

КОРОТКОТРИВАЛА ІНТЕРВЕНЦІЯ

Короткотривала інтервенція (КІ) щодо
вживання небезпечних та шкідливих
речовин (в рамках пакету проєкту ASSIST
(ВООЗ))

Посібник для застосування під час надання первинної медикої
допомоги



Всесвітня організація
охорони здоров'я

КОРОТКОТРИВАЛА ІНТЕРВЕНЦІЯ

Короткотривала інтервенція (КІ) щодо
вживання небезпечних та шкідливих речовин
(в рамках пакету проєкту ASSIST (B003))

Посібник для застосування під час надання первинної медичної допомоги



**Всесвітня Організація
Охорони Здоров'я**

Короткотривала інтервенція щодо вживання небезпечних та шкідливих речовин (в рамках пакету проєкту ASSIST (B003): посібник для застосування під час надання первинної медичної допомоги/підготував Р. Гуменюк... [та ін.].

1. Методи виявлення зловживання психоактивними речовинами. 2. Вуличні наркотики. 3. Первинна медична допомога. 4. Діагностика розладів, пов'язаних із зловживанням психоактивними речовинами. 5. Методичні посібники. I. Гуменюк, Рейчел. II. Генрі-Едвардс, С. III. Алі, Роберт. IV. Позняк, Володимир. V. Монтейро, Марістела Г. VI. Всесвітня організація охорони здоров'я.

ISBN 978 92 4 159939 9 (Класифікація Національної медичної бібліотеки: WM 270).

© Всесвітня організація охорони здоров'я 2010

Усі права захищені. Публікації Всесвітньої організації охорони здоров'я можна отримати в Прес відділі B003 за адресою: Всесвітня організація охорони здоров'я, 20 Avenue Appia, 1211 Женева 27, Швейцарія (тел .: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; електронна пошта: bookorders@who.int). Запити щодо отримання дозволу на відтворення чи переклад публікацій B003, як з метою продажу, так і для некомерційного розповсюдження - необхідно направляти до прес відділу B003 за вказаною вище адресою (факс: +41 22 791 4806; електронна пошта: permissions@who.int).

Використані позначення та презентація матеріалів в цій публікації не відображає позицію Всесвітньої організації охорони здоров'я стосовно правового статусу будь-якої країни, території, міста чи області, їх органів влади, розмежування територій чи кордонів країн. Пунктирними лініями на картах позначені приблизні кордони щодо яких, можливо, ще не було досягнуто повної згоди.

Посилання на конкретні компанії чи продукцію певних виробників не означає, що вони схвалені або рекомендовані Всесвітньою організацією охорони здоров'я, є таким, що їм надається перевага відносно іншої подібної продукції, про яку не йшла мова в матеріалі. За винятком помилок та упущень, назви продуктів розрізняються початковими великими літерами.

Всесвітньою організацією охорони здоров'я було вжито запобіжних заходів з метою перевірки інформації, наведеної у даній публікації. Проте опублікований матеріал поширюється без жодних гарантій, виражених або неявних. Відповідальність за інтерпретацію та використання матеріалу покладається на читача. B003 не несе відповідальності за збитки, що виникли внаслідок використання даного матеріалу.

Тільки зазначені автори несуть відповідальність за погляди, висловлені у даній публікації.

Надруковано у Франції.

Обмеження відповідальності: Цей переклад не є офіційним перекладом Всесвітньої організації охорони здоров'я (B003). B003 не несе відповідальності за зміст і точність цього перекладу. Єдиним автентичним виданням є оригінальне видання B003 англійською мовою.

Зміст

Подяка	5
1 <u>Суть і призначення даного посібника.....</u>	6
2 <u>Короткотривала інтервенція в рамках пакету проєктуASSIST.....</u>	7
3 <u>Обґрунтування застосування короткотривалої інтервенції на рівні надання первинної медичної допомоги.....</u>	10
4 <u>Модель зміни поведінки.....</u>	12
5 <u>Компоненти ефективних короткотривалих інтервенцій - FRAMES.....</u>	16
6 <u>Компоненти ефективних короткотривалих інтервенцій - мотиваційне інтерв'ю.....</u>	18
7 <u>Поєднання компонентів – покроковий підхід до короткотривалої інтервенції, обумовленої результатами ASSIST</u>	21
8 <u>Клієнти з високим рівнем ризику та клієнти, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом</u>	27
9 <u>Приклад короткотривалої інтервенції.....</u>	29
10 <u>Більш тривалі інтервенції - вирішення питань щодо одночасного вживання кількох психоактивних речовин.....</u>	31
11 <u>Триваліші та періодичні інтервенції - інформація, навички та методи.....</u>	32
12 <u>Як включити короткотривалу інтервенцію, пов'язану з ASSIST, у щоденну практику</u>	44
Посилання	45

