

Стаття №2 по наркозалежності.

УДК 616.89-008-085 (07)

Важливі підходи до налагодження комунікацій між лікарем і пацієнтом з залежністю від психоактивних речовин.

Матвієць Л.Г.

В цій статті наводяться інформація про розлади поведінки, зумовлених порушенням психічних процесів, які забезпечують життєдіяльність людини, внаслідок вживання психоактивних речовин. Аналізуючи підходи, урахування яких буде сприяти налагодженню комунікації між лікарем і пацієнтом з залежністю від психоактивних речовин. Розглядаються форми спілкування, необхідні для ефективного надання інтегрованої медико-психологічної допомоги людям з залежністю від психоактивних речовин в практиці лікаря загальної практики-сімейного лікаря.

***Ключові слова:** залежність, наркозалежність, ефекти від вживання психоактивних речовин, сімейний лікар, розлади поведінки, короткострокове втручання, відторгнення.*

Important approaches to establishing communication between the doctor and the patient with addiction to psychoactive substances .

L.G.Matviyets

This article provides information on behavioral disorders and mental disorders that ensure human activity, due to the use of psychoactive substances. The approaches are analyzed, the accounting of which will facilitate the establishment of communication between the doctor and the patient with dependence on psychoactive substances. The forms of communication necessary for the effective provision of integrated medical and psychological assistance to people with addiction to psychoactive substances in the practice of a general practitioner-family doctor are considered.

***Keywords:** addiction, drug addiction, effects of psychoactive substance use, family doctor, behavioral disorders, short-term intervention, rejection.*

Важные подходы к налаживанию коммуникаций между врачом и пациентом с зависимостью от психоактивных веществ.

Л.Г.Матвиец

В этой статье изложено:

- 1) информация о расстройствах поведения и нарушении психических процессов, обеспечивающих жизнедеятельность человека, обусловленных употреблением психоактивных веществ;
- 2) подходы, учет которых будет способствовать налаживанию коммуникации между врачом и пациентом с зависимостью от психоактивных веществ;
- 3) формы общения, необходимые для эффективного предоставления интегрированной медико-психологической помощи людям с зависимостью от психоактивных веществ в практике врача общей практики семейного врача.

Ключевые слова: зависимость, наркозависимость, эффекты от употребления психоактивных веществ, семейный врач, расстройства поведения, краткосрочное вмешательство, отторжение.

Пацієнти з групи ризику чи хворі на залежність від психоактивних речовин (ПАР) потребують більше уваги щодо профілактики вживання наркотичних засобів, превенції до зловживання та формування залежності, а також для запобігання нестриманості, яка може привести до рецидиву неконтрольованого вживання ПАР при наданні медичних послуг підтримуючої терапії агоністами опіоїдів (ПТАО).

- **Нестриманість** – це коротке, часто одноразове повернення до вживання ПАР.
- **Рецидив** – це цілковите повернення до неконтрольованого вживання ПАР у тому режимі, як і до того, коли людина вирішила припинити таке вживання.

У наркологічної служби відсутні необхідні ресурси для надання інтегрованої медичної допомоги і медичного контролю за перебігом різних захворювань у групи пацієнтів з наркозалежністю. Найбільше таких можливостей і існуючих повноважень для виконання вище вказаних завдань має лікар загальної практики-сімейний лікар (ЛЗПСЛ) [2].

Оскільки в роботі з цими пацієнтами є проблема спілкування і побудови комплаєнсу, для виконання існуючих функціональних повноважень ЛЗПСЛ є важливим освоєння навичок комунікацій між лікарем і пацієнтом з залежностями, зокрема ПАР.

Саме тому ЛЗПСЛ повинен володіти навичками професійного короткочасного втручання чи довготривалої психологічної підтримки, побудованих на принципах мотиваційного типу консультування, і застосовувати їх своєчасно, і саме головне – побудувати довірливі стосунки з пацієнтом будь якого віку.

Ефективне довготривале надання інтегрованої медичної допомоги пацієнтам при хронічному захворюванні, а саме, залежності від вживання ПАР, можливе при мультидисциплінарному командному підході за участі ЛЗПСЛ, психолога та соціального фахівця.

