

Лечение наркомании и реабилитация: практическое руководство по планированию и осуществлению¹

ЭФФЕКТИВНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ ЛЕЧЕБНЫХ СЛУЖБ

Справедливости ради надо отметить, что все системы лечения, как бы хорошо они не были развиты и обеспечены ресурсами, нуждаются в лучшей интеграции. Во многих странах, где такие системы существуют давно и хорошо развиты, текущие усилия сосредоточены на том, чтобы поощрять лечебные службы и учреждения к совместной работе на более регулярной основе. Необходимость более тесной интеграции и координации отражает тот факт, что многие люди с проблемами, вызванными злоупотреблением психоактивными веществами, нуждаются в сочетании или в последовательном обращении к различным лечебным услугам, которые предоставляются в соответствии с планом обслуживания каждого отдельного пациента. Необходимость в ряде связанных между собой видов лечения обычно отражает хронический характер или серьезность проблем, которые испытывает пациент.

Определение и характеристики комплексной системы лечения

Люди, которые имеют проблемы, связанные с наркотиками, обычно испытывают массу дополнительных проблем, часто вступают в конфликт с системой уголовного правосудия, являются бездомными, не получают пособия и других средств к существованию. Поэтому важно, чтобы система лечения была целостной и привлекала к действенному партнерству основные местные учреждения с целью максимального повышения общей эффективности предлагаемых услуг.

Определение системы лечения

Система лечения представляет собой группу взаимосвязанных или взаимозависимых “элементов” лечения и реабилитации, которые образуют комплекс мер по решению проблем злоупотребления психоактивными веществами в определенном регионе или стране. Если рассматривать эволюцию от службы, предоставляющей единичную лечебную услугу, до совокупности многих лечебных учреждений, станет очевидно, что расширение сферы услуг происходит из-за различного характера и увеличения объема спроса на лечение среди населения, который превосходит потенциал или компетенцию любого отдельного лечебного учреждения.

Элементы комплексной системы лечения

Многие люди могут нуждаться в нескольких различных видах лечебных услуг в разное время (т.е. в продолжительном обслуживании). Нет ничего необычного в том, что человек, проходящий курс лечения в одном лечебном

учреждении, одновременно получает материальную помощь и другие социальные услуги от других учреждений (например, обеспечение жильем и юридические консультации). Нередко бывает и так, что лечебные услуги, предоставляемые различными учреждениями, осуществляются последовательно (например, дезинтоксикация, лечение в центрах совместного проживания и амбулаторное консультирование). Эти виды поддержки являются важными элементами эффективного набора лечебных услуг, которые могут изменяться в процессе лечения конкретного пациента. Пример базовой структуры лечебной системы, включающей различные виды услуг, приведен во врезке 32. Врезка 33 представляет пример более сложной комплексной системы лечения.

В комплексной системе обслуживания все учреждения имеют определенную роль в соответствии с предлагаемыми координируемыми мерами. Лица, нуждающиеся в лечении от наркомании, могут прибегнуть к одной из основных служб идентификации и направления, приведенных в конце врезки 32. Четкий характер официальных взаимосвязей должен определяться системой и существующими контрактными и партнерскими договоренностями.

Действительно комплексная система характеризуется хорошей координацией, взаимосвязью и интеграцией различных видов специализированного и общего лечения и вспомогательных элементов. В крупных лечебных системах сюда входит также ряд учреждений и дополнительных стратегических и финансовых организаций, работающих в тесном контакте. Бывают случаи, когда на данной территории существует единственное учреждение, предоставляющее специализированные услуги одного направления, которое управляет работой большого ряда лечебных пунктов и осуществляет дополнительные административные функции, включая научные исследования. Однако, как правило, существует несколько учреждений, предоставляющих такие услуги. В процессе работы такие учреждения, предоставляющие одну или несколько услуг, обычно связаны с многочисленными службами, обеспечивающими специализированные ненаркологические и общие лечебные услуги. Следует подчеркнуть, что эффективная координация работы играет важную роль и в относительно небольших лечебных системах. Например, в работе группы первичной медико-санитарной помощи, специализированного медицинского учреждения, вспомогательной службы общего социального обеспечения большую роль играют эффективные связи и направление клиентов в соответствии с их потребностями в лечении и реабилитации.

При создании комплексной системы обслуживания важное значение имеют такие компоненты, как взаимодействие с учебными заведениями, учреждениями по тру-

¹ Продолжение. Начало публикации см. Наркология. — 2005. — №5—9.

**Пример элементов лечебной системы,
которая могла бы быть применена на территории с населением 300—500 тыс. чел.**

<i>Характер услуги</i>	<i>Лечебное учреждение/организация</i>
Специализированная с проживанием	Программы лечения в стационаре/в центре совместного проживания Программы реабилитации в центрах совместного проживания
Специализированная на базе общины	Программы консультирования/программы дневного стационара Программы специализированного лечения на базе общины
Общие и специализированные услуги на базе общины	Социальные службы/учреждения социального обеспечения Службы психогигиены на базе общины
Общедоступные общие службы	Первичная медико-санитарная помощь Больничная неотложная помощь Другие службы больничной помощи
Скрининг и направление на лечение	Учреждения системы уголовного правосудия Молодежные службы Учебные заведения и учреждения по трудоустройству Общинные организации

