо докладені вами зусилля. Сьогодні ми будемо ефективно використовувати інформацію, отриману за допомогою цих тестів. Це перша з чотирьох сесій, які ми проведемо разом, щоб докладно проаналізувати вашу ситуацію. Сподіваюся, ці чотири сесії будуть для вас цікавими й корисними.

Також хочу відразу пояснити, що я не збираюся вас змінювати. Сподіваюся, я зможу допомогти вам обміркувати вашу поточну ситуацію і подумати про те, що ви хотіли б зробити. Однак якщо й будуть якісь зміни, то це буде ваша ініціатива. Ніхто не може вказувати вам, що робити; ніхто не може змусити вас змінитися. Я надам вам багато інформації про вас і, можливо, кілька порад, але те, що ви зробите з усім цим після наших чотирьох сесій, цілком залежить від вас. Я не можу змінити вас, навіть якби мені хотілося це зробити. Єдина людина, яка може вирішити, чи змінюватися вам і які саме зміни втілювати в життя, – це ви самі. Що ви на це скажете?

Після вступу важливо коротко розповісти про структуру сесії. Спеціаліст повідомляє пацієнту та його БЛ, що він надасть зворотний зв'язок на основі заповненого опитувальника. Однак перед цим спеціаліст пояснює, що спочатку він хотів би краще зрозуміти, як пацієнт і БЛ сприймають поточну ситуацію пацієнта.

На цьому початковому етапі спеціалісту рекомендується передусім використовувати метод рефлексивного слухання («слухання з емпатією») для встановлення контакту й поглиблення розуміння. Якщо пацієнт готовий продовжувати, спеціаліст переходить до частини сесії, присвяченої аналізу заповненого опитувальника. Це передбачає обговорення результатів початкової оцінки й покроковий аналіз особистого звіту пацієнта. Протягом цього процесу спеціа-

ліст використовує такі техніки як рефлексія, афірмація, рефреймінг і відповідні стратегії для подолання опору з боку пацієнта.

Імовірно, опрацювання опитувальника не вдасться завершити під час першої сесії. У такому разі пацієнт зберігає свій примірник, а аналіз продовжується під час другої сесії. Після завершення обговорення звіт повертають пацієнту. Якщо обговорення завершується під час першої сесії, спеціаліст просить пацієнта (і його БЛ) поділитися загальними враженнями. Ось як можна це сформулювати: Я надав (-ла) вам досить багато інформації, і тепер мені цікаво, що ви про все це думаєте. Які у вас враження?

Вислухавши відповідь, фахівець повторно підбиває підсумки, охоплюючи і проблеми, виявлені раніше на етапі з'ясування потреб, і висновки, що з'явилися під час обговорення опитувальника. Це знаменує перехід до другої фази в межах ТПМ: зміцнення прихильності до змін.

На цьому етапі фахівець враховує сигнали з боку пацієнта та його БЛ, щоб спонукати їх ділитися думками, ідеями й можливими планами щодо впровадження змін. Фахівець може запропонувати пацієнту записати свої цілі й кроки до змін, використовуючи робочий зошит (анг. Change Plan Worksheet або План змін). Якщо доречно, пацієнт (і його БЛ) можуть поставити підписи в плані. Однак дуже важливо не тиснути на пацієнта, спонукаючи його взяти на себе зобов'язання, доки він не відчує себе готовим. Якщо почати тиснути на пацієнта занадто рано, він може відмовитися від лікування, щоб не порушити зобов'язання, до яких не був повністю готовий.

Наприкінці кожної сесії слід підбивати підсумки всієї проведеної роботи. Зміст підсумків залежатиме від того, чого вдалося досягти в межах сесії. Також важливо обговорити, що пацієнт планує робити і які зміни він має намір реалізовувати (якщо є такі наміри) між першою і другою сесіями. Наприкінці сесії пацієнту дають відповідні матеріали для читання. Якщо процес аналізу опитувальника завершено, терапевт надає клієнту примірник звіту (анг. Personal Feedback Report) та інші матеріали з настановами й рекомендаціями.

Головною метою першої сесії є формування мотивації до змін.

Друга сесія

Мета другої сесії – зміцнення готовності до змін. Друга сесія призначається через 1-2 тижні після першої і починається з короткого підсумку першої сесії. Фахівець працює за підходом ТПМ і продовжує з того місця, де зупинився на попередній сесії. Якщо під час першої сесії було отримано тверде зобов'язання, фахівець допомагатиме реалізовувати такі наміри (відкрита дискусія, щоб сприяти готовності до змін щодо вживання ПАР, і заповнення робочого зошита Change Plan Worksheet). Використовуються такі принципи: повідомляти про вільний вибір, аналізувати переваги дій і недоліки бездіяльності, давати інформацію та поради з дозволу пацієнта, а також працювати з опором і незгодою щодо змін. Наприкінці другої сесії фахівець обов'язково узагальнює причини занепокоєння пацієнта, основні теми зворотного зв'язку, а також узгоджений план. Якщо пацієнт не взяв зобов'язань щодо змін, фахівець повідомляє, що під час наступної зустрічі (через 4 тижні) він перевірить, якого прогресу досягне

пацієнт, і продовжить обговорення. У будь-якому разі фахівець має нагадати пацієнту про третю сесію, заплановану на 6-й тиждень. Крім того, фахівець пояснює, що наступні дві сесії будуть проводитися тільки з пацієнтом. Якщо БЛ не брала участі в обох початкових сесіях, вона може долучитися до третьої сесії.

Третя й четверта сесії

Третю й четверту сесії призначають на 6-й і 12-й тижні відповідно. Ці сесії слугують для закріплення мотиваційної роботи, розпочатої під час попередніх сесій. Фахівець продовжує застосовувати основні принципи ТПМ – оцінку прогресу, відновлення мотивації і зміцнення готовності до змін. Щоб підтримувати зацікавленість пацієнтів, рекомендується надсилати їм нагадування перед сесіями.

Кожна сесія має починатися з обговорення того, що відбулося з часу попередньої зустрічі, і оцінки прогресу, якого було досягнуто під час попередніх сесій. Сесії завершуються підсумком поточного стану пацієнта, включно з його міркуваннями щодо наступних кроків. За потреби план змін можна переглядати, змінювати або переписувати.

Важливо не припускати, що нерішучість повністю усунено або що прихильність пацієнта до змін непохитна. Натомість слід діяти так, ніби амбівалентність досі присутня та продовжувати використовувати стратегії етапу 1 для підвищення мотивації, а також техніки етапу 2 для зміцнення прихильності до змін. Сесії мають створювати чітке відчуття безперервності: усі чотири сесії ТПМ мають бути послідовними консультаціями, що узгоджуються з розширеним графіком подальших дій, відповідно до протоколу дослідження. Початкові сесії спрямовані на підвищення мотивації і зміцнення готовності до змін, а сесії 3 і 4 – на перевірку прогресу.

Під час цих сесій корисно сфокусуватися на аналізі конкретних ситуацій, що сталися з часу останньої зустрічі. Це, зокрема, такі ситуації:

- 1) Ситуації, у яких пацієнт вживав речовини.** Якщо пацієнт вживав ПАР, обговоріть контекст, у якому це сталося. Спілкуйтесь емпатично, без осуду й упереджень. Відповідно до принципів ТПМ, не слід призначати стратегії подолання труднощів. Натомість проведіть бесіду з пацієнтом, щоб спонукати його висловлювати твердження про внутрішню мотивацію, запитуючи його про думки, почуття й усвідомлення. Ключові запитання (наприклад, «Що це означає для вашого майбутнього?» або «Що можна було б зробити інакше наступного разу?») можуть допомогти поновити готовність до змін.
- 2) Ситуації, у яких пацієнт не вживав речовини.** Також може бути дуже корисно проаналізувати ситуації, у яких пацієнт успішно утримався від вживання ПАР. Такі сценарії можуть охоплювати минулі тригери, з якими клієнт ефективно впорався. Підкріпіть упевненість пацієнта, спонукаючи його визначити, які стратегії він використовував для подолання труднощів. Відзначте навіть невеликі досягнення, маленькі успіхи чи незначний прогрес.

Оцінка готовності до змін.

Деякі зміни, які може спостерігати фахівець:

- Пацієнт припиняє чинити опір і висловлювати заперечення.
- Пацієнт ставить менше запитань.
- Пацієнт виглядає більш спокійним, рішучим, необтяженим.
- Пацієнт висловлює твердження про внутрішню мотивацію, що вказують на рішення (або відкритість) до змін («Гадаю, мені потрібно щось зробити з моїм вживанням алкоголю»; «Якщо я хочу змінити своє ставлення до алкоголю, що я можу зробити?»).
- Пацієнт починає уявляти, яким може бути його життя після змін.

Перелік запитань, що допоможуть спеціалісту визначити готовність пацієнта прийняти програму змін і дотримуватися її ³³:

- Пацієнт пропускав попередні зустрічі або скасовував сесії без перенесення на інший час?
- Якщо пацієнт був змушений пройти лікування (наприклад, через водіння в нетверезому стані), чи обговорював він з вами, що він відчував через таку вимушену ситуацію (наприклад, гнів, полегшення, розгубленість, прийняття тощо)?
- Чи виявляє пацієнт певну нерішучість або вагання щодо планування майбутніх сесій?
- Чи відрізняється пропонуване лікування від того, що пацієнт уже проходив або очікував? Якщо так, чи обговорювалися ці відмінності й реакції пацієнта?
- Чи здається пацієнт дуже обережним під час сесій або, наприклад, вагається чи чинить опір, коли отримує якісь пропозиції?
- Чи сприймає пацієнт участь у лікуванні як принизливий досвід, а не як «шанс на нове життя»?

Таблиця 10. План змін: робочий зошит

Які зміни я хочу здійснити:	
Найважливіші причини, через які я хочу здійснити ці зміни:	
Кроки, які я планую зробити для втілення змін:	
Інші люди можуть допомогти мені в такий спосіб (ім'я особи та можливі способи допомоги):	
Я знатиму, що мій план працює, якщо:	
Деякі речі, які можуть завадити втіленню мого плану:	

³³ Zweben et al. 1988

Завершення

Наприкінці четвертої сесії слід офіційно завершити терапію і обговорити її. Як правило, для цього підбивають загальні підсумки щодо ситуації пацієнта та прогресу, досягнутого під час сесій ТПМ. Остаточний підсумок має містити такі елементи:

- Проаналізуйте найважливіші чинники, які мотивують пацієнта до змін, і підтвердьте актуальність цих тем внутрішній мотивації.
- Підбийте підсумок щодо зобов'язань і змін, які були зроблені до цього моменту.
- Підтримайте пацієнта щодо зобов'язань і змін, які були зроблені.
- Дослідіть додаткові сфери, у яких можуть бути впроваджені зміни, яких пацієнт хотів би досягти в майбутньому.
- Спонукайте пацієнта висловити твердження про внутрішню мотивацію, щоб закріпити зміни та сприяти їх реалізації в майбутньому.
- Підтримайте впевненість пацієнта, підкреслюючи його спроможність до змін.
- Проаналізуйте окремі наявні проблеми.
- Нагадайте пацієнту про наступні сесії, підкресливши, що вони є важливою частиною загальної програми й можуть допомогти закріпити зміни.
- Під час четвертої сесії проаналізуйте основні питання, які порушувалися під час попередніх трьох сесій. Може бути корисно запитати пацієнта про найгірші речі, які можуть статися, якщо вони повернуться до вживання ПАР. Допоможіть пацієнту уявити найближче майбутнє, передбачити майбутні події або потенційні перешкоди для утримання від вживання.

ДОДАТОК 6

ПРОФІЛАКТИКА РЕЦИДИВІВ

В останніх публікаціях змінилося розуміння профілактики рецидивів: зараз йдеться не про повне уникнення рецидивів, а про процес змін на шляху до одужання. Одужання в контексті розладів, пов'язаних з вживанням ПАР, – це довготривалий процес, у межах якого відбувається зміна не тільки щодо вживання ПАР, а й особистісних і соціальних аспектів життя (фізичного, психологічного, духовного, поведінкового, міжособистісного, соціокультурного, сімейного, фінансового). Одужання від розладів, пов'язаних з вживанням ПАР, передбачає отримання інформації, розвиток самосвідомості, розвиток навичок тверезого життя й дотримання програми змін, яка може охоплювати психотерапію, фармакотерапію, кейс-менеджмент, взаємодопомогу за принципом «рівний-рівному» (участь у програмах взаємодопомоги – АА, АН, інших програмах «12 кроків»), різні підходи до самодопомоги тощо³⁴.