Лікар не повинен займатися постійною психологічною підтримкою, але є ряд ситуацій, де лікар повинен володіти мотиваційним типом комунікації.

Найбільш небезпечним періодом для *експериментів з ПАР* є вік 12-17 років, коли 81% осіб пробувають ПАР. Цей віковий період є найбільш складним періодом і для спілкування та формування довіри до оточуючих, коли особа намагається демонструвати свої соціальні вміння, зокрема через *вибір* - як задовольнити один із базових інстинктів, а саме, отримати задоволення, що, на жаль, в цієї категорії населення часто досягається в потенційно проблематичний спосіб саме через вживання ПАР.

Порушуються *когнітивні* та *мотиваційні* функції шляхом компенсаторного зниження деяких функцій мозку, нейрохімічно підтримуючи стан підвищеного стресу[1].

Якщо мотивація – це стійкий стан, що призводить до організованої діяльності пов'язаний з емоціями, що є «чуттєвими» станами, які супроводжуються фізіологічними емоційними реакціями, і формують

поведінку, то відповідно вплив на таких пацієнтів може будуватися через мотиваційний тип комунікації.

Краще ніж сказав **Йоганн Вольфганг фон Гёте** про мотиваційний тип комунікації, не висловитись: « Если обращаться с человеком так, как он этого заслуживает, он останется таким, какой он есть, но если обращаться с ним как с человеком, каким он должен и **может** быть, он станет таким человеком» [5].

Комунікаційний центр людини знаходиться в **головному мозку** і складається з великої кількості нейронів, що утворюють асоціативні зв'язки. **Комунікація** відбувається через **нейромедіатори**. Нейромедіатор і його рецептор діють як ключ з замком. Мозок людини з'єднано так, щоб **забезпечити повторення діяльності**, спрямованої на підтримку життєдіяльності організму, пов'язуючи ці види діяльності із **задоволенням** або **нагородою**.

Разом з тим, надмірне стимулювання ланцюжка нагороди, який заохочує нашу природну поведінку (їжа, пиття, секс), спричиняє ейфоричні ефекти, повторення котрих прагнуть люди, які вживають ПАР, а це стимулює їх повторювати таку поведінку.

Ніхто й Ніколи не планує ставати **ЗАЛЕЖНИМ**. [3]

РОЗЛАДИ ПОВЕДІНКИ ПРИ ВЖИВАННІ ПАР

Розлади поведінки при вживанні ПАР не є недоліком характеру, розладом особистості або моральним падінням, як зазвичай сприймає суспільство, в тому числі і частина медичної спільноти.

Розлади поведінки при вживанні ПАР - це **хронічна хвороба мозку з рецидивами**, яка характеризується патологічним потягом до пошуку і вживання наркотиків попри шкідливі наслідки (причини вживання різні, одна з них душевний біль).

В патогенетичному аспекті прогресування захворювання розглядається від його **витоків** (експерименти з ПАР) через **критичний**

розвиток (зловживання ПАР) до **очікуваних результатів** (формування залежності від ПАР).

Без належного лікування більшість хронічних захворювань прогресують за загальною передбачуваною схемою розвитку симптомів і біологічних змін. Це справедливо і для розладів, пов'язаних з вживання ПАР. Хронічна хвороба тривала. Її не можливо вилікувати в більшості випадків, але можна **контролювати перебіг**.

Глобальна проблема – це ризикована поведінка в двох основних референтних підгрупах:

I - підгрупа людей, які вживають наркотичні засоби

II – підгрупа людей, які потребують лікування, медико-соціальної допомоги та реабілітації.

Відповідно і різні завдання щодо організації надання їм медико-психологічної допомоги.

В I групі – профілактика і превенція щодо вживання і зловживання ПАР.

В II групі – надання інтегрованих медико-психо-соціальних послуг пацієнтам з залежністю до ПАР та превенція рецидиву до неконтрольованого вживання «вуличних» наркотиків.

Глобальні наслідки:

- Підвищення рівня захворюваності на ВІЛ, гепатити, туберкульоз.
- Втрата продуктивності (працездатного населення.)
- Травмування та смертність через ДТП та інші нещасні випадки (в стані наркотичного сп'яніння) та насильство, що на сьогодні є наростаючою загрозою для суспільства.
- Смертність внаслідок передозування.
- Самогубство.