**Пример действующей комплексной лечебной системы:
структура образцовой модели обслуживания в Соединенном Королевстве**

Следующее описание показывает, как можно разработать концепцию системы лечения с применением уровней, или ярусов, службы. Идеи, лежащие в основе этого примера, были разработаны несколькими организациями и проектами и представлены в иллюстративных целях. В нижеследующем описании приведена принятая в Соединенном Королевстве многоярусная система и показано, как эта система должна функционировать. Система включает ряд лечебных учреждений, предоставляющих общие и специализированные услуги, а также другие учреждения и службы, которые могут вступить в контакт с наркоманами в процессе работы (например, добровольные организации и службы помощи по телефону). Последние службы имеют большое значение, поскольку они могут предоставить краткий совет отдельным лицам и направить их при необходимости в лечебную систему. Элементы системы представлены не в виде четко установленной вертикали, и пациент может быть направлен на лечение в одну из служб, представленных на каждом уровне, из любой общей или специализированной службы, находящейся на уровне, расположенном выше или ниже.

Общие службы ненаркологического направления

К общим службам не наркологического направления может относиться множество общих служб, которые могут вступить в контакт с большим числом лиц, имеющих проблемы со злоупотреблением наркотиками различной степени тяжести. Системы пробации и условно-досрочного освобождения, учреждения социального обеспечения и первичной медико-санитарной помощи — все это примеры служб, которые могут предоставить услуги по скринингу и обеспечить благоприятную возможность для вмешательства в случае проблем со злоупотреблением наркотиками. Они также могут послужить первым шагом к использованию официальной системы лечения наркомании.

Общедоступные службы

Ко второму ярусу относятся специализированные учреждения (часто созданные неправительственными организациями), которые ориентированы на лечение наркоманов. Набор предлагаемых услуг соответствует базовым потребностям людей, имеющих проблемы с наркотиками, а также учитывает вредные последствия употребления наркотиков, но не обязательно ориентирован на прекращение их употребления. Примерами таких услуг являются консультации и информация, услуги при обращении, мотивационные беседы и кратковременное вмешательство, уличные службы помощи населению, обмен игл (через аптеки, учреждения и службы помощи населению), назначение услуг по снижению порогового уровня, а также проведение оценки и предоставление обслуживания в связи со злоупотреблением психоактивными веществами.

Структурированные наркологические службы на уровне общин

Структурированные наркологические службы на уровне общин включают специализированные службы (обычно многопрофильные), которые предназначены для предоставления специализированного лечения и направления на дальнейшее лечение. В услуги этого уровня входят плановое консультирование и психотерапия, структурированные дневные программы, структурированная дезинтоксикация на базе общины, структурированное назначение и лечение метадонотом и программа структурированного последующего обслуживания.

Специализированные наркологические службы в центрах совместного проживания

Четвертый уровень в основном состоит из специализированных служб, которые предлагают интенсивные и структурированные программы, осуществляемые в центрах совместного проживания, больничных стационарах и в других контролируемых условиях. Некоторые службы кризисного вмешательства этого уровня могут быть общедоступными, а для других требуется официальное направление через медицинское учреждение или орган социального обеспечения. Примерами услуг этого уровня могут быть услуги стационарных отделений для пациентов с наркозависимостью и специально отведенные места в психиатрических клиниках, реабилитация в центрах совместного проживания, реабилитационные услуги для матерей с детьми, отделения по лечению наркозависимости для молодежи, специализированные кризисные центры и услуги по месту жительства при сопутствующих заболеваниях.

В любой определенный момент в соответствии с этой моделью пациент должен иметь возможность одновременно пользоваться услугами служб, находящихся на одном и том же или на различных уровнях, в соответствии со своими потребностями. Описание модели содержится по адресу: <http://www.doh.gov.uk>.

доустройству и социальному обеспечению, а также с системой уголовного правосудия. Во врезке 34 приводится пример диверсификации и увязки медицинских услуг.

Пути направления в систему лечения

На практике процессы принятия решений о направлении на лечение и проведении оценки, вступающие в действие, когда отдельные люди обращаются за помощью, могут оказаться весьма сложными. Оценка и правильное направление пациента на лечение в рамках системы являются решающим фактором, и на них влияют как непосредственные потребности, так и те, которые могут возникнуть в процессе лечения и последующего обслуживания.

Лечебная система должна быть в состоянии принять пациентов, поступивших следующим образом: самостоятельное обращение; по настоянию семьи и друзей; по направлению врачей из системы первичной медико-санитарной помощи (и групп первичной медико-санитарной помощи); общинных служб; учреждений, предоставляю-

щих специализированную помощь; учреждений системы уголовного правосудия; одного из подразделений, входящих в систему лечения.

Направления комплексного обслуживания

Во многих областях здравоохранения и социального обеспечения все большее применение находит метод разработки направлений комплексного обслуживания для определения и достижения целей, поставленных для себя каждым отдельным пациентом. Направления прохождения комплексного обслуживания известны под различными названиями, включая важнейшие направления обслуживания, протоколы лечения, пути ожидаемого выздоровления, алгоритмы лечения, стандарты и этапы ухода. Все они призваны обеспечить согласованный профессиональный подход и стандартизировать элементы ухода за пациентами для повышения эффективности, результативности и рентабельности лечения.