На рівні надавачів послуг рекомендується будувати роботу з профілактики рецидивів за такою схемою³⁵:

- **Виявити пацієнта на стадії одужання** шляхом клінічного обстеження. Багато дорослих у закладах первинної медичної допомоги мають або мали розлади, пов'язані з вживанням ПАР, проте часто лікарі не знають про історію вживання ПАР їхніми пацієнтами³⁶.
- **Налагодити між пацієнтом і лікарем стосунки на основі підтримки.** Важливим є стиль спілкування, що має демонструвати турботу, емпатію і повагу.
- **Запланувати регулярні візити подальшого спостереження: спочатку щотижня, згодом – раз на два тижні, а потім – раз на місяць.**
- **Залучити підтримку членів сім'ї.** Вплив членів сім'ї на пацієнта може бути подвійним: з одного боку, вони можуть заохочувати його продовжувати вживання ПАР, особливо якщо хтось із членів сім'ї активно їх вживає; з іншого боку, вони можуть підтримувати його в процесі одужання. Інформація про ситуацію в сім'ї і її динаміку важлива для побудови подальшого плану лікування та реабілітації.
- **Сприяти залученню до груп взаємодопомоги за програмою 12-кроків:** лікар первинної медичної допомоги відіграє важливу роль у залученні пацієнтів, які одужують, до участі в таких групах. Пацієнту слід надати розклад роботи груп, місце їх зустрічей і контактний номер телефону.
- **Допомогти пацієнтам, які одужують, розпізнати тригери й потяг до вживання та впоратися з ними:** фахівець має бути здатним проконсультувати пацієнта щодо подолання потягу до вживання та призначити фармакотерапевтичні препарати, якщо є така потреба (наприклад, акампросат для зменшення потягу до вживання алкоголю; нікотинозамісні препарати або варениклін для відмови від куріння).

34 The ASAM Essentials of Addiction Medicine, Third Edition, 2020

35 <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/187445>

36 <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/187445>

- **Порадити пацієнтам, які одужують, розробити план дій у випадку ранніх стадій рецидиву:** обговорити і внести в індивідуальний план кроки, які слід виконати в разі рецидиву (наприклад, обмеження вживання й негайне звернення по допомогу).
- **Сприяти позитивним змінам у стилі життя.** Заохочувати до активних життєвих кроків, таких як пошук роботи або відвідування навчального закладу, а також позитивних особистих звичок або видів діяльності, таких як фізична активність, медитація, хобі, волонтерська робота й дозвілля з родиною.
- **Керувати депресією, тривожністю та іншими супутніми станами:** забезпечити скринінг цих станів у пацієнтів, які одужують. Якщо такі стани розвиваються, запропонувати допомогу за місцем проживання або скерувати до закладів спеціалізованої медичної допомоги.
- **Розглянути можливість додаткової фармакотерапії** – наприклад, призначити ЗПТ особам з опіоїдною залежністю.
- **Співпрацювати з фахівцями з лікування залежності:** постійна комунікація між фахівцями первинної медичної допомоги та спеціалізованої медичної допомоги для забезпечення безперервного догляду за пацієнтами.

На різних рівнях надання допомоги втручання з профілактики рецидивів можуть проводитись у формі індивідуальних або групових занять. Такі інтервенції покликані сприяти опануванню й відпрацюванню навичок подолання труднощів, а також заохочувати до зміни поведінки.

Американське товариство адиктивної медицини (American Society of Addiction Medicine, ASAM) опублікувало 10 доказових стратегій³⁷ профілактики рецидивів, які можна взяти до уваги під час планування заходів надання допомоги.

СТРАТЕГІЯ 1

Допомогти пацієнтам зрозуміти рецидив як процес і подію та навчитися виявляти тривожні ознаки

Пацієнтам, які вперше проходять лікування, корисно ознайомитися з поширеними ознаками рецидиву, виявленими іншими людьми, які одужали. Лікар може попросити пацієнта докладно проаналізувати досвід рецидиву, щоб зрозуміти зв'язок між думками, почуттями, подіями або ситуаціями й поверненням до вживання ПАР.

СТРАТЕГІЯ 2

Допомогти пацієнтам визначити ситуації підвищеного ризику й розвивати ефективні когнітивні та поведінкові способи подолання труднощів

Фактори підвищеного ризику слід визначити й контролювати, оскільки вони часто виникають у внутрішньоособистісних або міжособистісних ситуаціях, коли пацієнт відчувається вразливим до вживання ПАР. Рецидив, найімовірніше, є наслідком відсутності навичок подолання труднощів, а не ситуації високого ризику. Тому лікарі мають оцінити стиль подолання труднощів пацієнта, щоб допомогти визначити сфери для цілеспрямованої інтервенції.

³⁷ The ASAM Essentials of Addiction Medicine, Third Edition, 2020

СТРАТЕГІЯ 3

Допомогти людям покращити навички спілкування та міжособистісні стосунки для розвитку соціальної мережі в контексті одужання

Пацієнт має визначити, кого включити до своєї мережі підтримки або виключити з неї. Як правило, у таку мережу включають членів сім'ї або БЛ. З іншого боку, осіб, які зловживають ПАР або загалом не сприяють одужанню, слід виключити. Особливої уваги потребує вирішення перебування в ситуації домашнього насильства з боку інтимного партнера або іншого члена родини, оскільки перебування в ситуації насильства може сприяти продовженню вживання та зупинити прогрес лікування. Репетиція певної поведінки може допомогти пацієнту попрактикуватись у формулюванні конкретних прохань про підтримку. Це може підвищити впевненість і прояснити думки й почуття щодо звернення по допомогу та реагування на потенційно негативні реакції. Можна розробити план дій, який охоплює такі аспекти: як повідомляти про ознаки рецидиву й ситуації підвищеного ризику та контролювати їх, як зупинити короткий зрив, як діяти, якщо стався рецидив, як донести важливість аналізу характеристик короткого зриву або рецидиву (щойно стан пацієнта стабілізується), щоб його можна було використовувати як досвід.

СТРАТЕГІЯ 4

Допомогти людям ідентифікувати негативні емоційні стани, зменшувати й контролювати їх

Ця стратегія допомагає людям зрозуміти свої емоції і негативні почуття, розпізнати зв'язок між думками й емоціями та навчитися керувати ними, не повертаючись до вживання ПАР. Інтервенції мають бути адаптовані до індивідуальних проблем і потреб людини, сприяючи розвитку відповідних навичок подолання негативних емоційних станів.

СТРАТЕГІЯ 5

Допомогти пацієнтам ідентифікувати потяг до ПАР і керувати ним, а також контролювати стимули, що його провокують

Лікар може пояснити, як певні стимули, наприклад люди, місця або емоції, можуть викликати потяг до алкоголю або інших наркотиків. Ведення щоденника для відстеження потягу, пов'язаних із ним думок і подальших подій, може допомогти пацієнтам стати більш обізнаними й краще підготуватися до боротьби з потягом. Є такі когнітивні стратегії: зміна ставлення до потягу, нагадування собі про негативні наслідки вживання, фокусування на перевагах тверезості, використання гасел програми «12 кроків» або просто відкладання ухвалення рішення про вживання. Поведінкові стратегії: уникнення ситуацій, які викликають потяг до вживання, вихід із таких ситуацій або їх зміна; відволікання на інші види діяльності; розмови з кимось про те, що ви відчуваєте; відвідування зустрічей груп взаємодопомоги; приймання ліків, які допомагають зменшити потяг до вживання і підвищують впевненість у здатності впоратися з проблемою.

СТРАТЕГІЯ 6

Допомогти людям виявляти когнітивні викривлення й долати їх

Одна зі стратегій полягає в тому, щоб навчити пацієнтів виявляти свої негативні моделі мислення або когнітивні помилки (наприклад, категоричне мислення, надмірне узагальнення, перебільшення негативних аспектів, поспішні висно-

вки) і оцінювати як вони впливають на одужання й рецидиви. Потім пацієнтів можна навчити використовувати протилежні думки для боротьби з помилками в мисленні або конкретними негативними думками. Цього можна досягти в один із таких способів: запропонувати пацієнтові обговорити або записати конкретні думки, пов'язані з рецидивом; поміркувати, що з таким мисленням не так із погляду потенційного впливу на рецидив; зафіксувати нові твердження або думки, які допомагають протистояти негативному мисленню.

СТРАТЕГІЯ 7

Допомогти пацієнту рухатися до більш збалансованого способу життя

Розвиток здорового способу життя важливий для зменшення стресу, який може зробити пацієнтів більш вразливими до рецидиву. Спосіб життя можна оцінити, вивчаючи характер щоденної діяльності людини, джерела стресу, значущі життєві події, повсякденні клопоти й позитивний досвід, баланс між тим, що подобається робити (діяльність для задоволення або самореалізації), і обов'язковими діями (зовнішні зобов'язання), а також стан здоров'я, фізичну активність, підхід до відпочинку, міжособистісну взаємодію і духовні або релігійні переконання. Підтримка пацієнтів у формуванні позитивних звичок або заміні нездорової поведінки конструктивними альтернативами (це, наприклад, біг, медитація, техніки релаксації, фізичні вправи, хобі чи творчість) може сприяти формуванню більш збалансованого та стійкого способу життя.

СТРАТЕГІЯ 8

Розглянути можливість використання медикаментів у поєднанні з психосоціальними методами лікування

Найкраще використовувати медикаменти в поєднанні з ПСВ.

СТРАТЕГІЯ 9

Допомагати переходити до інших провайдерів медичної допомоги особам, які завершують стаціонарне лікування в лікарні або спеціалізованому закладі або проходять структуровані частково стаціонарні або інтенсивні амбулаторні програми

Одна сесія в межах мотиваційної терапії або іншої інтервенції перед випискою зі стаціонару або спеціалізованого закладу може покращити початок лікування та його дотримання, знизити ризик рецидиву й полегшити перехід між надавачами медичної допомоги.

СТРАТЕГІЯ 10

Впровадити стратегії для підвищення прихильності до лікування та приймання ліків

Впровадження різних стратегій (керування кризовими життєвими ситуаціями, MI) у клінічних умовах може покращити прихильність і завдяки цьому знизити ризик рецидиву.

ВІЗИТИ ПОДАЛЬШОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Під час візитів подальшого спостереження рекомендуємо дотримуватися такої структури оцінювання:

- Зібрати інформацію про вживання ПАР, стан психічного здоров'я, зміни в хронічних захворюваннях із часу останнього візиту.
- Провести оцінку безпеки (за потреби, на основі рішення лікаря):
 - аналіз сечі на наявність ПАР (за потреби);
 - небажані явища або побічні ефекти ліків.
- Провести оцінку вживання ПАР/алкоголю (за допомогою тесту AUDIT, опитувальника ASSIST тощо).
- Провести оцінку соціальної ситуації.
- Переглянути індивідуальний план пацієнта з точки зору досягнення поставлених цілей.
- У випадку фармакотерапії – здійснити оцінку наявності побічних реакцій, прихильності до прийому ЛЗ та їх потенційної взаємодії.
- Призначити нові ліки або переглянути поточні призначення.
- Запланувати наступний візит.

Візит подальшого спостереження проводиться визначеним спеціалістом в ЗОЗ або із залученням членів МДК. При проведенні візитів може здійснюватись повторна комплексна оцінка стану пацієнта (загальна) або по окремим блокам, по яким при первинній оцінці було зафіксовано найбільше проблем.

Частота проведення візитів подальшого спостереження:

Після початку лікування або виписки з лікарні рекомендується проводити візити подальшого спостереження щотижня, потім – раз на два тижні, а згодом – раз на місяць залежно від відновлення пацієнта. У разі рецидиву частоту візитів слід знову збільшити, повернувшись до щотижневого графіка.

Формат проведення візитів подальшого спостереження:

- Візит пацієнта в ЗОЗ.
- Онлайн комунікація пацієнта з надавачем послуги із використанням засобів телекомунікації.
- Візит виїзної МДК команди до місця проживання пацієнта.

ДОДАТОК 8

СІМЕЙНА ТЕРАПІЯ

Члени сім'ї можуть бути залучені на кожному етапі лікування розладів, пов'язаних з вживанням ПАР, і часто є важливим мотиваційним фактором в ухваленні людиною рішення звернутися по допомогу.