ЗАГАЛЬНІ ЕФЕКТИ ВІД ВЖИВАННЯ ПАР

Основна характеристика ПАР полягає в тому, що вони змінюють настрій, думки, судження, чуттєве сприйняття й поведінку людини.

Зміни психоемоційного стану від вживання ПАР:

- Підвищена тривожність.
- Підвищена розслабленість.
- Пригніченість більша або менша, ніж зазвичай.
- Дратівливість або гнів.
- Підвищена товариськість.
- Відчуття «щастя».
- Посилення або зниження сексуального потягу.
- Страх.

Зміни, що відбуваються у мисленні й судженнях унаслідок вживання ПАР:

- Плутання думок.
- Нездатність планувати або приймати рішення.
- Спотворене сприйняття.
- Підвищена ясність думок.
- Параноїдальні думки.
- Нездатність тверезо мислити.

Зміни, що спостерігаються у чуттєвому сприйнятті внаслідок вживання ПАР:

- Спотворене сприйняття.
- Зміни в сприйнятті температури.
- Зміни в сприйнятті болю.

Зміни поведінки, які проявляються внаслідок вживання ПАР:

- Знижена або підвищена активність.
- Підвищена схильність до ризику, небезпечні дії.
- Невідповідність поведінки особистим цінностям.
- Агресія або насильство.
- Пасивність.
- Підвищена або знижена сексуальна активність.

Узагальнюючи, можна зазначити, що ПАР дають різні ефекти – і позитивні (за оцінкою пацієнта) і негативні. Ці ефекти залежать від типу вживаної речовини.

Важливим питанням для таких хронічних пацієнтів є **комунікація з суспільством**.

Ставлення у суспільства до пацієнтів, людей, хворих на наркозалежність:

- це суттєве соціальне **несхвалення** особистих характеристик або переконань, які суперечать культурним нормам;
- це часто призводить до **втрати статусу** наркозалежних пацієнтів, **дискримінації** та усунення **його** від значущої участі в житті суспільства;
- може перешкоджати ефективному **лікуванню** через те, що людина, яка відчуває на собі клеймо споживача ПАР, може соромитись й не лікуватись з цієї причини; таким пацієнтам дуже потрібна соціальна підтримка для реабілітації, яка не може бути адекватною в громаді, котра вважає розлади від вживання ПАР причиною для відторгнення. Процес відторгнення наркозалежних пацієнтів проявляється поведінкою членів громади, що найяскравіше відображається в мові.

Мова відторгнення звучить у наступних термінах, хоча вони мають відображення навіть в законодавчих актах:

- споживач

- особа, яка зловживає
- споживач ін'єкційних наркотиків (СІН)
- наркозалежний
- наркоман
- чистий – коли слово використовується для опису когось, хто перебуває на етапі реабілітації, і це означає, що особа колись була **брудною**, тобто вживала «вуличні» наркотики; також при опису тесту на додаткове вживання ПАР (при ПТАО), коли у пацієнта трапляється нестриманість до вживання «вуличних» наркотиків
- брудний – викликає асоціацію з гидотною того, що є симптомом захворювання (вживання наркотиків).

Мова, у якій відсутнє відторгнення:

«Просто Людина – яку треба поставити на перше місце»

- *людина* з розладом внаслідок вживання ПАР
- *людина*, яка вживає ін'єкційні наркотики
- *людина*, хвора на розлад, пов'язаний з вживанням ПАР.

Чому це важливо?

Тому, що наслідки відторгнення можуть призвести:

- до таких самонавіяних прогнозів, у межах яких ті, хто страждає від наркотичної залежності, не зможуть вийти на етап реабілітації або ніколи не посміють собі дозволити грати в суспільстві *позитивні й продуктивні* соціальні ролі;
- до дискримінації (роботодавці не бажають приймати осіб, які знаходяться в процесі реабілітації);
- може викликати у осіб, які страждають від наркотичної залежності, почуття безнадійності і марності звертання по допомогу.