В сущности, в направлениях комплексного обслуживания описываются характеристика и курс лечения кон-

Врезка 34

Диверсификация и увязка услуг для лиц, употребляющих наркотики путем инъекций: лечение по методу замещения опиатов в Литве

В 1995 г. два специалиста из Литвы прошли стажировку по программам лечения наркомании в Лондоне и Амстердаме, которая была организована при поддержке Программы ФАРЕ Европейской комиссии. Впоследствии Министерство здравоохранения провело ряд встреч для обсуждения возможности осуществления в Литве экспериментальной программы замещающего лечения. Министерство организовало подготовку в области замещающего лечения, которая проходила в Швеции; затем в мае 1995 г. была разработана первая национальная методика замещающего лечения.

Замещающее лечение и обмен игл для наркоманов были введены в качестве дополнительных услуг к имеющимся программам наркологического центра. Были задействованы имеющиеся ресурсы (персонал и помещения), и замещающее лечение в настоящее время является, наряду с дезинтоксикацией в условиях стационара и реабилитацией с отказом от наркотиков, основным вариантом лечения в Литве. Существующий более широкий спектр услуг и связей с другими учреждениями и организациями на уровне общины обеспечивает более благоприятные возможности для удовлетворения потребностей пациентов на различных этапах процесса лечения. С внедрением новых методик можно охватить большее число лиц, употребляющих наркотики путем инъекций, и в этой группе можно проводить деятельность по профилактике ВИЧ.

Когда наркоман обращается в лечебное учреждение, его осматривает врач. Пациенты направляются в соответствующие службы в зависимости от их мотивации и потребностей. Если пациент отвечает клиническим критериям для замещающего лечения, он направляется в комиссию по замещающему лечению, которая решает вопрос о включении пациента в эту программу. Затем пациент направляется к врачу, который отвечает за разработку плана лечения и его выполнение. План лечения включает обследование на наличие ВИЧ-инфекции, заболеваний, передаваемых половым путем, и туберкулеза, а также в случае необходимости обычные медицинские обследования и консультации врача-терапевта. В плане также предусматривается оценка, проводимая социальным работником для составления рекомендаций по социальной реабилитации. Социальные работники рекомендуют и помогают пациентам зарегистрироваться в агентстве по трудоустройству, где им могут предложить профессиональное обучение и помощь в поисках работы. Кроме того, помощь пациентам в соответствующих областях их работы оказывают Литовский центр борьбы со СПИДом, Вильнюсский муниципальный центр социального обеспечения и ряд благотворительных организаций.

Пациенты, впервые проходящие замещающее лечение, обычно начинают лечение в специализированной наркологической клинике, и после того, как физический и социальный статус пациентов стабилизируется, их можно переводить в центр первичной медико-санитарной помощи под наблюдение терапевта. Три центра первичной медико-санитарной помощи сотрудничают с Вильнюсским центром лечения наркомании в реализации программы замещения наркотиков, в то время как другие центры первичной медико-санитарной помощи предоставляют общее медицинское обслуживание по просьбе сотрудников Вильнюсского центра лечения наркомании. Центры первичной медико-санитарной помощи предлагают лицам, употребляющим наркотики путем инъекций, лечение в условиях, не ущемляющих их достоинство. Считается, что двухступенчатая программа замещающего лечения в специализированной клинике в сочетании с направлением пациентов со стабильным состоянием в неспециализированные медицинские учреждения под наблюдение терапевтов обеспечивает индивидуализированное обслуживание более высокого уровня.

Оценки программы замещающего лечения, основанные на статистике лечения, ежегодно направляются в Министерство здравоохранения. В настоящее время в Вильнюсе зарегистрировано 2 тыс. лиц, употребляющих наркотики путем инъекций, хотя, по оценкам, их число составляет от 4,5 тыс. до 5 тыс. чел. В 2001 г. 525 пациентов проходили замещающее лечение в амбулаторных условиях, а с 3600 лицами, употребляющими наркотики путем инъекций, контакт устанавливался через программы помощи населению, включая 360 постоянных пациентов, которые пользовались услугами таких программ несколько раз в месяц. Таким образом, программой замещающего лечения, а также программой обмена игл для наркоманов в Вильнюсе было охвачено примерно 50–60% предполагаемого числа лиц, употребляющих наркотики путем инъекций. Доля пациентов, прошедших полный курс лечения, составила в 2000–2001 гг. около 75%, что считается удовлетворительным показателем, при этом отсев составил 4–6% в год.

Источник: Злоупотребление наркотиками и ВИЧ/СПИД: извлеченные уроки, Сборник тематических исследований, Центральная и Восточная Европа и государства Центральной Азии (Организация Объединенных Наций, 2001 год).

ретного пациента, принятый план лечения и ожидаемые результаты. Компоненты обслуживания, предоставляемого на различных уровнях лечения, должны предусматривать скоординированный подход к лечению с интеграцией по горизонтали и по вертикали и взаимодействием служб. Для этого необходимы соответствующие механизмы направления на лечение, а также процедура сообщения о результатах в службу, направившую пациента. Разработка направлений комплексного обслуживания в области лечения наркомании рекомендуется по нескольким причинам:

люди, имеющие проблемы с наркотиками, могут иметь множество проблем со здоровьем, которые потребуют эффективной координации лечения;

вобеспечении оптимального лечения и реабилитации могут участвовать несколько служб, предоставляющих специализированные и общие услуги;

пациенту может потребоваться длительное обслуживание с последовательным направлением на лечение различных уровней.