Посібник «Counselor's Family Education Manual: Matrix Intensive Outpatient Program» допомагає залучати членів сім'ї в психоосвітньому форматі в тактовний і доброзичливий спосіб³⁸:

РІЗНІ ПІДХОДИ ДО РОБОТИ З ЧЛЕНАМИ СІМ'Ї

Паралельний підхід. У деяких моделях лікування людина з розладами, пов'язаними з вживанням ПАР, проходить терапію окремо від своєї сім'ї – пропонуються окремі послуги для пацієнта і членів його родини.

Інтегрований підхід. Інтегровані втручання передбачають консультування сім'ї безпосередньо в процесі лікування розладів вживання ПАР. Ця модель спирається на припущення, що в той час як розлади вживання ПАР впливають на окрему людину, сімейна система може відігравати важливу роль у її одужанні, забезпечуючи підтримку та знижуючи ризик рецидивів.

Послідовний підхід. У цій моделі підходи на основі залучення сім'ї впроваджуються після того, як людина з розладом вживання ПАР пройшла початковий етап лікування. Деякі програми зводять до мінімуму залучення сім'ї, поки не буде досягнуто стабільного одужання.

Втручання із залученням членів сім'ї можуть бути інтегровані на багатьох етапах надання допомоги, наприклад, під час стаціонарної або амбулаторної детоксикації, амбулаторного лікування залежності, медикаментозного лікування, коротко- й довгострокового лікування розладів, пов'язаних з вживанням ПАР, в умовах стаціонару або в спеціалізованому закладі. Це гнучкі втручання, які можуть бути адаптовані постачальником послуг до конкретних потреб сім'ї і конкретних умов лікування. Втручання із залученням членів сім'ї також мають відповідати стадії і тривалості лікування пацієнта, тому вони можуть бути короткими, сфокусованими на психоосвіті, розвитку навичок батьківства тощо.

Підкріплення з боку громади й сімейна освіта (далі – CRAFT) – це доказова інтервенція, яка довела свою ефективність у подоланні опору клієнтів до лікування³⁹. CRAFT залучає батьків, дружин/чоловіків, партнерів, братів і сестер або інших БЛ, які регулярно контактують із пацієнтом (зустрічаються з ним щонайменше тричі на тиждень), щоб позитивно впливати на людину з розладом, пов'язаним з вживанням ПАР. Цю інтервенцію можна проводити в індивідуальному або груповому форматі, тому її можна реалізовувати за місцем проживання. Спочатку CRAFT було розроблено як програму з 12-14 сесій, що тривають 1 год. і проводяться двічі на тиждень протягом перших чотирьох тижнів, а потім раз на тиждень протягом наступних шести тижнів. Однак терапевт може коригувати частоту й тривалість сесій відповідно до індивідуальних потреб. CRAFT-SP, складається з 7 сесій і підходить і для проведення в груповому форматі.

38 <https://store.samhsa.gov/product/Matrix-Intensive-Outpatient-Treatment-for-People-with-Stimulant-Use-Disorders-Counselor-s-Family-Education-Manualw-CD/SMA15-4153>

39 O'Farrell & Clements, 2012

ПОПУЛЯРНІ ПІДХОДИ ДО СІМЕЙНОЇ ТЕРАПІЇ⁴⁰

1. Поведінкова терапія пар (анг. Behavioral Couples Therapy; далі – ВСТ)

Сприяє утриманню від вживання та покращенню стосунків⁴¹. Як правило, пацієнти з розладами, пов'язаними з вживанням ПАР, і їхні партнери відвідують від 12 до 20 щотижневих структурованих сесій. Кожна сесія складається з трьох компонентів: повторення, новий матеріал і домашнє завдання⁴². Хоча й бувають винятки⁴³, проте учасниками ВСТ, як правило, є пари, які відповідають усім переліченим критеріям⁴⁴:

- Партнери перебувають у шлюбі або проживають разом щонайменше 1 рік.
- Жоден із партнерів не має супутніх психічних розладів, які могли б суттєво вплинути на участь в інтервенції.
- Наразі лише один із партнерів має проблему зі вживанням ПАР.
- Немає ознак ризику жорстокого насильства з боку інтимного партнера.

2. Функціональна сімейна терапія

Змінює дисфункціональні моделі поведінки та взаємодії в родині, які підтримують вживання ПАР підлітком, та зміцнює позитивні реакції на проблеми й ризиковану поведінку підлітка, спрямовані на розв'язання проблем. Має три етапи лікування: залучення та мотивація, зміна поведінки та узагальнення.

3. Структурна сімейна терапія

Терапевти, що дотримуються стратегічного підходу, розглядають симптоми або поведінку як спроби захистити або стабілізувати сімейну систему. Дисфункція або поведінка, яка не сприяє вирішенню проблеми, розглядається як помилкові зусилля, спрямовані на вирішення проблеми.

4. Коротка стратегічна сімейна терапія (анг. Brief Strategic Family Therapy)

Спирається на структурно-стратегічну теорію сім'ї та втручання. Припускається, що вживання ПАР серед підлітків та інші види ризикованої поведінки пов'язані з дисфункціональними стосунками в сім'ї.

5. Поведінкова та когнітивно-поведінкова сімейна терапія

Мета терапії – заохочення позитивної поведінки (наприклад, проявів вдячності), зменшення негативу в стосунках (наприклад, звинувачень) і навчання навичкам спілкування та вирішення проблем (наприклад, навички відкрито висловлювати свої потреби).

6. Сімейна терапія, орієнтована на вирішення проблем

Особливо підходить для дорослих із розладами, пов'язаними з вживанням ПАР, або психічними розладами; сімей, у яких хтось із членів має психічний розлад; батьків із розладами вживання ПАР; у системі соціального захисту дітей. Цей підхід сфокусований на пошуку рішень, а не на дослідженні причин дисфункції. Сім'ї визначають цілі лікування, а терапевти акцентують увагу на періодах, коли проблема (наприклад, вживання ПАР) не виникає. Такий підхід допомагає посилити мотивацію і підкріпити оптимізм щодо зміни поведінки⁴⁵. Як правило, призводить до швидкого покращення – часто протягом 45 сесій.

40 Gladding, 2007

41 O'Farrell & Schein, 2011

42 Klostermann et al., 2011

43 McCrady et al., 2016

44 Klostermann & O'Farrell, 2013

45 Klostermann & O'Farrell, 2013

КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ

Метою КПТ є виявлення та зміна хибних і неприємних, тривожних переконань. Пацієнтам, які вживають ПАР, КПТ допомагає виявити ситуації, що викликають потяг і автоматичні переконання, що призводять до вживання ПАР. Крім того, завдяки КПТ пацієнти навчаються, як безпосередньо керувати потягом до вживання ПАР і займатися іншими змістовними видами діяльності, не пов'язаними з ПАР. КПТ не усуває всі проблеми, але дає навички більш ефективного подолання труднощів.

Сесії КПТ можуть проводитися як в індивідуальному, так і в груповому форматі. Сесії зазвичай тривають 60-90 хвилин і проводяться один раз на тиждень протягом 12-16 тижнів. Пацієнтам слід повідомити про очікувану тривалість кожної сесії і загальну тривалість терапії. КПТ, як правило, підходить для клієнтів, які можуть отримати користь протягом цих 12-16 тижнів; однак, за потреби, лікування можна продовжити за допомогою періодичних мотиваційних сесій. Тривале лікування часто має фармакологічний супровід, якщо це доцільно.

Кожна сесія КПТ має складатися з п'яти ключових елементів (Universal Treatment Curriculum, 2020). Це такі елементи (Beck, J., 2011, с. 17):

- Розвиток терапевтичних відносин.
- Планування лікування та структурування сесій.
- Виявлення дисфункціональних переконань (так званих «помилки мислення») і реагування на них.
- Фокусування на позитивних аспектах.
- Сприяння когнітивним і поведінковим змінам між сесіями через виконання домашніх завдань.

Обов'язки терапевта:

- 1) Використовувати навички консультування й точне розуміння сесій.
- 2) Поділитися з пацієнтом концепцією і планом лікування.
- 3) Ухвалювати рішення разом із пацієнтом.
- 4) Спонукає пацієнта давати зворотний зв'язок.
- 5) Змінювати стиль консультування за потреби.
- 6) Допомогати пацієнтам вирішувати власні проблеми та зменшувати дистрес (шляхом акумуляції власних ресурсів).⁴⁶

Нижче наведено типовий перелік сесій Універсального навчального курсу з лікування: модуль КПТ (2020 р.).

⁴⁶ Beck, J., 2011, с. 18

Таблиця 11. Огляд сесії КПТ 47

Сесія	Основні напрями роботи	Опис
Сесія 1	Ознайомлення й визначення цілей	<ul style="list-style-type: none"> Ознайомте пацієнта з КПТ і визначте план роботи Оцініть проблеми пацієнта, використовуючи концептуалізацію випадку Визначте початковий план і цілі лікування Підбийте підсумки сесії
	Складання плану дій	<ul style="list-style-type: none"> Складаючи план дій, терапевт окреслює план сесії, що передбачає, зокрема, перевірку стану пацієнта з моменту оцінки, обговорення початкового діагнозу, визначення конкретних цілей (зокрема, щодо поведінки) і отримання зворотного зв'язку. Він також пропонує пацієнту додати теми, які він бажає обговорити
Сесія 2	Діагностика й втручання	<ul style="list-style-type: none"> Продовжуйте оцінювати проблеми пацієнта Обговоріть діагноз, використовуючи доступну мову Поясніть, як діагноз визначається за симптомами Наголосіть на тому, що розлад підлягає лікуванню Продовжуйте ставити цілі Почніть використовувати необхідні інструменти втручання (нижче)
	Інструменти	<ul style="list-style-type: none"> Клінічна характеристика Відновлення під контролем Список проблем Запис думок Графік настрою Форма для підготовки до сесії Посібник із самостійної терапії Форма профілактики рецидивів
Сесія 3	Активна участь пацієнта у власному одужанні та відпрацювання навичок	<ul style="list-style-type: none"> Пацієнт починає ідентифікувати/модифікувати автоматичні думки Призначає домашнє завдання Доповнює підсумки сесії Навчіть пацієнта когнітивній реструктуризації і навичкам подолання труднощів/вирішення проблем Заплануйте заходи для покращення стану пацієнта
	Роль терапевта	<ul style="list-style-type: none"> Перевірте прогрес Визначте план дій Продовжуйте або почніть використовувати інструменти інтервенції Проаналізуйте письмові/записані завдання
	Поради зі щотижневої перевірки	<ul style="list-style-type: none"> Запитайте, чи є якісь проблеми, про які не було згадано Проаналізуйте позитивний досвід Визначте пріоритетність запитань для сесії

Сесія 4	Огляд інструментів і плану лікування та реабілітації	<ul style="list-style-type: none"> Продовжуйте використовувати інструменти й проаналізуйте цей досвід Перегляньте цілі й план лікування, використовуючи концептуалізацію випадку
Сесія 5	Консолідація інструментів	<ul style="list-style-type: none"> Продовжуйте аналізувати/впроваджувати інструменти Удосконалюйте використання та призначення технік/інструментів
Сесія 6	Продовження втручань	<ul style="list-style-type: none"> Продовжуйте використовувати інструменти/втручання і аналізувати цей досвід
Сесія 7	Підготовка до завершення	<ul style="list-style-type: none"> Оцініть прогрес Продовжуйте втручання Обговоріть завершення лікування та дотримання впроваджених змін Знову розкажіть про інструментарій <p>Примітки для надавача послуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> Лікування має бути коротким Навчіть пацієнта як стати терапевтом самому собі Обговоріть профілактику рецидивів і підготуйте пацієнта до невдач
Сесія 8	Завершення	<ul style="list-style-type: none"> Завершіть лікування Допоможіть пацієнту скласти план подальших дій із дотримання змін Заплануйте мотиваційні сесії (через 3, 6 і 12 місяців після завершення лікування)
Мотиваційні сесії		<ul style="list-style-type: none"> Поспілкуйтеся з пацієнтом про те, як він самостійно контролює симптоми й стресові чинники Повторіть і закріпіть навички, отримані під час терапії Обговоріть будь-які запитання чи проблеми, пов'язані із завершенням лікування Перегляньте цілі лікування та профілактики рецидивів; оцініть, як підтримуються досягнення лікування

В межах документу використовується перелік та зміст сесій, наведених у посібнику «Когнітивно-поведінкова терапія для зниження вживання психоактивних речовин», розробленого на замовлення Центру громадського здоров'я МОЗ України (далі – Центр) авторським колективом В. Климчук, В. Горбунова та А. Карачевський. Посібник буде розміщено на сайті Центру та рекомендовано для роботи медичним та немедичним фахівцям, які надають послуги особам з розладами внаслідок вживання ПАР. Нижче наведений короткий зміст тем, визначених в даному посібнику (табл. 12).