Уцьому ракурсі важливо звернути увагу на терміни «клієнт» чи «пацієнт», які тільки описують *поточний статус* людини в процесі

лікування, а не її **індивідуальність** (зараз доречно згадати слова Гёте, сказані про Людину вище в тексті). І це відкриває ще один важливий аспект труднощів лікаря в наданні допомоги, а саме, консультанти, які працюють з людьми з наркотичною залежністю, не захищені від упередженості: чесне оцінювання *власного ставлення й почуттів* може допомогти вам ефективніше працювати зі своїми пацієнтами.

Велику роль в налагодженні комунікації з пацієнтом, залежним від ПАР відіграє первинний прийом, з урахування особливостей:

- Основне завдання - це формування взаємовідносин довіри і поява у пацієнта інтересу (навіть не мотивації) до продовження контакту.
- Не є основним завданням збір інформації, оскільки пацієнту з групи ризику вживання ПАР важливо відчувати безпеку у спілкуванні з лікарем.
- Не більше однієї години, а щодо можливостей саме ЛЗПСЛ – то існує обмеження до 15 хв.
- Наступна зустріч повинна бути запланована у найближчий, зручний для обох сторін час, бажано наступного дня по можливості.
- Має проводитись у безпечній і комфортній обстановці, в якій пацієнт буде почувати себе комфортно і впевнено, обговорюючи свої проблеми або питання.

Скринінг щодо ризику вживання ПАР – це короткочасна процедура, яка використовується для того, щоб:

- визначити ймовірність *наявності* проблеми,
- підтвердити наявність причини *для занепокоєння*,
- визначити необхідність у *подальшій оцінці* стану пацієнта. [7]

Важливо враховувати рекомендації по проведенню скринінгу у людей групи ризику щодо вживання ПАР.

Для підвищення ступеня достовірності та точності інформації, що повідомляється клієнтом, необхідно:

- проводячи скринінг, застосовувати підхід, що виключає *засудження, конфронтацію* в спілкуванні з клієнтом, і будується на *шановливому ставленні*;
- не застосовувати лексику або ярлики, що *стигматизують*;
- включати питання скринінгу в *процедуру загальної оцінки* здоров'я пацієнта [8].

Короткострокове втручання націлене на *підвищення* у людини рівня *розуміння і обізнаності* про вживання ПАР і *на зміну поведінки*.

Може бути здійснене за допомогою однієї або декількох сесій мотиваційних втручань як лікарем так і іншим консультантом по залежності.

Цілі скринінгу і коротких інтервенцій

1. Підвищити ймовірність *ранньої ідентифікації* проблеми як для лікаря так і для пацієнта.
2. Почати *терапевтичну активність* якомога швидше, а це може статися тільки якщо пацієнт побачить проблему.
3. *Профілакувати* важкі розлади і ускладнення, що можливо тільки тоді, коли пацієнт усвідомлює вірогідність і умови їх виникнення.

Алгоритм короткострокового втручання

ставить три основних завдання:

1. Налагодити зворотній зв'язок: сформувати стосунки і їх межі, інформувати про результати скринінгу за правилом «Отримай – Запропонуй – Отримай» ;
2. Спробувати зрозуміти: втручання дає змогу побачити плюси і мінуси стану чи процесу, який потребує змін, виявляє важливість змін для пацієнта і підвищує його готовність до змін;
3. Опції тобто дії: розкриває для пацієнта його можливості для подальших дій і формує підстави для продовження контакту.

Якщо лікар опікується щоб короткострокове втручання було ефективним, то важливо невідкладати комунікацію, тобто раннє залучення пацієнта до мотиваційного спілкування підвищує ефективність заходів, направлених на зниження шкоди його для здоров'я. У разі, коли пацієнт був направлений іншим медичним працівником, заручитися підтримкою цього фахівця, оскільки пацієнт можливо розглядає медичного працівника, як людину, яка заслуговує на довіру.

У разі звернення клієнта з власної ініціативи, важливо завоювати його довіру [9].