Направления комплексного обслуживания напоминают подробную маршрутную карту, в которой показано, в какой последовательности пациенты проходят программу лечения. Важно, что в направлениях комплексного обслуживания можно также отразить, как пациенты переходили от одной лечебной службы к другой в случае необходимости длительного лечения. Например, в направлениях комплексного лечения от метадонной зависимости может быть указано, как пациенты проходили следующие этапы: принятие и воздействие дозы метадона; стабилизация/сохранение стабильного состояния; снижение/отказ от употребления; поддержка на уровне общины при последующем наблюдении. Особой чертой направлений прохождения комплексного обслуживания является отслеживание изменений. Отслеживание изменений подразумевает мониторинг отклонений от намеченного курса лечения, изучение причин таких отклонений и тем самым улучшение прохождения лечения. В этом смысле применение направлений комплексного обслуживания похоже на проведение аудиторской проверки. В качестве примера во врезке 35 приводятся упрощенные направления обслуживания по программе замещающего лечения от опиоидной зависимости на уровне общины. Этот пример приведен только в качестве модели таких направлений в целях иллюстрации.

Учет местных условий

Каким бы сложным и комплексным ни был метод лечения, он должен быть гибким и учитывать изменяющийся характер злоупотребления наркотиками как в масштабе страны, так и на уровне местной общины. Например, че-

рез незаконные каналы распространения на рынке наркотиков какой-либо страны могут появиться новые наркотические средства и может произойти рост потребления каких-либо определенных наркотиков в сочетании с другими. Может также произойти изменение в сочетании служб, которые способны должным образом отреагировать на потребление наркотиков. В качестве наглядного примера можно привести активизацию участия в последние годы систем уголовного правосудия в некоторых странах, которые нужно постепенно интегрировать в существующую систему лечения. Изменения в характере проблем наркотиков можно наблюдать на примере Таиланда (см. врезку 36).

Функционирование системы: процесс оценки пациентов

Комплексная система лечения должна иметь возможности для скрининга людей на наличие проблем, проводить соответствующую краткую оценку для определения приоритетности, а затем осуществлять комплексную и постоянную оценку обслуживания по мере предоставления одного или нескольких видов лечения и вспомогательных услуг. Ниже приводится описание этих аспектов.

Скрининг

Скрининг предусматривает применение оперативной процедуры, предназначенной для выявления лиц, имеющих расстройства здоровья. В общей медицинской практике сюда обычно входят определение фактора риска, показателя состояния и некоторых симптомов на ранней стадии. Рентабельный скрининг-тест должен быть простым, четким и обоснованным. Он также должен быть приемлемым для тех, кто проходит тестирование, и являться частью дальнейших процедур для диагностической оценки.

Скрининг не достаточен для постановки диагноза отностительно расстройств, связанных с употреблением ПАВ, но он должен привлечь внимание тех, кто занимается оценкой потребностей данного лица и включать в себя использование быстрой процедуры выявления с целью:

определить лиц, которые, вероятно, имеют расстройства здоровья, связанные с употреблением психоактивных веществ;

направить прошедшего скрининг пациента в соответствующую службу для немедленного начала лечения, если таковое необходимо, или для дальнейшей оценки с целью определения приоритетности.

Важно заметить, что у проходящего скрининг лица могут оказаться требующие срочного решения независимые от употребления наркотиков или косвенно связан-

Врезка 35

Пример направлений комплексного обслуживания по программе замещающего лечения от опиоидной зависимости на уровне общины

Этап 1: Скрининг и определение приоритетов

Этап 2: Комплексная оценка (запись на лечение)

Этап 3: При поступлении: потребляемая доза и планирование лечения

Этап 4: Стабилизация (поддержание состояния). Консультирование и вспомогательные услуги

Этап 5: Мониторинг и обзор (каждые 90 дней) (прохождение цикла через этап 4)

Этап 6: Абстиненция под наблюдением врача (в стационаре или в общине)

Этап 7: Планирование после завершения лечения (постоянный уход/профилактика рецидива)

Этап 8: Программа поддержки на уровне общины или программа реабилитации в центрах совместного проживания

Этап 9: Периодический контроль

ные с этим личные или социальные проблемы, которые требуют внимания со стороны неспециализированных служб.

При осуществлении скрининга для программы замещающего лечения происходит выявление признаков и симптомов зависимости. Например, при замещающем лечении от опиоидной зависимости процедура скрининга является решающей в обеспечении того, что лица, не имеющие толерантности к опиоидам, будут исключены из процедуры оценки для назначения замещающего лечения. Скрининг может предусматривать либо сообщение данных самим обследуемым, либо биологическое исследование, либо и то и другое.

Ожидается, что специалисты по общим вопросам здравоохранения и социального обеспечения (те, кто предоставляет специализированные ненаркологические услуги, включая врачей общего профиля, отделения помощи при

несчастных случаях и неотложной помощи, социальные службы, занимающиеся проблемами детей и семьи) должны быть способны проводить базовый скрининг на предмет выявления злоупотребления наркотиками.

Недавно был опубликован скрининг-тест на употребление алкоголя, табака или других ПАВ — первый обобщенный скрининг-вопросник для учета всех ПАВ. Пункты теста в кратком виде излагаются во врезке 37.