Таблиця 12. Огляд тем КПТ

Тема	Основні напрямки роботи	Опис
Тема 1	Мотивування і залучення	<ul style="list-style-type: none"> ○ Підтримати мотивацію участі у терапії, залучити пацієнта до співпраці, підготувати його до подальшої праці, та встановити цілі лікування. ○ Обговорити план сесії та внести зміни за потреби ○ Обговорення залежності та її розуміння в КПТ ○ Обговорення «маршруту» зцілення протягом наступних сесій ○ Визначити спільно цілі лікування ○ Сформуванати домашнє завдання та зворотній зв'язок щодо сесій ○ Сформуванати домашнє завдання ○ Отримати зворотній зв'язок щодо сесії
Тема 2	Функціональний аналіз	<ul style="list-style-type: none"> ○ Дослідити разом із пацієнтом деталі вживання речовини пацієнтом з використанням функціонального аналізу ○ Скласти план сесії
	Інструменти	<ul style="list-style-type: none"> ○ Бланки функціонального аналізу
Тема 3	Подолання патологічного потягу	<ul style="list-style-type: none"> ○ Використовувати результати функціонального аналізу ○ Обговорити питання потягу та його розпізнавання ○ Обговорити стратегії подолання потягу ○ Складання плану подолання потягу ○ Сформуванати домашнє завдання ○ Отримати зворотній зв'язок щодо сесії ○ Навчити пацієнта технікам і правилам для додання потягу
Тема 4	Навички відмови від речовин (як сказати «Ні»)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Навчити пацієнта навичкам відмови від вживання речовини, потренувати їх під час сесії ○ Складання завдань для тренування та практики навичок відмови від вживання ○ Використання техніки моделювання ○ Доповнення Плану подолання потягу ○ Формування домашнього завдання ○ Навчання технікам протистояння потягу у складних соціальних ситуаціях
Тема 5	Розпізнавання та подолання гніву	<ul style="list-style-type: none"> ○ Дати пацієнту розуміння ролі злості та гніву у тригеруванні вживання ○ Обговорення емоції гніву, злості, їх зв'язку з агресивною поведінкою та наслідками з використанням інструментів візуалізації ○ Навчання технікам менеджменту (управління) емоціями гніву, злості та превентивним технікам

Тема 6	Негативно забарвлені афективні стани і депресія	<ul style="list-style-type: none"> ○ Обговорення емоцій та почуттів, ідентифікації їх в тому числі з використанням результатів функціонального аналізу та таблиці «Почуття та Емоції» ○ Застосування та навчання технікам менеджменту емоцій ○ Проведення оцінки депресивних та тривожних розладів у разі потреби
Тема 7	Техніка вирішення проблем	<ul style="list-style-type: none"> ○ Навчання техніці з конструктивних способів вирішення проблем ○ Вибір проблеми, над якою необхідно працювати спільно з пацієнтом та навчання техніці покрокового вирішення проблеми <p>Додаткові вправи під час сесії:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ «Пряма дія» ○ Робота з внутрішніми переконаннями ○ Рольова гра «Друзі пропонують випити після важкого дня»
Тема 8	Зміцнення соціальної підтримки	<ul style="list-style-type: none"> ○ Обговорення із пацієнтом ключових вмінь, важливих для отримання соціальної підтримки та розвитку конструктивних стосунків ○ Обговорення із пацієнтом його соціального середовища ○ Складання із пацієнтом детального плану застосування ключових умінь соціальної взаємодії
Тема 9	Планування поведінки в кризових ситуаціях і подолання рецидивів	<ul style="list-style-type: none"> ○ Планування поведінки у кризових ситуаціях: підготовка до можливого рецидиву та планування дій у разі настання рецидиву
Тема 10	Перспективне планування	<ul style="list-style-type: none"> ○ Завершальна сесія, яка проходить у форматі структурованої бесіди ○ Обговорення організації «тверезого» життя, стратегій підтримки та розвитку
Бустерні сесії		<ul style="list-style-type: none"> ○ Плануються для підтримки досягнення змін, зміцнення навичок саморегуляції (3-5 сесій) ○ Оновлення плану профілактики рецидиву ○ Адаптація пацієнта до нових викликів

12-ТИ КРОКОВІ ПРОГРАМИ

12-крокові програми, за якими працюють, зокрема групи взаємодопомоги АА та АН, є одним із ефективних складових лікувального процесу та підтримки одужання осіб із залежністю.

Міжнародні настанови та дослідження підтверджують, що активна участь у 12-крокових програмах асоціюється з позитивними результатами лікування та тривалішою ремісією. Зокрема, Національний інститут з проблем зловживання наркотиками (NIDA, США) у третьому виданні ефективних принципів лікування розладів вживання ПАР (Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition)) зазначає, що такі групи взаємодопомоги доповнюють і підсилюють ефект основного лікування, тому більшість програм рекомендують пацієнтам відвідувати групи під час і після основного курсу терапії. У документах SAMHSA (The Next Steps... Towards a Better Life та TIP 41 Group therapy) підкреслюється, що спільноти взаємодопомоги (АА/АН) не належать до формальної психотерапії, водночас вони є важливим елементом підтримки утримання від вживання, у тому числі після лікування. ВООЗ спільно з УНЗ ООН у міжнародних стандартах лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин 2020 року, також відзначають наявність мережі груп взаємодопомоги як невід'ємну частину ресурсів системи допомоги в сфері протидії вживанню ПАР.

Програми «12 кроків» ґрунтуються на низці духовних та етичних принципів. Групи самі себе організують і керуються спільними для всього товариства традиціями, викладеними у літературі АА/АН. Зустрічі проводять особи, які знаходяться на етапі відновлення: один з членів групи виконує роль ведучого, учасники по черзі діляться власним досвідом одужання, а також спільно беруться за необхідні організаційні справи (оренда приміщення, зустріч новачків тощо). Відсутність професійних терапевтів у групах компенсується принципом «рівний-рівному»: усі члени – самі люди із залежністю, що знаходяться в процесі одужання, і надають підтримку один одному на основі рівноправності та спільного досвіду. Одним із ключових принципів є анонімність, що має на меті створити безпечне середовище без стигми, де всі присутні рівні між собою (Donovan, 2020).

Ефективність 12-крокових програм пояснюється поєднанням психологічних, соціальних та духовних чинників, які підтримують мотивацію учасників до тверезості. Вважається, що основну користь такі програми приносять за рахунок соціальної підтримки, когнітивно-поведінкових змін і емоційного залучення людини в процес одужання. Члени групи відкрито діляться своїми труднощами й успіхами, що допомагає новачкам зменшити відчуття сорому і провини та усвідомити, що вони не самотні у своїй проблемі. У процесі регулярного відвідування виробляються нові навички подолання потягу і боротьби зі стресом – завдяки порадам і моделям поведінки від більш досвідчених учасників людина вчиться справлятися з труднощами життя без вживання ПАР (Donovan, 2020).

Формується нове коло спілкування, де тверезість є нормою: це особливо важливо, адже змінюється середовище – замість колишнього оточення, пов'язаного зі вживанням, з'являється спільнота, що підтримує здоровий спосіб життя (Donovan, 2020).

Окрему роль відіграє наставництво (спонсорство) в 12-крокових програмах. Спонсор – це добровільний наставник, переважно член спільноти з тривалим строком тверезості, який бере під опіку новачка і допомагає йому проходити кроки програми, ділиться своїм досвідом, дає пораду у скрутний момент. Новачків заохочують якнайшвидше знайти собі спонсора та підтримувати з ним постійний зв'язок (Donovan, 2020).

Учасники груп, як зазначалося, проходять 12 кроків (12 різних тем), перелічених нижче, протягом різного періоду часу (Анонімні алкоголіки):

- 1) Визнання безсилля перед ПАР та втрати контролю над власним життям.
- 2) Віра в можливість відновлення за допомогою сили (сила інтерпретується індивідуально).
- 3) Прийняття рішення довірити власну волю та життя цій силі відповідно до власного розуміння.
- 4) Глибока моральна самоінвентаризація.
- 5) Визнання характеру власних помилок перед собою, іншою людиною та/або вищою силою.
- 6) Готовність до змін, зокрема до усунення деструктивних рис характеру.
- 7) Активне прагнення змін і особистісного зростання.
- 8) Складання переліку осіб, яким було завдано шкоди, та готовність її відшкодувати.
- 9) Безпосереднє відшкодування шкоди, де це можливо і не завдання додаткової шкоди.
- 10) Постійна самооцінка і своєчасне визнання помилок.
- 11) Практика особистого розвитку (рефлексія, усвідомленість, духовні або ціннісні практики).
- 12) Передача досвіду іншим та застосування принципів програми в повсякденному житті.

Неодмінною умовою участі у групах для проходження кроків є добровільність і бажання припинити вживання ПАР. Програма наголошує на прийнятті факту власної хвороби та відповідальності за одужання. Перший крок програми формулюється як визнання безсилля перед алкоголем або наркотиками та втрати контролю над своїм життям. Наступні кроки спрямовані на поступове опрацювання особистих морально-психологічних проблем (інвентаризація власних недоліків, виправлення заподіяної шкоди іншим через вибачення та компенсацію), розвиток нових життєвих навичок та служіння іншим. При цьому поняття «вища сила» та інші духовні аспекти трактуються кожним учасником індивідуально – програма не пов'язана з жодною конкретною релігією і заохочує особисте розуміння духовності (Donovan, 2020).

Тривалість проходження: не має фіксованої тривалості і не розглядається як обмежене в часі втручання. Початкове проходження кроків зазвичай займає від 6 місяців до 2 років, залежно від:

- частоти відвідування груп;
- регулярності роботи зі спонсором;
- психосоціального стану особи та наявності супутніх психічних розладів.

Частота участі:

- на початкових етапах: 2-5 зустрічей на тиждень;
- у стабільній ремісії: від 1 зустрічі на тиждень до індивідуально визначеної частоти.

Ті, хто відвідує зустрічі часто і систематично (наприклад, три і більше разів на тиждень у перші місяці), мають вищі шанси утримуватися від вживання порівняно з тими, хто бере участь нерегулярно. Окрім того, поєднання професійного лікування із залученням до груп взаємодопомоги дає кращий довгостроковий ефект, ніж кожен із цих підходів окремо. Учасники, які продовжують відвідувати АА/АН після завершення лікування на базі ЗОЗ, демонструють менше рецидивів і кращу соціальну адаптацію. **Отже, механізм дії 12-крокових програм можна описати як створення стійкої мотивації до тверезості через підтримку групи рівних, зміну способу життя і мислення, підзвітність один одному та особистісне зростання за рахунок виконання кроків (Donovan, 2020).**

Формат: онлайн або очно.

Підтримувальна фаза (після проходження кроків) – тривала або безстрокова участь у групах з метою:

- підтримки ремісії та профілактики рецидивів;
- ресоціалізації;
- участі в допомозі іншим.

Групи можуть бути **відкритими або закритими**. Відкриті дозволяють бути присутніми всім зацікавленим (навіть тим, хто особисто не має залежності – родичам або фахівцям), тоді як закриті призначені тільки для тих, хто ідентифікує себе як наркозалежний і хоче одужувати.

Деякі зустрічі спеціалізуються на певних категоріях: існують, наприклад, окремі групи для жінок, для чоловіків, для підлітків, для ветеранів тощо. Новачкам рекомендується спробувати відвідати різні групи, щоб знайти ту, де вони почуватимуться найбільш комфортно.

Кожна група є автономною та може дещо відрізнятися форматом зустрічей, але загальні риси структури схожі. Зустрічі АН/АА, як правило, проводяться регулярно (наприклад, раз на тиждень у фіксований час) і тривають близько 1-1,5 години. Місцем проведення можуть бути, наприклад, кімнати при церквах, у лікарнях, іноді просто громадські приміщення. Існують також онлайн-зустрічі, що особливо актуально для регіонів, де немає офлайн-груп, або для людей з обмеженою мобільністю.

Групи не залежать від жодних державних чи інших установ, не займаються політичною або комерційною діяльністю, фінансуються винятково за рахунок добровільних пожертв самих учасників.

В Україні у 2025 році товариство АА представлено 130 групами із загальною чисельністю близько 2000 учасників; товариство АН представлено 73 групами з 38 міст, котрі щотижня проводять близько 270 зустрічей.

Перелік груп взаємодопомоги, доступних в Україні, є на офіційних сайтах за посиланнями: «Анонімні Алкоголіки в Україні» та «Анонімні Наркомани».