КРОКИ КОРОТКОЇ ІНТЕРВЕНЦІЇ

Крок 1. Почати розмову

- **Побудувати контакт:** *Дякую, що поділилися зі мною тим, що Вас привело сюди сьогодні....*
- **Спитати дозволу:** *Ви не проти, якщо ми витратимо кілька хвилин, щоб переглянути скринінг вживання алкоголю та наркотиків, який Ви заповнили, коли прийшли сюди? Я знаю, що розмова про алкоголь і наркотики може бути незручною, і я запевняю вас, що це звичайна частина того, що ми робимо тут з усіма.*
- **Обговорити межі конфіденційності:** *Я хочу підкреслити, що все, про що ми говоримо тут, є конфіденційним, якщо це не створює загрози для Вас або для інших.*
- **Якщо пацієнт надає дозвіл, перейдіть до кроку 2:** *Добре, дякую, давайте переглянемо ваші результати ...*

Крок 2. Зворотній зв'язок

- **Надати оцінку ризику:** *за результатами скринінгу Ви отримали ____ (якусь кількість) балів за ____ (вживання алкоголю або наркотиків). Чи не могли б Ви мені розповісти трохи більше про Ваше вживання?*
- **Порівняти результати з національними стандартами:** *Відповідно до національних рекомендацій щодо ризику, цей показник відповідає _____ (низький, помірний, високий) ризику. Це означає що ваше*

Питання «**Чому Ви оцінили це (готовність або впевненість) саме так, а не нижче**» допомагає пацієнту реально підійти до оцінки як власних бажань та власних можливостей, оскільки на це питання пацієнт перераховує аргументи, які базуються на його власних, усвідомлених ним, переконаннях і ресурсах, і які, можливо, до початку короткої інтервенції не виникали в мисленні цієї людини .

Крок 3. Підвищити мотивацію

- **Узагальнення відповідей пацієнта:** *Тобто, я чую, що... Чи правильно це?*
- **Баланс рішень:** *Чи можете Ви сказати мені, що вам подобається у вживанні? Тепер, що є не таким добрим у вживанні? Яка ціна вживання? Наприклад, чи має ваше вживання будь-який вплив на вашу сім'ю, соціальне життя чи інше? ·*
- **Підведіть підсумок сказаного:** *Отже.... Є ще щось інше? ·*
- **Інтеграція з вірою [якщо застосовується]:** *чи віра чи духовність грають якусь роль у цьому? ·*

Крок 4. Обговорення плану

- **Підсумуйте обговорення:** *Щоб підсумувати нашу дискусію ... Чи хотіли б ви щось додати? ·*
- **Обговоріть план змін:** *які кроки можна зробити, щоб почати зменшувати вживання?*
- **Інтеграція з вірою [якщо застосовується]:** *як ваша віра чи духовність можуть відігравати роль у цьому? Чи може це бути джерелом підтримки для вас під час змін? ·*
- **Пропозиції та ресурси:** *Я маю деякі додаткові ресурси, які можуть бути корисними. Хочете побачити їх? ·*
- **Направлення на лікування (якщо можливо):** *я також можу направити вас туди, де можуть допомогти вам (проблема клієнта / пацієнта). ·*
- **Запланувати наступну зустріч (якщо це можливо):** *чи було б добре, якщо ми запланували наступну зустріч, щоб продовжити те, що ми обговорювали сьогодні? ·*

В наступному номері дізнаємось як перевірити рівень ефективності короткострокового втручання та продовжимо вивчати навички надання медичних послуг пацієнтам з залежністю від ПАР в практиці лікаря загальної практики-сімейного лікаря.

Література.

1. Матвієць Л.Г. Сучасні підходи до надання інтегрованої медичної допомоги на первинній ланці особам з групи ризику щодо залежності від психоактивних речовин. Сімейна медицина. - 2019.- №5-6. – С.9-12.
2. Наказ МОЗ № 200 “Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю” зі змінами, внесеними згідно з *Наказами Міністерства охорони здоров'я* [№ 238 від 27.03.2013](#), [№ 863 від 17.12.2015](#).
3. План Коломбо – консультативна програма щодо проблем, пов'язаних з наркотиками (DAP). 2017.США .
4. 11. Koob GF. Neurocircuitry of alcohol addiction: synthesis from animal models. In: Sullivan EV, Pfefferbaum A (eds) Alcohol and the Nervous System (series title: Handbook of Clinical Neurology, vol. 125). Elsevier, Amsterdam, 2014, pp. 33-54.
5. William R. Miller, PhD; and Stephen Rollnick, PhD. MOTIVATIONAL INTERVIEWING, Third Edition: Helping People Change
Copyright © 2013 The Guilford Press A Division of Guilford Publications, Inc.
6. Pragmatics of Motivational Interviewing: A Practical Guidebook
Igor Koutsenok, MD. 2014
7. SAMHSA (1999). Протокол щодо поліпшення якості лікування (TIP) Серія N. 31 Лікувальний центр наркотичної залежності (США). Rockville MD Взято з www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64369 від 11 липня 2014)
8. Treatnet. (2008). Скринінг, оцінка і планування лікування. Взято з <http://www.unodc.org/ddt-training/treatment/a.html> 4 вересня 2012)
9. BOO3 (2010). Короткострокове втручання: The ASSIST-linked Brief Intervention and harmful substance use. Geneva, Switzerland: WHO Press.