Определение приоритетов

Оценка с целью определения приоритетов при лечении от злоупотребления наркотиками осуществляется специализированными службами, предоставляющими лечение от наркомании. Ее целью является определение при первом контакте со службой, какой вид лечения лучше всего отвечает нуждам и предпочтениям данного лица, а также определение уровня срочности данного случая,

Врезка 36

От героина к метамфетамину: изменение характера проблем с наркотиками в Таиланде

До недавних пор в Таиланде самой серьезной проблемой, связанной с наркотиками, были опиоиды. В первой половине 90-х годов более 90% лиц, желающих пройти лечение от наркомании, употребляли опиоиды. Большинство пациентов были безработными или работниками младшего или среднего возраста, и многие из них употребляли несколько наркотических средств. Поскольку некоторые из них употребляли героин путем инъекций, большое беспокойство вызывала возможность распространения этим путем ВИЧ-инфекции. При лечении в основном использовались методы дезинтоксикации в стационарных условиях и краткосрочные программы реабилитации в крупных лечебных центрах.

С середины 90-х годов характер проблем незаконных наркотиков в Таиланде резко изменился и число наркоманов, употребляющих метамфетамин, превысило число потребителей героина. Если число случаев изъятия героина снизилось с 40 904 в 1995 г. до 6571 в 1999 г., то число случаев изъятия метамfetamina за тот же период существенно возросло — с 20 379 до 129 204. Доля поступивших на лечение наркоманов с метамfetamiновой зависимостью возросла с незначительного уровня в 0,2% от общего спроса на лечебные услуги в 1990 г. до 9% к 1996 г. и 33% в 1999 г. Характеристики наркоманов, употребляющих метамfetамин, весьма отличаются от характеристик лиц, принимающих опиоиды. Отмечена явная тенденция роста употребления метамfetamina среди молодежи, особенно студентов. В целом потребление наркотиков среди школьников старших классов и студентов колледжей удвоилось за период с 1994 по 1998 гг. (с 72 тыс. случаев до 190 тыс. случаев) и, судя по всему, вновь удвоилось в 1999 г. (463 тыс. случаев). Многие из них употребляют исключительно метамfetамин. Поскольку в Таиланде наркоманы, употребляющие метамfetамин, редко делают это путем инъекций, распространение ВИЧ-инфекции путем внутривенного употребления наркотиков не вызывает особой озабоченности. Однако сохраняется риск инфицирования при незащищенном сексе. Еще одна проблема состоит в том, что большинство наркоманов, употребляющих метамfetамин, не считают его применение серьезной угрозой для здоровья.

С целью решения возникшей проблемы со злоупотреблением метамfetamiном программа психосоциального лечения, разработанная для наркоманов, злоупотребляющих опиоидами, была адаптирована для лечения лиц, злоупотребляющих метамfetamiном. Недавно было начато применение двух основных методик лечения при проблемах с незаконными наркотиками (в основном метамfetamiном). Под руководством консультантов из Соединенных Штатов и при осуществленной ими подготовке по всей стране прошли обучение сотни профессиональных работников системы здравоохранения для участия в осуществлении программы психосоциального лечения, которая представляет собой адаптацию программы матричной модели, разработанной в Соединенных Штатах для наркоманов, употребляющих психостимуляторы.

Врезка 37

Скрининг-тест на употребление алкоголя, табака и других психоактивных веществ

1. Какие из следующих веществ вы когда-либо употребляли в своей жизни (табачная продукция, алкогольные напитки, каннабис, кокаин, стимуляторы, ингалянты, седативные/гипнотические вещества, галлюциногены, опиоиды и другие наркотические средства; только случаи немедицинского применения)? 0 — нет; 1 — да.

2. Употребляли ли вы какие-нибудь из упомянутых вами веществ в течение последних 3 месяцев? 0 — ни разу; 1 — один-два раза; 2 — раз в месяц; 3 — раз в неделю; 4 — ежедневно или почти ежедневно.

3. Как часто за последние 3 месяца вы испытывали сильное желание или позыв к употреблению (первого наркотика и т.д.)? 0 — ни разу; 1 — один-два раза; 2 — раз в месяц; 3 — раз в неделю; 4 — ежедневно или почти ежедневно.

4. Сколько раз за последние 3 месяца употребление вами (первого наркотика и т.д.) приводило к медицинским, социальным, правовым или финансовым проблемам? 0 — ни разу; 1 — один-два раза; 2 — раз в месяц; 3 — раз в неделю; 4 — ежедневно или почти ежедневно.

5. Случалось ли в течение последних 3 месяцев, что вы не могли сделать то, что обычно от вас ожидается, из-за употребления (первого наркотика, второго наркотика и т.д.)? 0 — ни разу; 1 — один-два раза; 2 — раз в месяц; 3 — раз в неделю; 4 — ежедневно или почти ежедневно.

6. Выражал ли кто-нибудь из ваших друзей, родственников или кто-либо еще обеспокоенность тем, что вы употребляете (первый наркотик и т.д.)? 0 — нет, ни разу; 2 — да, за последние 3 месяца; 1 — да, но не за последние 3 месяца.

7. Пытались ли вы когда-нибудь контролировать, сократить или прекратить употребление (первого наркотика и т.д.)? 0 — нет, никогда; 2 — да, за последние 3 месяца; 1 — да, но не за последние 3 месяца.

8. Употребляли ли вы когда-нибудь какое-либо наркотическое вещество путем инъекций (только не в медицинских целях)? 0 — нет, никогда; 2 — да, за последние 3 месяца; 1 — да, но не за последние 3 месяца.

что связано с принятием необходимых мер. Этот процесс включает диагноз характера и серьезности проблемы, его краткое изложение дано во врезке 38.