12-крокова фасилітація як клінічний підхід. Окрім самих груп взаємодопомоги, принципи 12-кроків лягли в основу окремого терапевтичного методу – так званої 12-крокової фасилітаційної терапії (Twelve-Step Facilitation Therapy; далі – TSF). Це професійний напівструктурований терапевтичний підхід, при якому підготовлений терапевт у індивідуальному чи груповому форматі (в умовах амбулаторного лікування) працює з пацієнтом, аби, окрім іншого, мотивувати і підтримувати його в залученні до спільнот AA/АН («[Twelve Step Facilitation Therapy Manual](#)»). TSF зазвичай триває від 4 до 12 сесій і має на меті сформуванню у людини прийняття хвороби, налаштувати на утримання від вживання ПАР та готовність відвідувати групи (програма має бути пройдена протягом 90 днів). Терапевт знайомить пацієнта з філософією і поняттями програми («вища сила», духовний аспект одужання тощо), допомагає подолати можливі упередження чи бар'єри щодо відвідування груп, сприяє встановленню контакту з спільнотою (наприклад, разом відвідує перші зустрічі, обговорює досвід на групах, відстежує шляхом щоденників чи завдань залученість пацієнта: кількість відвіданих зборів, знаходження спонсора тощо). Важливо підкреслити, що TSF не замінює собою участь у спільноті, а слугує «містком» до неї: успіх терапії значною мірою залежить від того, чи почне пацієнт відвідувати групи AA/АН і виконувати кроки.

ДОДАТОК 11

ФАРМАКОТЕРАПІЯ

Для лікування розладів вживання ПАР та алкоголю рекомендованим є використання фармакотерапії, яка призначається в певних випадках самостійно як основний вид лікування або в комбінації з ПСВ, та поділяється залежно від стану:

- гостра інтоксикація;
- синдром відміни;
- синдром залежності.

Детальна інформація щодо використання фармакотерапії представлена в МТД зі стандартизації медичної допомоги, що затверджені наказами МОЗ України.

Для лікування гострої інтоксикації використовується переважно симптоматичне лікування та можуть призначатись у певних випадках бензодіазепіни, якщо мова йде про гостру інтоксикацію внаслідок вживання ПАР (за виключенням опіодів) та алкоголю; налоксон – у випадку гострої інтоксикації внаслідок вживання опіодів.

Для лікування синдрому відміни:

- **алкоголю** препаратами першої лінії є бензодіазепіни. В якості симптоматичного лікування під час синдрому відміни призначаються додаткові ЛЗ – протиблювотні, протидіарейні, знеболювальні, антигіпертензивні засоби та/або інші з урахуванням міжлікарської взаємодії;
- **опіодів** призначаються препарати метадон та бупренорфін або у малих дозах і лише під наглядом лікаря – агоністи альфа 2-адрено стимулюючої дії (клонідин).

В стратегії лікування синдрому залежності від опіодів препарати метадон та бупренорфін (або комбінована форма бупренорфін/налоксон) виступають основним інструментом лікування, тоді як додаткові ПСВ є рекомендованими, але не обов'язковими. В лікуванні синдрому залежності від алкоголю основною рекомендованою стратегією є комбінація фармакологічного лікування (із використанням ЛЗ: акампросат, налтрексон, дисульфірам) та ПСВ різної інтенсивності (в залежності від ступеня розладу).

В свою чергу, у випадку лікування синдрому залежності від інших ПАР, окрім опіодів, специфічне фармакологічне лікування відсутнє – ЛЗ використовуються лише для лікування супутніх соматичних станів або у випадку off-label призначення. Основними інструментами лікування є ПСВ.

Попри відсутність міжнародного консенсусу щодо використання ЛЗ для лікування синдрому залежності від інших ПАР, окрім опіодів, існують певні докази (наразі з низьким рівнем доказовості) щодо можливості використання певних ЛЗ поза інструкцією – off-label use.

Так, в Клінічній настанові заснованій на доказах [Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стимуляторів за виключенням опіодів](#) зазначено, що попри відсутність переконливих даних, в окремих ви-

падках призначення ЛЗ off-label може принести користь, особливо якщо мова йде про наявність психічної коморбідності. Зазначається, що у випадку такого призначення необхідно ретельно зважувати ризики та переваги, ретельно моніторити стан пацієнта, зокрема у частині зловживання ЛЗ через інструменти збільшення частоти візитів до лікувального закладу, проведення тестування сечі на вміст ПАР, підрахунку залишків таблеток виданих на руки для самостійного прийому тощо.

В зазначеній Настанові, надаються рекомендації щодо використання ЛЗ off-label за міжнародною непатентованою назвою для лікування розладів вживання ПАР (окрім опіоїдів):

- **Vupropion** – розлади, пов'язані з вживанням кокаїну; розлади, спричинені вживанням стимуляторів амфетамінового ряду;
- **Topiramate** – розлади, пов'язані з вживанням кокаїну; розлади, спричинені вживанням стимуляторів амфетамінового ряду;
- **Vupropion** у комбінації з Naltrexone – розлади, спричинені вживанням стимуляторів амфетамінового ряду;
- **Mirtazapine** – розлади, спричинені вживанням стимуляторів амфетамінового ряду;
- **Phenibut** – розлади внаслідок вживання стимуляторів;
- **Modafinil** – розлади, пов'язані з вживанням кокаїну;
- **Methylphenidate** – розлади, викликані вживанням стимуляторів амфетамінового ряду.

У Клінічній настанові заснованій на доказах [Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю](#) також зазначено про можливість використання off-label препаратів для лікування розладів вживання алкоголю, зокрема таких:

- **Baclofene** – для пацієнтів з тяжкими формами хвороби, особливо при супутніх захворюваннях печінки, коли інші препарати протипоказані. Проте існують ризики передозування, що потребує ретельного моніторингу. Не призначається для осіб з нестабільним настроєм та ризиками до самоушкоджень. Призначається лише в спеціалізованих ЗОЗ.
- **Topiramate** – призначається для пацієнтів, для яких попереднє лікування виявилось неефективним. Має обмежену доказову базу та потребує додаткових клінічних досліджень.
- **Nalmefene** – застосовується для зниження рівня вживання алкоголю у пацієнтів з алкогольною залежністю, які не потребують термінової детоксикації. Призначення цього препарату рекомендується на підставі доказів ефективності для зменшення шкідливого вживання алкоголю, але не для повного утримання.

В Україні, використання препаратів off-label було дозволено з серпня 2024 року (норма набула чинності від 18 грудня 2024 року). Зазначене питання було врегульовано шляхом затвердження Законом України № 3911-IX, від 21 серпня 2024 року «Про внесення змін до деяких законів України щодо врегулювання окремих питань у сферах охорони здоров'я, реабілітації, соціального захисту та державної реєстрації окремих об'єктів санітарних заходів».

Законом внесено також зміни до Закону України «Основи законодавства про охорону здоров'я» зокрема додано: «Стаття 44-2. Застосування зареєстрованого ЛЗ не за призначенням («off-label use»).

Відповідно до внесених змін дозволяється призначення ЛЗ за:

- показаннями,
- віковими обмеженнями,
- дозуваннями,
- способами застосування,
- не зазначеними в інструкції до медичного застосування чи короткій характеристиці ЛЗ за умови отримання інформованої згоди пацієнта на медичне втручання, при одночасному дотриманні таких умов:
 - > у пацієнта підтверджено наявність захворювання, що загрожує його життю та/або призводить до тривалого та значного погіршення якості життя;
 - > в Україні не зареєстрований або відсутній доступ до ЛЗ з необхідними показаннями до застосування, необхідний для лікування пацієнта за відповідними показаннями до застосування;
 - > консиліумом лікарів підтверджено відсутність ЛЗ, що можуть мати очікувану ефективність застосування у пацієнта та застосовуватися згідно з інструкцією до медичного застосування;
 - > консиліумом лікарів підтверджено неефективність застосування у пацієнта інших ЛЗ, що мають необхідні показання до застосування;
 - > очікувана користь від застосування ЛЗ не за призначенням («off-label use») переважає ризики його незастосування, що підтверджено інформацією з галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я (в тому числі нових клінічних протоколів).

В такому випадку в первинній обліковій документації має бути зафіксовано та належним чином обґрунтоване рішення консиліуму лікарів (необхідно зазначити дані всіх лікарів, які брали участь у обговоренні, зазначити галузеві стандарти, інші джерела доказових даних, які рекомендують використання такого ЛЗ). В свою чергу, пацієнт має бути проінформований про ризики та переваги такого використання, наявні альтернативи лікування або його відсутності. Для проведення такого інформування можна запропонувати використання підходу спільного прийняття рішення.

МАСШТАБОВАНІ ПСИХОЛОГІЧНІ ВТРУЧАННЯ

Необхідність розробки та впровадження в практику масштабованих втручань у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки виникла на тлі глобального поширення психічних захворювань, зокрема, в країнах, що розвиваються та/або постраждали від несприятливих обставин та мають недостатній рівень ресурсів для забезпечення потреб населення в доступі до спеціалізованих послуг.

Зміст масштабованих втручань базується на доказових психологічних методах допомоги, зокрема, методах когнітивно-поведінкової терапії та міжособистісної терапії. Основний фокус таких інтервенцій спрямований на профілактику психічних розладів та зменшення наслідків для психічного здоров'я в тривалих несприятливих умовах.

Основна відмінність масштабованих втручань від спеціалізованої допомоги – їх організація на рівні громади та в умовах обмежених фахових кадрових ресурсів, можливість залучення неспеціалістів до проведення таких втручань, а також застосування цифрових пристроїв для організації самопомоги.

Поширеність масштабованих психологічних втручань створює можливості для покращення доступу до допомоги та, відповідно, охоплює більшу кількість користувачів. Основний фокус таких втручань спрямований на допомогу населенню громад на зменшення наслідків поширення та розвитку депресії, посттравматичного стресового розладу, медично незрозумілих соматичних скарг, суїцидальній поведінці та субпороговій депресії, а також тривозі та стресі.

В той же час, основне обмеження поширення масштабованих інтервенцій: їх нижча ефективність, ніж при застосуванні «традиційних» психологічних втручань. В той же час вже більше 15 років – від початку впровадження масштабованих втручань – продовжують проводити дослідження їх ефективності та адаптації.

ВООЗ виділяє основний перелік психологічних інтервенцій, заснованих на доказах, які потенційно можуть бути масштабованими на регіональний чи національний рівні:

- короткі, базові, неспеціалізовані версії існуючих заснованих на доказах психологічних методів лікування (наприклад, базові версії когнітивно-поведінкової терапії, міжособистісна терапія, елементи мотиваційного інтерв'ювання тощо);
- матеріали для самопомоги, які базуються на психологічних втручаннях, заснованих на доказах;
- посібники із самопомоги;
- аудіовізуальні матеріали із самопомоги;
- онлайн-втручання із самопомоги;
- керівництва щодо використання вищезгаданих матеріалів самопомоги.

У цій Моделі використано посилання на два масштабованих психологічних втручання, заснованих на доказах, розроблених ВООЗ та доступних в Україні: програма УП+ та СД+.

«Управління проблемами» Плюс (УП+) – це коротке, індивідуальне, багатоконпонентне поведінкове втручання для дорослих, яке можуть проводити спеціалісти або неспеціалісти для дорослих у громадах, які постраждали від несприятливих обставин.

Основні техніки, які лежать в основі програми: управління проблемами, поведінкова активація, зниження стресу та посилення соціальної підтримки.

Ефективність УП+ було перевірено щодо окремих осіб у громадах, що постраждали від насильства в різних країнах світу. Так, зокрема, дослідження у Кенії та Пакистані показало, що застосування даного втручання ефективно у зменшенні депресії та тривоги та покращенні щоденного функціонування. Крім того, є докази впливу на зменшення рівня дистресу, тривожності, депресії.

- Програма складається з 5 сесій тривалістю 90-хвилин з самостійною роботою між сесіями.
- Програма доступна українською мовою.
- В Україні доступне навчання програмі сертифікованими тренерами.

Самодопомога Плюс (СД+) – програма низькоінтенсивного психологічного втручання, спрямована на зменшення психологічного стресу та запобігання психічним розладам, розрахована на групу до 30 осіб, що включає попередньо записаний аудіокурс.

Програму можуть впроваджувати попередньо навчені неспеціалізовані постачальники послуг. Основна роль фасилітатора полягає в управлінні групою за чітко визначеним сценарієм та забезпеченні безпеки учасників.