Резюме.

В этой статье изложено:

- 1) информация о расстройствах поведения и нарушении психических процессов, обеспечивающих жизнедеятельность человека, обусловленных употреблением психоактивных веществ;
- 2) подходы, учет которых будет способствовать налаживанию коммуникации между врачом и пациентом с зависимостью от психоактивных веществ;
- 3) формы общения, необходимые для эффективного предоставления интегрированной медико-психологической помощи людям с зависимостью от психоактивных веществ в практике врача общей практики семейного врача.

Ключевые слова: зависимость, наркозависимость, эффекты от употребления психоактивных веществ, семейный врач, расстройства поведения, краткосрочное вмешательство, отторжение.

ТЕСТОВІ ЗАПИТАННЯ

(один або декілька правильних варіантів відповідей на кожне запитання)

1. Які психічні процеси змінюються внаслідок вживання ПАР?

- А) думки
- Б) настроїв
- В) судження
- Г) все вище перераховане

2. Як змінюється психоемоційний стан від вживання ПАР?

- А) підвищується тривожність
- Б) пригнічується настроїв
- В) з'являється гнів
- Г) все вище перераховане

3. Які зміни відбуваються у мисленні й судженнях унаслідок вживання ПАР?

- А) плутання думок.
- Б) нездатність планувати або приймати рішення.
- В) спотворене сприйняття.
- Г) параноїдальні думки.
- Д) все вище перераховане.

4. Які зміни спостерігаються у чуттєвому сприйнятті внаслідок вживання ПАР:

- А) спотворене сприйняття.
- Б) зміни в сприйнятті температури.
- В) зміни в сприйнятті болю.
- Г) все вище перераховане.

5. Які зміни поведінки проявляються внаслідок вживання ПАР?

- А) знижена активність.
- Б) підвищена активність.
- В) підвищена схильність до ризику, небезпечні дії.
- Г) невідповідність поведінки особистим цінностям.
- Д) агресія або насильство.

6. В яких термінах звучить мова відторгнення ?

- А) споживач
- Б) особа, яка зловживає
- В) наркоман
- Г) брудний.

7. Якими можуть бути наслідки відторгнення?

- А) пацієнт не зможе вийти на етап реабілітації
- Б) пацієнт не дозволить собі зайняти в суспільстві позитивну соціальну роль

В) може викликати у осіб, які страждають від наркотичної залежності, почуття безнадійності і марності звертання по допомогу.

8. Які завдання скринінгу щодо ризику вживання ПАР ?

- А) визначити ймовірність *наявності* проблеми,
- Б) підтвердити наявність причини *для занепокоєння*,
- В) визначити необхідність у *подальшій оцінці* стану пацієнта.

9. Які підходи до проведення скринінгу у людей з наркозалежністю підвищують достовірність та точність інформації, що повідомляється клієнтом?

- А) виключення засудження, конфронтацію в спілкуванні з пацієнтом
- Б) шановливе ставлення
- В) застосовування лексики, що стигматизує;
- Д) розпитування про родичів, які вживають ПАР.

10. Які завдання алгоритму короткострокового втручання?

- А) отримати зворотній зв'язок
- Б) зрозуміти, як пацієнт буде жити без вживання ПАР
- В) навчити його утримуватись від вживання ПАР
- Г) все вище перераховане.

ВІДПОВІДІ

№1	№2	№3	№4	№5	№6	№7	№8	№9	№10
Г	Г	Д	Г	АБВГД	АБВГ	АБВ	АБВ	АБ	А