Комплексная оценка

Третий вид оценки можно обозначить как комплексную оценку злоупотребления психоактивными веществами. Оценка проводится специально обученными специалистами наркотической службы и подходит для тех лиц, которые имеют проблемы в нескольких областях и комплексные потребности которых, по всей видимости, требуют более структурированного и интенсивного лечебного вмешательства. Комплексная оценка обычно проводится в шести основных областях, которые обеспечивают описание личностного и социального функционирования клиента:

- состояние здоровья;
- наличие работы и средств к существованию;
- употребление наркотиков и алкоголя и связанные с этим проблемы;
- правовой статус и участие в правонарушениях;
- семейные и социальные связи;
- психическое состояние.

Первоначальной целью оценки являются осуществление функционального анализа и определение оптимальных мер. Сюда входит подробный анализ фактов биографии, условий, ожиданий и последствий употребления данным лицом наркотических средств. Поскольку многие люди являются закоренелыми и проблемными потребителями нескольких наркотиков, в оценку должна входить характеристика последствий употребления ряда наркотиков. Оценка способов употребления наркотиков также имеет важное клиническое значение, поскольку употребление наркотиков путем инъекций может привести к специфическим медицинским проблемам, включая вирусный гепатит, ВИЧ-инфицирование, сепсис, подкожные абсцессы и эндокардит.

Помимо оценки последствий употребления наркотиков возникла необходимость оценки употребления определенных наркотиков и рискованного сексуального поведения (например, совместного использования инъекционных принадлежностей и незащищенного секса), что связано с угрозой ВИЧ-инфицирования и распространения других заболеваний, передающихся половым путем. Важная задача при проведении оценки — выявление барьеров для изменения поведения и поддержания изменений. Сюда могут входить психологические проблемы (например, тревога, негативные настроения и сопутствующие психические заболевания), социальные проблемы и проблемы отношений с другими людьми (например, проживание с сексуальным партнером, употребляющим наркотики или являющимся наркоманом), а также проблемы окружения (например, физический доступ к наркотикам).

Было разработано несколько инструментов проведения комплексной оценки. Одним из наиболее широко используемых является показатель степени тяжести наркомании и его краткий вариант — показатель степени тяжести наркомании Lite, оценивающий масштаб проблем пациентов в семи областях:

- состояние здоровья;
- работа и средства к существованию;
- употребление наркотиков;
- употребление алкоголя;
- правовой статус;
- семейное/социальное положение;
- психическое состояние.

Проводящий опрос подготовленный сотрудник может собрать целый ряд полезной информации об областях потребностей клиента. Еще один пример весьма подробно, многоаспектного инструмента оценки, разработанного в Чикаго, известен как глобальная оценка индивидуальных потребностей. В этом инструменте сочетаются оценки медицинских и социальных проблем, проведение

Врезка 38

Простая структура процесса оценки



1. Критерии приемлемости для дезинтоксикации на базе общины

Пациент должен отвечать критериям: а—d и либо е, либо f:

- а) в течение последних 6 месяцев соответствовал критерию наркозависимости (с физиологической зависимостью), в настоящее время подтверждено объективно проверенное употребление наркотиков;
- б) пациент в настоящее время толерантен к одному или более классам таких психоактивных веществ, резкое прекращение употребления которых может привести к появлению симптомов абстиненции;
- с) пациент предпочитает пройти программу дезинтоксикации на базе общины или желает получить именно этот тип лечения;
- д) существует обоснованное предположение, что пациент сможет выполнять требования программы дезинтоксикации на базе общины и завершить лечение по ней;
- е) симптомы абстиненции, наступающие после прекращения употребления основного наркотика (наркотиков), скорее всего будут сравнительно легкими;
- ф) условия жизни пациента характеризуются приемлемым уровнем семейной и/или социальной поддержки.

2. Критерии приемлемости для дезинтоксикации в стационарных условиях

Пациент должен отвечать критериям а—d и либо е, либо f:

- а) в течение последних 6 месяцев соответствовал критериям наркозависимости (с физиологической зависимостью), в настоящее время подтверждено объективно проверенное употребление наркотиков;
- б) пациент в настоящее время толерантен к одному или более классам таких психоактивных веществ, резкое прекращение употребления которых приведет к появлению симптомов абстиненции;
- с) пациент выражает явное стремление отказаться от употребления психоактивных веществ по программе лечения в стационаре или желает получить именно этот вид лечения;
- д) предыдущее лечение или опыт дезинтоксикации и/или вовлечение пациента в употребление наркотиков либо личные ресурсы дают основание полагать, что он/она скорее всего не завершит программу дезинтоксикации на базе общины;
- е) после прекращения употребления основного наркотика (наркотиков) могут появиться симптомы абстиненции тяжелого и/или сложного характера;
- ф) в социальном окружении пациента есть один или несколько человек (например, партнер или друзья/знакомые), которые в настоящее время употребляют наркотики и которые скорее всего будут препятствовать его/ее намерению или способности участвовать в программе стационарного лечения, что представляет непосредственный риск рецидива.

Критерии приемлемости для консультирования на базе общины (при отказе от наркотиков)

Пациент должен отвечать критериям а—d:

- а) пациент отвечает диагностическим критериям наркотической зависимости или злоупотребления за последние 6 месяцев;
- б) пациент предпочитает лечение по программе консультирования на базе общины или соглашается с оценкой для направления на этот вид лечения;
- с) пациент имеет достаточную мотивацию для изменения своего поведения с целью снижения вредных последствий (более безопасное употребление наркотиков) или воздержания от употребления основного проблемного наркотика (наркотиков) (в соответствии с требуемой ориентацией/методикой программы консультирования);
- д) есть достаточные основания полагать, что пациент сможет посещать лечебные процедуры и соблюдать правила и нормы программы консультирования;
- е) имеется достаточный уровень поддержки со стороны семьи, родственников или друзей, которые не представляют собой существенно-го риска в плане устойчивого употребления наркотиков или рецидива дальнейшего злоупотребления наркотиками, что помешало бы посещению этой программы.