Програма складається з 5 сесій, спрямованих на навчання п'яти навичкам, які використовуються для боротьби зі стресом: заземлення в стресових ситуаціях, звільнення від складних думок та почуттів, дії відповідно до ваших цінностей, доброта, пов'язана із соціальною підтримкою, звільнення простору, вправи на усвідомленість.

- Формат втручання: це втручання самопомоги у великій групі; ключова інформація надається через попередньо записаний аудіозапис; фасилітатори керують обговореннями та відповідають на запитання.
- Програма доступна українською мовою.
- В Україні доступне навчання програмі сертифікованими тренерами.

СЕТА (Common Elements Treatment Approach) – це доказова, трансдіагностична система догляду, що базується на когнітивно-поведінковій терапії та була розроблена для вирішення трьох найбільш поширених проблем психічного здоров'я в країнах з низьким і середнім рівнем доходу: депресії, травматичного стресу та тривоги. Основна особливість інтервенції: поєднання спільних ефективних елементів, які використовуються для лікування найбільш поширених психічних розладів, у єдину модель вирішення цих проблем.

Так, зокрема, протокол забезпечує:

- a) оцінку проблем,
- b) систему сортування,
- c) планування безпеки/запобігання самогубствам,
- d) гнучкі варіанти від профілактики, до лікування помірних та важких психічних та поведінкових розладів,
- e) можливість моніторингу та оцінки за визначеними індикаторами.

СЕТА довела свою ефективність у зменшенні проблем психічного здоров'я (наприклад, депресії, тривоги, посттравматичного стресу тощо), насильства з боку інтимного партнера та зловживання ПАР.

Формат втручання:

- a) оцінювання може проводитися в очному форматі, через телемедичні додатки, в групах або індивідуально,
- b) послуги надаються індивідуально та/або в групах протягом 1-12 сеансів щотижня (або кожні два тижні) особисто або дистанційно, залежно від рівня їх потреб.

Сеанси тривають 20-60 та більше хвилин і включають щотижневу форму моніторингу клієнта для оцінки змін у симптомах психічного та поведінкового здоров'я. Використання самостійної роботи між сеансами.

В Україні СЕТА доступна з 2015 року. На базі Центру психічного здоров'я НаУКМА доступне сертифікаційне навчання для надавачів послуг психічного здоров'я.

ДОПОМОГА ПРИ ГЕНДЕРНО ЗУМОВЛЕНОМУ НАСИЛЬСТВІ

Насильство та жорстоке поводження залишаються повсякденною реальністю для багатьох людей і сімей. Це вагомий психосоціальний стресор, що негативно позначається на психічному здоров'ї не лише жертв, але й тих, хто чинить насильство, а також свідків таких подій.

До груп, на психічний стан яких впливає насильство, належать:

- постраждалі, які безпосередньо пережили насильство;
- особи, що стають очевидцями актів агресії;
- порушники, які вчиняють жорстокі дії.

Гендерно зумовлене насильство нині визнається глобальною проблемою як у сфері охорони громадського здоров'я, так і в контексті прав людини. Кожна третя жінка у світі зазнає фізичного та/або сексуального насильства з боку партнера чи поза партнерськими стосунками. Ця статистика свідчить про масштабність проблеми та підкреслює її пріоритетність для системи охорони здоров'я.

Наслідки насильства можуть бути серйозними: розвиток депресії, тривожних і посттравматичних розладів, розлади сну, підвищений ризик суїцидальної поведінки чи самоушкоджень. Особливо виділяється вплив сексуального насильства, особливо в дитячому віці. Крім того, такий травматичний досвід часто пов'язаний з підвищеним ризиком зловживання ПАР та небезпечною сексуальною поведінкою.

Емоційна реакція постраждалих від насильства зазвичай включає страх, провину, сором, смуток, тривогу та інші сильні переживання, що додатково ускладнюють відновлення та адаптацію.

Чинні керівництва **не радять проводити суцільний скринінг** щодо насильства серед усіх жінок, які звертаються по медичну допомогу. Водночас фахівців у сфері психічного здоров'я заохочують обговорювати це питання з тими пацієнтками, які мають травми або стани, що потенційно можуть бути пов'язані з досвідом насильства.

Слід пам'ятати: якщо людина ділиться власною історією насильства чи жорстокого поводження, то саме першочергова підтримка, яку ви надасте в цей момент, може стати найбільш цінною допомогою. Така підтримка означає практичне реагування на емоційні та фізичні потреби людини, а також на її потреби у безпеці та підтримці, без надмірного втручання у приватний простір.

Одним із ключових підходів у цій сфері є модель «LIVES», яка охоплює п'ять простих кроків першочергової підтримки. Хоча в документі основний акцент зроблено на допомозі жінкам, ті самі принципи однаково застосовні у роботі з чоловіками та дітьми.

Мета допомоги – врахувати як емоційні, так і практичні потреби людини. П'ять кроків «LIVES» (табл. 13) чітко демонструють, що саме може зробити фахівець у сфері психічного здоров'я для того, щоб підтримати людину, яка розповіла про досвід насильства. Цей підхід близький до принципів першої психологічної допомоги (ППД).

Таблиця 13. П'ять кроків «LIVES»

Слухай (анг. Listen)	Слухайте жінку уважно, з емпатією, без осудження
Запитуйте про потреби та побоювання (анг. Inquire)	Оцініть її різноманітні потреби та побоювання – емоційні, фізичні, соціальні та практичні (напр., догляд за дітьми) – та відреагуйте на них
Визнавайте значущість (анг. Validate)	Продемонструйте їй, що ви розумієте та вірите їй. Запевніть її, що вона не винна
Посилуйте відчуття безпеки (анг. Enhance safety)	Обговоріть план дій захисту себе від подальшої шкоди, якщо насильство чинитиметься знову
Підтримуй (анг. Support)	Підтримайте її, допомагаючи їй отримати інформацію та встановити зв'язок із іншими послугами та службами соціальної підтримки

Тож, при допомозі людині, яка постраждала від гендерно зумовленого насильства, НЕ ТРЕБА:

- Намагатися вирішити проблеми людини.
- Переконавати або примушувати її покинути партнера/родину, які чинять над нею насильство.
- Переконавати або змушувати її звернутися до поліції.
- Задавати детальні питання, які примушуватимуть її проживати болючі події.
- Просити її проаналізувати, що сталося та чому.
- Змушувати її розмовляти з вами.

Натомість, ВАЖЛИВО:

- Визначити потреби і переживання.
- Вислухати та визнати значущість цих переживань та досвіду (поводьтеся емпатично).
- Допомогти людині налагодити контакт із іншими людьми, групами, організаціями.
- Допомогти людині відчути себе у безпеці.
- Розглянути доступні та доцільні для людини варіанти.
- Поважати її побажання.
- Допомогти людині отримати соціальну, фізичну та емоційну підтримку.
- Посилувати її безпеку.

Також важлива межсекторальна співпраця та знання, які саме служби в громаді можуть бути корисними, зокрема в направленні, при необхідності, у безпечні місця для жінок та дівчат, притулки та кризові кімнати для жертв домашнього насильства.

ДОДАТОК 14

ВІДМОВА ВІД КУРІННЯ

Скринінговий інструмент для виявлення курців і ніотинової залежності – тест Фагерстрома на ніотинову залежність FTND. Результати цього тесту можна використовувати для планування лікування, оскільки велика кількість балів може вказувати на те, що потрібне більш інтенсивне лікування порівняно з меншою кількістю балів. Також за допомогою цього тесту можна відстежувати прогрес у часі.

Коротка інтервенція: підхід 5A (від англ. Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange)

- **Запитайте (Ask)** про статус куріння. Це слід робити регулярно, а вживання тютюнових виробів слід задокументувати в медичній картці.
- **Порадьте (Advise)** відмовитися від куріння.
- **Оцініть (Assess)** готовність відмовитися від куріння. Оцінка ніотинової залежності допомагає коригувати лікування. Оцінка інших супутніх станів, таких як психічні розлади, інші розлади вживання ПАР, фізичне здоров'я, допомагає розробити комплексний план лікування.
- **Допоможіть (Assist)** відмовитися від куріння. Усім курцям слід пропонувати допомогу у відмові від куріння, виходячи з їх індивідуальних потреб.
- **Організуйте (Arrange)** наступний візит. Доведено, що це підвищує імовірність тривалого утримання від куріння й особливо корисно в перші кілька тижнів після відмови від куріння.

Етапи дуже короткого втручання, коли часу обмаль і є доступні варіанти скерування пацієнта:

Запитайте: з'ясуйте статус куріння.

Порадьте: розкажіть, що найкращий спосіб відмовитися від куріння – це поєднання психологічної підтримки й медикаментозного лікування.

Дійте: скеруйте пацієнта до спеціалізованої служби.

ДОДАТОК 15

ГРУПОВА ТЕРАПІЯ

Згідно з протоколом удосконалення лікування SAMHSA (TIP 41) «Лікування розладів, пов'язаних із вживанням ПАР: групова терапія», групова терапія широко використовується в лікуванні розладів, пов'язаних із вживанням ПАР, і може застосовуватись як у стаціонарних та амбулаторних медичних закладах, так і в немедичних установах (центрах тривалого перебування, центрах соціальних служб тощо). Результати терапії в багатьох програмах групового лікування розладів вживання ПАР залежать від кількох ключових процесів, зокрема: терапевтичного альянсу, згуртованості групи та культурально чутливих підходів.

Загалом групи відрізняються за своєю метою. Деякі зосереджені на ранньому відновленні та попередженні рецидивів, інші на психоедукації пацієнтів і їх сімей, ще інші – на супутніх станах, таких як ВІЛ, вірусні гепатити (ВГВ/С), психологічні симптоми (наприклад, керування гнівом) або психічні розлади (порушення сну, тривожність, депресивні симптоми тощо). Окремі групи орієнтовані на певні категорії населення (жінки, військовослужбовці та ветерани, особи під наглядом системи кримінального правосуддя, підлітки, інші спільноти).

За структурою групові заняття часто поєднують різні стратегії, зокрема МІ, втручання відповідно до стадій змін, психоедукацію, підходи що стосуються розвитку необхідних навичок. Упродовж останнього десятиліття ефективні групові терапії для лікування розладів вживання ПАР базувалися переважно на мотиваційних і когнітивно-поведінкових підходах або їх поєднанні.

Участь у груповій терапії передбачає наявність певних критеріїв відбору, зокрема врахування потреб пацієнта, його цілей у процесі відновлення та можливості брати участь протягом усього курсу лікування (особливо в закритих групах).

Фактори, що можуть обмежувати участь у груповій терапії:

- Нездатність регулярно відвідувати групу
- Поточне вживання ПАР
- Психічний розлад, що заважає спілкуванню, розумінню або виконанню групових завдань
- Наявність психозу, манії або інших виражених симптомів, що ускладнюють участь у процесі
- Нездатність дотримуватися групових правил, встановлених програмою лікування та учасниками групи

Елементи, що підвищують ефективність терапії:

- Згуртованість групи: посилюється, коли учасники діляться почуттями, думками, життєвими ситуаціями, беруть участь у рольових іграх для відпрацювання навичок подолання труднощів та навичок відновлення
- Терапевтичний альянс: формується шляхом обговорення перед початком участі структури групового заняття, нормалізації типових переживань (тривоги, складних емоцій), використання рефлексивного слухання та регулярних перевірок залученості (наприклад: «Чи буде зручно, якщо я поділюся тим, що щойно почув?»)

Структура груп та формат проведення:

Відкриті та закриті групи:

- Відкриті групи приймають учасників постійно, без визначеної дати завершення. Учасники можуть приєднатися у будь-який момент.
- Закриті групи мають чітко визначені дату початку та завершення і зазвичай приймають учасників лише на старті терапевтичного курсу.

Перед кожною сесією терапевт готує план заняття, який водночас має залишатися гнучким і відкритим до змін відповідно до потреб групи. На ранніх етапах терапії план може включати повторне ознайомлення з правилами групи, обговорення способів надання зворотного зв'язку, а також підтримку групової динаміки. Окрім організаційних процесів, у плані сесії можуть бути передбачені заплановані вправи, навчальні матеріали, теми для обговорення, що відповідають індивідуальним і груповим запитам та потребам.

Наукові джерела свідчать, що оптимальна кількість учасників групи становить від 6 до 12 осіб, що дає змогу ефективно задовольняти потреби клієнтів і забезпечити участь кожного ^{48 49}.