Критерии приемлемости для назначения замещающего лечения

Пациент должен отвечать критериям а—с и либо d, либо e:

- а) в течение последних 6 месяцев соответствовал диагностическим критериям зависимости (с физиологической зависимостью) от наркотиков опиоидного или амфетаминового класса;
- б) пациент предпочитает назначение замещающего лечения или соглашается с оценкой для направления в программу стабилизации/поддержания состояния на базе общины;
- с) пациент в настоящее время толерантен к опиоидам и амфетаминам (что подтверждено объективной проверкой), и резкое прекращение их употребления приведет к появлению характерных симптомов абстиненции;
- д) есть достаточные основания полагать, что пациент сможет посещать лечебные процедуры и соблюдать правила и нормы программы назначения замещающего лечения;
- е) в силу характера наркозависимости пациента он/она не может сразу принять обязательство воздерживаться от наркотиков, и требуются период стабилизации/поддержания состояния и мониторинг, основанный на соответствующем замещении и другой дополнительной фармакотерапии, прежде чем будет предпринята дальнейшая оценка целей лечения.

Критерии приемлемости для реабилитации в центрах совместного проживания (отказ от наркотиков)

Пациент должен отвечать критериям а—е и либо f, либо g:

- а) в течение последних 6 месяцев пациент соответствовал диагностическим критериям наркозависимости;
- б) пациент выражает желание продолжать воздерживаться от употреблявшихся ранее наркотиков, от которых он был зависим, и предпочитает участвовать в программе реабилитации в центрах совместного проживания или соглашается пройти этот вид лечения;
- с) пациент завершил курс дезинтоксикации и не испытывает заметного дискомфорта, связанного с абстиненцией;
- д) у пациента скорее всего будут существенные проблемы с поддержанием состояния абстиненции из-за высокой степени наркотической зависимости;
- е) пациент нуждается в программе психосоциального консультирования и реабилитации, которую лучше всего осуществлять в условиях круглосуточного пребывания в центрах совместного проживания;
- ф) условия проживания пациента характеризуются социальными проблемами, включая проблемы с местом проживания или неустроенностью, что угрожает рецидивом;
- г) в социальном окружении пациента есть один или несколько человек (например, партнер; друзья/знакомые), которые употребляют наркотики и которые скорее всего будут препятствовать его/ее намерению или способности продолжать воздерживаться от употребления наркотиков.

взвешенных исследований и оценки поведения, с помощью которых регистрируются текущие и последующие проблемы для целей мониторинга результатов и применения оценок (www.chestnut.prg).

Характеристики и критерии приемлемости

Чтобы быть принятым на лечение по структурированной программе, пациент должен соответствовать критериям приемлемости. Пример критериев приемлемости, которые можно считать частью процесса назначения пациенту лечения, представлен во врезке 39. Он приводится исключительно в качестве иллюстрации и не должен использоваться для управления лечением пациента без необходимой адаптации к конкретной системе лечения.

План лечения

Все структурированные виды лечения следует предоставлять каждому пациенту в соответствии с составленным в письменном виде индивидуальным планом лечения. Это должен быть совместный процесс, включающий оценку, проводимую вместе с пациентом, а не его оценку только другими людьми. Следует учитывать взгляды и мотивацию пациентов, их личностные характеристики, социальную поддержку и проблемы. Документ о плане лечения должен:

содержать описание клиентов и их личной, социальной, экономической и правовой ситуации;

отражать понимание и информированность о культурном уровне, этнической принадлежности и религиоз-

ных убеждениях пациентов, а также учитывать их пол и сексуальные пристрастия;

содержать описание текущих проблем пациентов (известных на момент поступления);

указывать разрешенный объем передаваемой информации (какая информация будет запрашиваться и/или передаваться другим специалистам/учреждениям и при каких условиях);

содержать описание конкретных планируемых мер вмешательства;

содержать изложение целей лечения и показатели прогресса, который может быть достигнут;

содержать описание способов пересмотра плана обслуживания с течением времени.

При составлении индивидуального плана необходимо рассмотреть вопрос о порядке перехода пациента от одного этапа к другому как в рамках одного вида лечения, так и между различными видами. Первый случай относится к скринингу, оценке, приему на лечение, а также планированию программы и выписке. Второй случай относится к возможностям предоставления пациенту обслуживания двумя или более службами одновременно.

Концепция плана обслуживания отражает тот факт, что многие люди постоянно нуждаются в уходе, даже после завершения лечения. В ней также признается, что отдельные люди могут присоединиться к системе лечения на различных этапах и со временем пройти курс лечения в рамках системы. Такой переход может происходить как во

Врезка 40

Пример увязки различных видов лечения отдельного пациента

Первоначально требуемое лечение	Затем возможно применение дополнительных видов лечения (направление обслуживания)
Дезинтоксикация на базе общины	Последующее наблюдение/поддержка Консультирование на базе общины при отказе от наркотиков Последующее наблюдение/поддержка Реабилитация в центрах совместного проживания Последующее наблюдение/поддержка Реабилитация в центрах совместного проживания Консультирование на базе общины при отказе от наркотиков Последующее наблюдение/поддержка
Дезинтоксикация в стационарных условиях	Последующее наблюдение/поддержка Консультирование на базе общины при отказе от наркотиков Последующее наблюдение/поддержка Реабилитация в центрах совместного проживания Консультирование на базе общины при отказе от наркотиков Последующее наблюдение/поддержка
Консультирование на базе общины (при отказе от наркотиков)	Последующее наблюдение/поддержка Реабилитация в центрах совместного проживания Последующее наблюдение/поддержка
Назначение лечения на базе общины	Дезинтоксикация на базе общины Последующее наблюдение/поддержка Дезинтоксикация на базе общины Консультирование на базе общины при отказе от наркотиков Последующее наблюдение/поддержка Дезинтоксикация на базе общины Реабилитация в центрах совместного проживания Последующее наблюдение/поддержка Дезинтоксикация в стационарных условиях Консультирование на базе общины при отказе от наркотиков Последующее наблюдение/поддержка
Реабилитация в центрах совместного проживания	Последующее наблюдение/поддержка Консультирование на базе общины при отказе от наркотиков Последующее наблюдение/поддержка

время данного периода обслуживания, так и в последующие периоды. Например, лицо, завершившее программу дезинтоксикации в стационарных условиях, может воспользоваться услугами краткосрочной или долгосрочной реабилитации в центрах совместного проживания, с тем чтобы поддержать и закрепить непосредственные результаты, достигнутые в рамках стационарной программы. Впоследствии может быть применена программа на базе общины. Рецидив употребления наркотиков может привести к стремлению воспользоваться так называемыми общедоступными службами. Поэтому особое межучрежденческое направление может включать перемещение в рамках системы лечения по мере того, как состояние пациента со временем улучшается (или наступает рецидив). Пример того, как различные виды лечения могут быть увязаны при лечении отдельного пациента, показан в иллюстративных целях во врезке 40.

Координация обслуживания

Координация обслуживания — это процесс оценки, планирования лечения и ведения пациента, который проходит лечение. Этот процесс аналогичен ведению истории болезни, но основан на более широкой концепции, которая может включать участие в лечении не одного, а нескольких учреждений. Функция координации обслуживания играет решающую роль в комплексной эффективной программе лечения. Обязанностями координатора обслуживания являются:

- разработка, осуществление и пересмотр документально оформленных планов обслуживания на основе постоянной оценки (включая оценку риска);

- обеспечение учета в плане обслуживания этнической принадлежности, пола и сексуальных предпочтений;

- доведение до сведения других специалистов, которые также участвуют в реализации плана лечения, всех известных изменений в относящихся к пациенту обстоятельствах, которые могут потребовать пересмотра или изменения мероприятий по обслуживанию;

- осуществление раннего контроля за выписанным пациентом (если это осуществимо);

- повторное привлечение в систему лечения лиц, бросивших лечение.

Уровень или интенсивность необходимой координации обслуживания будут отражать характер текущих проблем пациента. Меры по “стандартной координации обслуживания” должны предусматриваться для пациентов, которые:

- нуждаются в лечении по одной методике;
- находятся в относительно стабильном состоянии;
- не представляют опасность для себя и для окружающих.

В то же время модель “многосторонней координации обслуживания” с более высокой степенью поддержки и интенсивностью обслуживания была бы более подходящей для пациентов, которые:

- имеют многочисленные сложные потребности в лечении, которые не может полностью удовлетворить одно учреждение, предоставляющее лечебные услуги;

- имеют многочисленные потребности, но хотят иметь дело только с одним учреждением;

- обращались в ряд учреждений, куда они были направлены;

- имеют серьезные сопутствующие заболевания;

- могут причинить вред себе и окружающим.

Когда пациент переводится из одной программы лечения в другую (например, из программы лечения в центре совместного проживания в программу консультирования на базе общины), повседневная координация обслуживания передается в новую службу, с тем чтобы эту обязанность выполнял сотрудник в принимающей службе. Однако общую координацию обслуживания пациента в соответствии с его текущими потребностями может по-прежнему осуществлять то учреждение, которое занималось этим вначале и, что особенно важно, в тех случаях, когда пациент возвращается домой после лечения в другой местности и ему может потребоваться последующее наблюдение.

Список литературы

American Society of Addiction Medicine, Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-related Disorders. — Chevy Chase, Maryland, 1996.

<http://www.asam.org>

Ashery R.S. Progress and Issues in Case Management// NIDA Research Monograph. — 1992. — №127. — Rockville, Maryland, NIDA, 1992.

Centre for Substance Abuse Treatment, Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment, Treatment Improvement Protocol Series 27. — Rockville, Maryland, United States Department of Health and Human Services, 1998.

Crowe A.H., Reeves R. Treatment for Alcohol and Other Drug Abuse: Opportunities for Coordination, Technical Assistance Publication Series 11. — Rockville, Maryland, United States Department of Health and Human Services, 1994.

<http://www.treatment.org>

United Kingdom Department of Health. Models of care for substance misuse treatment. Promoting quality, efficiency and effectiveness of treatment services. — London, 2002.

<http://www.doh.gov.uk>

Graham K., Timney C.B. Case management in addictions treatment// Journal of Substance Abuse Treatment. — 1990. — Vol. 7. — P. 181–188.