Розмір групи також залежить від її цільової спрямованості. Наприклад, психоедукаційні мультисімейні сесії, які поєднують інформаційний компонент і певний обсяг обговорення, можуть бути ефективними навіть за участі більшої кількості людей. Групи з менш ніж шістьма учасниками мають меншу ймовірність стабільної роботи через ризик вибуття та пропусків, тоді як у надто великих групах може зменшуватися рівень взаємодії між учасниками ^{50 51}.

Відповідно до складу групи можуть бути як змішані за гендерним принципом так і лише чоловічі та жіночі. Для жінок, зокрема тих, які мали досвід насильства з боку іншого чоловіка або чоловіків можуть бути більш ефективними жіночі групи. При створенні таких груп важливо щоб фасилітатором була особа тієї ж статі як і члени групи. Також можуть створюватись групи об'єднані за іншими ознаками, зокрема віком, досвідом військової служби тощо.

Перелік тем для групових сесій:

- Групові сесії КПТ;
- Профілактика рецидивів;
- Травма-інформована допомога;
- Сімейна терапія;
- Побудова життєвих навичок;
- Арт-терапія;
- Програма 12 кроків (наприклад, групи АА, АН);
- Інші групи взаємодопомоги (жіночі групи, військовослужбовці та ветерани, особи під наглядом системи кримінального правосуддя, підлітки, інші спільноти);

48 Sobell & Sobell, 2011

49 Velasquez та ін., 2016

50 Wendt & Gone, 2018

51 Yalom & Leszcz, 2005

- Управління гнівом;
- Зменшення шкоди від вживання ПАР;
- Група розвитку навичок раннього відновлення для людей з розладами внаслідок вживання стимуляторів;
- Усвідомленість (Майндфулнес);
- Терапевтичне садівництво;
- Тренінг навичок подолання труднощів.

Додатково для проведення дозвілля пропонуються заходи з фізичної активності (спортзал, йога, пілатес), фільмо-, бібліотерапія.

ДОДАТОК 16

НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНІ ТА ІНШІ МАТЕРІАЛИ ЩОДО НАДАННЯ РІЗНИХ ТИПІВ ВТРУЧАНЬ ДЛЯ ОСІБ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ

Тип втручання	Нормативно-правова база, відносно до якої надається втручання	Вебінари/онлайн-лекції	Очне навчання	Посібники	Онлайн-курси	Інше
Проведення скринінгу вживання психоактивних речовин	<ul style="list-style-type: none"> наказ МОЗ України від 16 грудня 2025 року № 1897 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю» наказ МОЗ України від 11 липня 2025 року № 1102 «Про затвердження стандартів медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів» наказ МОЗ України від 13 січня 2025 року № 84 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стимуляторів за виключенням опіоїдів» 	<ul style="list-style-type: none"> «Діагностичні критерії залежності. Інструменти діагностики», Центр громадського здоров'я «Раннє виявлення та впровадження коротких інтервенцій зі зменшення вживання алкоголю», Центр громадського здоров'я «Сучасні підходи до розуміння феномену залежностей від психоактивних речовин включаючи алкоголь», Центр громадського здоров'я «Природа наркотичної залежності», Центр громадського здоров'я «Рамка стандарту: ранній скринінг розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю», Центр громадського здоров'я Інші вебінари, доступні на ресурсах Центру громадського здоров'я та інших ресурсах, що поширюють науково доказову інформацію, що не суперечить моделі та медико-технологічним документам зі стандартизації медичної допомоги та іншим нормативно-правовим актам 	<p>Освітня програма «Скринінг та короткотривалі інтервенції при психічних та поведінкових розладах, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин», Інститут психіатрії ім.Тараса Шевченка (30 годин; за прослуховування видається сертифікат Київського національного університету імені Тараса Шевченка про навчання)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Керівництво mhGAP версія 2.0 AUDIT – Тест для виявлення розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю Настанови для працівників первинної ланки медичної допомоги, ВООЗ Скринінговий тест для оцінювання рівнів вживання алкоголю, тюнюових виробів і психоактивних речовин (в рамках пакету ASSIST (ВООЗ): посібник для працівників первинної ланки медичної допомоги, ВООЗ 	<ul style="list-style-type: none"> «Лікування опіоїдної залежності», Центр громадського здоров'я «Ведення поширених психічних розладів на первинному рівні медичної допомоги (mhGAP)», Академія НСЗУ 	<p>Існує необхідність розробки додаткових матеріалів/програм тощо</p>

Тип втручання	Нормативно-правова база, відповідно до якої надається втручання	Вебінари/онлайн-лекції	Очне навчання	Посібники	Онлайн-курси	Інше
Короткі втручання	<ul style="list-style-type: none"> наказ МОЗ України від 16 грудня 2025 року № 1897 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю» наказ МОЗ України від 11 липня 2025 року № 1102 «Про затвердження стандартів медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів» наказ МОЗ України від 13 січня 2025 року № 84 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стимуляторів за виключенням опіоїдів» 	<ul style="list-style-type: none"> «Раннє виявлення та впровадження коротких інтервенцій зі зменшення вживання алкоголю» (Центр громадського здоров'я) Інші вебінари, що мають включати питання коротких втручань при лікуванні залежностей, доступні на ресурсах Центру громадського здоров'я та інших ресурсах, що поширюють науково доказову інформацію, що не суперечить моделі та медико-технологічним документам зі стандартизації медичної допомоги та іншим нормативно-правовим актам 	<p>Освітня програма «Скринінг та короткотривалі інтервенції при психічних та поведінкових розладах, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин», Інститут психіатрії ім. Тараса Шевченка (30 годин; за прослуховування видається сертифікат Київського національного університету імені Тараса Шевченка про навчання)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Короткострокове втручання при небезпечному і шкідливому вживанні алкоголю, (в рамках пакету AUDIT (BOO3): посібник для працівників первинної допомоги, BOO3 Короткі втручання, пов'язані з тестом ASSIST, щодо небезпечного або шкідливого вживання психоактивних речовин (в рамках пакету ASSIST (BOO3): посібник для працівників первинної ланки медичної допомоги, BOO3 	<ul style="list-style-type: none"> «Лікування однієї залежності», Центр громадського здоров'я «Основи консультування людей з проблемами внаслідок вживання психоактивних речовин», Центр громадського здоров'я 	Існує необхідність розробки додаткових матеріалів/програм тощо
Мотиваційне інтерв'ю	<ul style="list-style-type: none"> наказ МОЗ України від 16 грудня 2025 року № 1897 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю» наказ МОЗ України від 11 липня 2025 року № 1102 «Про затвердження стандартів медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів» наказ МОЗ України від 13 січня 2025 року № 84 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стимуляторів за виключенням опіоїдів» наказ Міністерства соціальної політики, сім'ї та етносії України № 677 «Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги соціально-психологічної реабілітації осіб із залежністю від наркотичних засобів чи психотропних речовин» 	<p>Вебінари, що можуть включати питання проведення мотиваційного інтерв'ю при консультуванні осіб із залежністю, доступні на ресурсах Центру громадського здоров'я та інших ресурсах, що поширюють науково доказову інформацію, що не суперечить моделі та медико-технологічним документам зі стандартизації медичної допомоги та іншим нормативно-правовим актам</p>	<ul style="list-style-type: none"> Навчальний курс «Основи мотиваційного інтерв'ю» (з фокусом на роботу з людьми з залежністю від ПАР) (Інститут психіатрії ім. Тараса Шевченка, 30 годин. За прослуховування видається сертифікат Київського національного університету імені Тараса Шевченка) Сертифікаційна програма «Основи психотерапії залежностей», Інститут психіатрії ім. Тараса Шевченка (90 годин. За прослуховування видається сертифікат Київського національного університету імені Тараса Шевченка) 	<p>Перекладені на українську мову посібники на тему мотиваційного інтерв'ю наявні в обмеженій кількості; існує необхідність розробки додаткових матеріалів</p>	<ul style="list-style-type: none"> «Основи мотиваційного інтерв'ю» «Мотиваційне консультування як ефективний інструмент для зменшення вживання алкоголю вагітними» Онлайн-курс із ведення поширених психічних розладів на первинному рівні медичної допомоги (mhGAP), Академія НСЗУ 	Існує необхідність розробки додаткових матеріалів/програм тощо

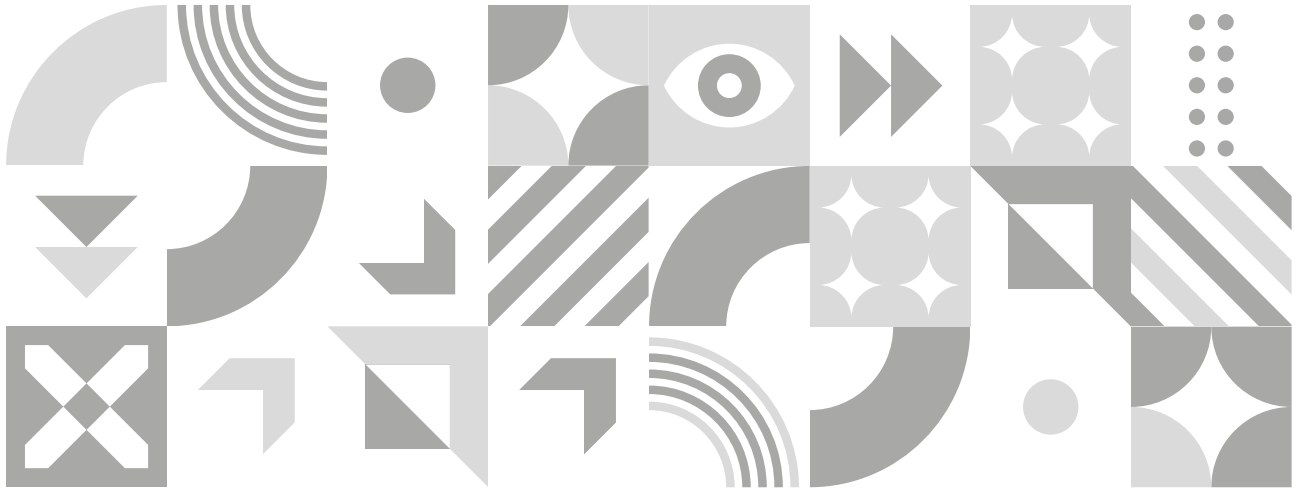
Тип втручання	Нормативно-правова база, відносно до якої надається втручання	Вебінари/онлайн-лекції	Очне навчання	Посібники	Онлайн-курси	Інше
Терапія посилення мотивації	<ul style="list-style-type: none"> наказ МОЗ України від 16 грудня 2025 року № 1897 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю» наказ МОЗ України від 11 липня 2025 року № 1102 «Про затвердження стандарту медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів» наказ МОЗ України від 13 січня 2025 року № 84 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стимуляторів за виключенням опіоїдів» 	Існує необхідність розробки матеріалів та проведення курсів терапії посилення мотивації	Існує необхідність розробки і проведення очних курсів терапії посилення мотивації	На 2026 рік Центром громадського здоров'я заплановано переклад посібника «Motivational Enhancement Therapy Manual. A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals With Alcohol Abuse and Dependence»; існує необхідність розробки додаткових матеріалів	Існує необхідність розробки онлайн курсів терапії посилення мотивації	Існує необхідність розробки додаткових матеріалів/програм тощо
Когнітивно-поведінкова терапія	<ul style="list-style-type: none"> наказ МОЗ України від 16 грудня 2025 року № 1897 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю» наказ МОЗ України від 11 липня 2025 року № 1102 «Про затвердження стандарту медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів» наказ МОЗ України від 13 січня 2025 року № 84 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стимуляторів за виключенням опіоїдів» наказ Міністерства соціальної політики, сім'ї та єдності України № 677 «Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги соціально-психологічної реабілітації осіб із залежністю від наркотичних засобів чи психотропних речовин» 	Існує необхідність розробки матеріалів та проведення вебінарів на тему когнітивно-поведінкова терапія залежностей	<ul style="list-style-type: none"> Навчальний курс «Практика використання елементів когнітивно-поведінкової терапії в контексті лікування залежностей» (30 годин; за прослуховування видається сертифікат Київського національного університету імені Тараса Шевченка про навчання); 	<ul style="list-style-type: none"> Доступний посібник «Когнітивно поведінкова терапія для зниження вживання алкоголю пацієнтами замісної підтримувальної терапії» Центром громадського здоров'я запланована розробка посібника з когнітивно-поведінкової терапії для осіб з розладами вживання ПАР (ч.2) для провайдерів послуг особам із залежністю на 2026 рік 	<ul style="list-style-type: none"> Онлайн-курс «Когнітивно-поведінкова терапія для осіб, які мають залежність від психікоактивних речовин» Існує необхідність розробки додаткових онлайн курсів терапії когнітивно-поведінкової терапії для лікування залежностей 	<ul style="list-style-type: none"> Магістерська програма «Клінічна психологія з основами когнітивно-поведінкової терапії», Український Католицький Університет

Тип втручання	Нормативно-правова база, відгуківно до якої надається втручання	Вебінари/онлайн-лекції	Очне навчання	Посібники	Онлайн-курси	Інше
Сімейна терапія	<ul style="list-style-type: none"> наказ МОЗ України від 16 грудня 2025 року № 1897 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю» наказ МОЗ України від 11 липня 2025 року № 1102 «Про затвердження стандарту медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів» наказ МОЗ України від 13 січня 2025 року № 84 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стимуляторів за виключенням опіоїдів» наказ Міністерства соціальної політики, сім'ї та єдності України № 677 «Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги соціально-психологічної реабілітації осіб із залежністю від наркотичних засобів чи психотропних речовин» 	<p>Існує необхідність розробки матеріалів та проведення вебінарів на тему сімейної терапії для лікування залежностей</p>	<ul style="list-style-type: none"> Навчальний курс «Робота з сім'ями з розладами внаслідок вживання психоактивних речовин» (30 годин; за прослукування вивдається сертифікат Київського національного університету імені Тараса Шевченка про навчання) 	<ul style="list-style-type: none"> Центром громадського здоров'я у 2026 році заплановано переклад посібника розробка посібника «Лікування розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, та сімейна терапія» (SAMHSA) існує необхідність розробки додаткових матеріалів 	<ul style="list-style-type: none"> Сертифікаційна програма «Психологія сімейних криз та кризове консультування» (60 годин), «Сімейне консультування» (60 годин), Інститут післядипломної освіти КНУ Тараса Шевченка 	<p>Існує необхідність розробки додаткових матеріалів/програм тощо</p>
Травмо-інформований підхід	<p>У чинних нормативно-правових актах України немає усталеного визначеного терміну «травма-інформований підхід» (trauma-informed care) як окремого поняття.</p> <p>Але його елементи частково інтегровані у різні нормативи через суміжні концепції: людиноцентрований підхід; повага до гідності та прав людини; недискримінація; орієнтація на відновлення; мінімізація повторної травми тощо</p> <p>Існує необхідність систематичного впровадження даного підходу в нормативні акти, зокрема МТД зі стандартів зації медичної допомоги</p>	<ul style="list-style-type: none"> «Рамка стандарту: ранній скринінг розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю», Центр громадського здоров'я 	<p>Є частиною тренінгу ВООЗ для працівників Центрів психічного (ментального) здоров'я за програмою «Спеціалізовані послуги з психічного здоров'я на рівні громади»</p> <p>Є частиною тренінгу ВООЗ за навчальною програмою "Відновлення, права людини та принципи обрання найменш обмежувальних заходів" в межах ініціативи ВООЗ QualityRights (очне навчання)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Центром громадського здоров'я заплановано переклад посібника з травма-інформованого підходу під час лікування осіб з розладами вживання ПАР «TIP 57. Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services» SAMHSA існує необхідність розробки додаткових матеріалів 	<ul style="list-style-type: none"> Спеціалізовані послуги з психічного здоров'я на рівні громади», ВООЗ/Академія НСЗУ 	<p>Існує необхідність розробки додаткових матеріалів/програм тощо</p>

Тип втручання	Нормативно-правова база, відповідно до якої надається втручання	Вебінари/онлайн-лекції	Очне навчання	Посібники	Онлайн-курси	Інше
<p>Профілактика рецидивів</p>	<ul style="list-style-type: none"> наказ МОЗ України від 16 грудня 2025 року №1897 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю» наказ МОЗ України від 11 липня 2025 року №1102 «Про затвердження стандартів медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів» наказ МОЗ України від 13 січня 2025 року № 84 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стимуляторів за виключенням опіоїдів» наказ Міністерства соціальної політики, сім'ї та єдності України № 677 «Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги соціально-психологічної реабілітації осіб із залежністю від наркотичних засобів чи психотропних речовин» 	<p>Вебінари, що можуть включати інформацію стосовно втручання для профілактики рецидивів вживання ПАР, доступні на ресурсах Центру громадського здоров'я та інших ресурсах, що поширюють науково доказову інформацію, що не суперечить моделі та медико-технологічним документам зі стандартизації медичної допомоги та іншим нормативно-правовим актам;</p> <p>Існує необхідність розробки матеріалів та проведення вебінарів на тему профілактики рецидивів залежності</p>	<p>Існує необхідність розробки і проведення очних курсів профілактики рецидивів</p>	<ul style="list-style-type: none"> Центром громадського здоров'я у 2026 році запланована розробка посібника з профілактики рецидивів вживання ПАР/алкоголю; Існує необхідність розробки додаткових матеріалів 	<ul style="list-style-type: none"> Онлайн-курс «Когнітивно-поведінкова терапія для осіб, які мають залежність від психічних речовин» Існує необхідність розробки додаткових онлайн курсів профілактики рецидивів 	<p>Існує необхідність розробки додаткових матеріалів/програм тощо</p>
<p>Психологічна допомога при гендерно зумовленому насильстві</p>	<ul style="list-style-type: none"> Закон України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» від 07.12.2017. Закон України № 2229-VIII Закон України «Про охорону дитинства» від 26.04.2001 	<p>Існує необхідність розробки додаткових матеріалів</p>	<p>Тренінги mhGAP</p>	<ul style="list-style-type: none"> Керівництво mhGAP версія 2.0 Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), Фонд ООН у галузі народонаселення (UNFPA), Управління Верховного комісара ООН у справах біженців (УВКБ ООН). Клінічне ведення випадків згвалтування і насильства з боку інтимного партнера: Розробка програми в умовах гуманітарної кризи. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2024. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO «Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: A clinical handbook» - WHO, UN Women, UNFPA, 2014 (англ.) 	<ul style="list-style-type: none"> Онлайн-курс, доступний на веб-ресурсах Центру громадського здоров'я «Комплексна медична допомога постраждалим від гендерно зумовленого насильства, в тому числі сексуального насильства, пов'язаного з конфліктом» Онлайн-курс із ведення поширених психічних розладів на первинному рівні медичної допомоги (mhGAP), Академія НСЗУ 	<p>Існує необхідність розробки додаткових матеріалів/програм тощо</p>

Тип втручання	Нормативно-правова база, відповідно до якої надається втручання	Вебінари/онлайн-лекції	Очне навчання	Посібники	Онлайн-курси	Інше
Відмова від куріння	наказ МОЗ України від 03 серпня 2012 № 601 «Про затвердження та впровадження МТД зі стандартизації медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів»	Вебінари, що можуть включати питання втручання для зменшення вживання тютюнових виробів, доступні на ресурсах Центру громадського здоров'я та інших ресурсах, що поширюють науково доказову інформацію, що не суперечить моделі та медико-технологічним документам зі стандартизації медичної допомоги та іншим нормативно-правовим актам	-	-	-	Ресурс «Я кидаю курити», Центр громадського здоров'я
Впровадження послуг замісної підтримувальної терапії	наказ МОЗ України від 11 липня 2025 року № 1102 «Про затвердження стандартів медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів»	Вебінари, доступні на YouTube-каналі Центру громадського здоров'я	Цикли тематичного удосконалення з питань надання послуг ЗПТ для лікарів на базі закладів вищої та післядипломної медичної освіти	Матеріали, доступні на веб-ресурсах Центру громадського здоров'я	Онлайн-курси, доступні на веб-ресурсах Центру громадського здоров'я	Інші матеріали, доступні на ресурсах Центру громадського здоров'я МОЗ України
Управління проблемами Плюс	<ul style="list-style-type: none"> наказ МОЗ України від 16 грудня 2025 року № 1897 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю» наказ МОЗ України від 11 липня 2025 року № 1102 «Про затвердження стандартів медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів» наказ МОЗ України від 13 січня 2025 року № 84 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стимуляторів за виключенням опіоїдів» 	Посилання потенціалу медичних працівників, зокрема, сайтів ЗПТ з використанням програми «Управління проблемами Плюс», Центр громадського здоров'я	Тренінги, організовані різними провайдерами освітніх послуг для психологів, соціальних працівників, лікарів	Посібник Управління Проблемами Плюс: індивідуальна психологічна допомога та, груповий курс, ВООЗ	Існує необхідність розробки додаткових онлайн курсів до українського контексту моделю, розробленою ВООЗ	Проводиться в очному форматі за адаптованою до українського контексту моделю, розробленою ВООЗ
Важливі Навички у Періоді стресу	-	Існує необхідність проведення додаткових вебінарів	Тренінги, організовані різними провайдерами надання освітніх послуг для психологів, соціальних працівників, лікарів	<ul style="list-style-type: none"> Ілюстроване керівництво «Важливі Навички у Періоді Стресу» Посібник з управління стресом та самодопомоги, Центр громадського здоров'я 	Існує необхідність розробки додаткових онлайн курсів щодо елементів важливих навичок у періоді стресу	Проводиться в очному форматі за адаптованою до українського контексту моделю, розробленою ВООЗ

Тип втручання	Нормативно-правова база, відносно до якої надається втручання	Вебінари/онлайн-лекції	Очне навчання	Посібники	Онлайн-курси	Інше
Самодопомога Плюс	<ul style="list-style-type: none"> наказ МОЗ України від 16 грудня 2025 року № 1897 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю» наказ МОЗ України від 11 липня 2025 року № 1102 «Про затвердження стандартів медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів» наказ МОЗ України від 13 січня 2025 року № 84 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стимуляторів за виключенням опіоїдів» 	<ul style="list-style-type: none"> «Важливі навички лікарів у період стресу на основі курсу «Самодопомога плюс» (Центр громадського здоров'я) Орієнтаційний курс англійською Mental Health, Brain Health and Substance Use Існує необхідність проведення додаткових вебінарів 	Тренінги, організовані різними провайдерами надання освітніх послуг для психологів, соціальних працівників, лікарів	Посібник «Самодопомога Плюс. Груповий курс управління стресом для дорослих»	Існує необхідність розробки додаткових онлайн курсів щодо елементів програми Самодопомога Плюс	Проводиться в очному форматі за адаптованою до українського контексту моделлю, розробленою ВООЗ
СЕТА	-	Існує необхідність розробки матеріалів та проведення додаткових вебінарів	Існує необхідність розробки і проведення очних курсів терапії посилення мотивації	Існує необхідність розробки додаткових матеріалів	Існує необхідність розробки додаткових матеріалів	Проводиться в очному форматі в Центрі ментального НАУКМА за адаптованою до українського контексту моделлю, розробленою ЦПЗ НАУКМА
Управління гнівом	-	Існує необхідність розробки матеріалів та проведення додаткових вебінарів	Існує необхідність розробки і проведення очних курсів терапії посилення мотивації	Існує необхідність розробки додаткових матеріалів	Існує необхідність розробки додаткових матеріалів	Інші матеріали, доступні на ресурсах ВООЗ
Програми 12 кроків	<ul style="list-style-type: none"> наказ МОЗ України від 16 грудня 2025 року № 1897 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю» наказ МОЗ України від 11 липня 2025 року № 1102 «Про затвердження стандартів медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів» наказ МОЗ України від 13 січня 2025 року № 84 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стимуляторів за виключенням опіоїдів» 	Існує необхідність розробки матеріалів та проведення додаткових вебінарів	Існує необхідність розробки і проведення очних курсів терапії посилення мотивації	Матеріали, доступні на ресурсах груп взаємодопомоги, які працюють за 12-кроковими програмами	-	-
Інші типи індивідуальної терапії	-	Існує необхідність розробки матеріалів та проведення додаткових вебінарів	Існує необхідність розробки і проведення очних курсів терапії посилення мотивації	Існує необхідність розробки додаткових матеріалів	Існує необхідність розробки додаткових матеріалів	Існує необхідність розробки додаткових матеріалів
Інші типи групової терапії	-	Існує необхідність розробки матеріалів та проведення додаткових вебінарів	Існує необхідність розробки додаткових матеріалів	Існує необхідність розробки додаткових матеріалів	Існує необхідність розробки додаткових матеріалів	Існує необхідність розробки додаткових матеріалів



Доступ до навчально-методичних матеріалів, нормативно-правової бази з питань лікування осіб з розладами вживання ПАР, зокрема алкоголю, доступний за [посиланням](#) або за допомогою QR-коду