Подяка

Даний посібник був розроблений в рамках проєкту BOO3 ASSIST, який координується, спонсорується та впроваджується Департаментом BOO3 з питань охорони психічного здоров'я та зловживання психоактивними речовинами, Управління з питань зловживання психоактивними речовинами. У написанні даного посібника приймали участь: R. Humeniuk, S. Henry-Edwards, R. Ali, V. Poznyak and M. Monteiro. Початковий проєкт для польових досліджень був підготовлений в рамках III етапу проєкту BOO3 ASSIST. Перераховані нижче експерти/ки, члени робочої групи III етапу проєкту ASSIST, зробили вагомий внесок при розробці першого проєкту посібника: Tomas Babor (США), Michael Farrell (Об'єднане Королівство), Maria Lucia Formigoni (Бразилія), Roseli Boerngen de Lacerda (Бразилія), Walter Ling (США), John Marsden (Об'єднане Королівство), Jose Martinez-Raga (Іспанія), Bonnie McRee (США), David Newcombe (Австралія), Hemraj Pal (Індія), Sara Simon (США), Janice Vendetti (США). Підготовку проєкту посібника для польових досліджень та його подальшу розробку координували: Vladimir Poznyak та Maristela Monteiro - співробітники відділу BOO3 з питань охорони психічного здоров'я та зловживання психоактивними речовинами; Rachel Humeniuk та Robert Ali – зі Служби по боротьбі із наркотиками та алкоголем Південної Австралії, Центру співпраці BOO3 щодо дослідження питань лікування наркоманії та алкоголізму (Австралія). Перегляд проєкту посібника для польових випробувань здійснили Robert Ali та Sonali Meena (Австралія) за активної участі членів Консультативного комітету BOO3 з питань ASSIST та інших експертів: Thomas Babor (США), Carina Ferreira-Borges (BOO3 AFRO), Alexandra Fleischmann (BOO3), Maria Lucia Formigoni (Бразилія), Walter Ling (США), Hem Raj Pal (Індія), Rick Rawson (США). Кінцеву версію посібника та його видання координували V. Poznyak (BOO3) за сприяння Rachel Humeniuk, Sonali Meena та Lidia Segura (Іспанія). Адміністративну підтримку надали Tess Narciso та Mylène Schreiber. Пропоноване цитування при використанні матеріалу: Humeniuk R.E., Henry-Edwards S., Ali R.L., Poznyak V. та Monteiro M. (2010). Короткотривала інтервенція щодо вживання небезпечних та шкідливих речовин (в рамках пакету проєкту ASSIST (BOO3): посібник для застосування під час надання первинної медичної допомоги. Женева, Всесвітня організація охорони здоров'я.

Даний документ був доповнений:

Humeniuk R.E., Henry-Edwards S., Ali R.L., Poznyak V. та Monteiro M. (2010). Скринінговий тест щодо куріння, вживання алкоголю та психоактивних речовин (ASSIST): посібник для застосування під час надання первинної медичної допомоги. Женева, Всесвітня організація охорони здоров'я.

Humeniuk R.E., Henry-Edwards S., Ali R.L. та Meena S. (2010 рік). Стратегії самодопомоги для скорочення або припинення вживання психоактивних речовин: посібник. Женева, Всесвітня організація охорони здоров'я.

Розробка, випуск посібника та реалізація проєкту BOO3 ASSIST стали можливими за фінансової підтримки Департаменту охорони здоров'я та старіння Австралійського Союзу та уряду Валенсії(Іспанія).

1 Суть і призначення даного посібника

Даний посібник є частиною трилогії, що також включає: «Скринінговий тест щодо куріння, вживання алкоголю та психоактивних речовин (ASSIST): посібник для застосування під час надання первинної медичної допомоги»¹, та ґрунтується на «Короткотривалих інтервенціях щодо вживання психоактивних речовин: рекомендації для застосування під час надання первинної медичної допомоги. Проєкт версії 1.1 для польових досліджень»². Метою даного посібника є пояснення теоретичних основ і доведення ефективності короткотривалих інтервенцій (далі- КІ), надання технічної допомоги медичним працівникам первинної ланки в проведенні КІ клієнтам, які практикують ризиковану поведінку, внаслідок вживання психоактивних речовин. Разом зі згаданим виданням¹, даний посібник представляє комплексний підхід проведення скринінгу та КІ, адаптований до конкретних умов надання первинної медичної допомоги і призначений для покращення здоров'я загального населення, певних груп клієнтів, а також окремих людей. У даному посібнику окреслені наступні аспекти:

- | обґрунтування доцільності КІ під час надання первинної медичної допомоги;
- | модель зміни поведінки;
- | компоненти ефективних КІ;
- | принципи мотиваційного інтерв'ю та необхідні навички;
- | взаємозв'язок процедури скринінгового тесту ASSIST та короткотривалої інтервенції;
- | надання зворотного зв'язку клієнтам;
- | проведення КІ з людьми, які практикують помірну ризиковану поведінку;
- | приклади КІ, пов'язаних з ASSIST;
- | надання допомоги клієнтам, які вживають психоактивні речовини ін'єкційним шляхом;
- | підходи у вирішенні проблеми одночасного вживання кількох наркотичних речовин;
- | організація більш тривалих та періодичних інтервенцій.

Незважаючи на те, що посібник призначений насамперед для медичних працівників первинної ланки, він стане в нагоді тим, хто безпосередньо надає послуги клієнтам з високим рівнем ризику та клієнтами, які ймовірно за все вживають психоактивні речовини, зокрема, лікарям вторинної та третинної ланки, медсестрам, акушерам та акушерам-гінекологам, соціальним працівникам та робітникам соціальних служб, працівникам в'язниць та виправних закладів.

2 Короткотривала інтервенція в рамках пакету проєкту ASSIST

ASSIST насамперед розроблений для виявлення випадків вживання наркотиків, проте також може застосовуватися як тест для виявлення випадків вживання інших психоактивних речовин (ПАР), зокрема, алкоголю та тютюну, передусім в умовах високої поширеності їхнього вживання. Через нестачу в закладах первинної медичної допомоги інструментів для проведення скринінгу та КІ щодо вживання нелегальних наркотичних речовин, даний посібник зосереджується саме на них, а не на вживанні алкоголю чи тютюну. Метод КІ, описаний в цьому посібнику, орієнтований переважно на зміну поведінки споживачів наркотичних речовин залежно від найчастіше вживаної психоактивної речовини, або тієї, що викликає найбільші проблеми у клієнта (за визначенням клієнта або за найвищим результатом скринінгового тесту ASSIST). Водночас методи, описані в цьому посібнику можуть використовуватися для оцінки вживання алкоголю та тютюнових виробів, особливо, якщо мова йде про вживання кількох препаратів одночасно, але це вплине на витрати часу і може зайняти більше 3 хвилин.

Під короткотривалою інтервенцією, пов'язаною з результатами скринінгового тесту ASSIST розуміється інтервенція тривалістю від 3 до 15 хвилин для клієнтів, які на прохання медичного працівника, заповнили опитувальник ASSIST, за результатами якого можна отримати інформацію щодо вживання всіх типів психоактивних речовин (тютюнових виробів, алкоголю, канабісу, кокаїну, стимуляторів амфетамінового ряду (САР), седативних засобів, галюциногенів, інгаляторів, опіоїдів та "інших" наркотичних препаратів) та визначити рівень ризику ("низький", "помірний" або "високий") для кожної із речовин^{3, 4}. Оцінюванні ризику реєструються у звіті зворотного зв'язку ASSIST, що використовують для надання персоналізованого зворотного зв'язку клієнту/ки, інформуючи його/її про результати оцінювання та відповідні проблеми зі здоров'ям, пов'язані із ризиком. Запитавши клієнта/ку чи хоче він/вона дізнатися результат опитування, медичний працівник може ініціювати подальший діалог (короткотривалу інтервенцію (КІ) у неконфронтаційній манері. До речі, було встановлено ефективність даного способу взаємодії медичного працівника з клієнтами з помірним рівнем ризику, саме завдяки такому підходу вдалося вплинути на поведінку клієнтів щодо вживання ПАР⁵. Як зазначено в посібнику "Скринінговий тест щодо куріння, вживання алкоголю та психоактивних речовин (ASSIST): посібник для застосування під час надання первинної медичної допомоги"¹, визначення результатів ASSIST пов'язане із категоріями ризиків наведеними в таблиці 1 та відповідними рекомендованими інтервенціями.

Метою проведення скринінгового тесту і КІ є виявлення поточних чи потенційних проблем, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, а також насаження схильних до ризику осіб змінити поведінку щодо вживання ПАР, демонструючи клієнтам взаємозв'язок між поточною схемою їхнього вживання та ризиками й шкодою, які з цього випливають⁶. Загалом, КІ на рівні первинної медичної допомоги можуть варіюватися від надання коментарів та порад протягом 3 хвилин до 15-30-хвилинних короткотривалих консультацій⁷. Представлений в даному посібнику приклад КІ, пов'язаної з результатами ASSIST, має тривати близько 3-15 хвилин, однак зазначені принципи можуть бути використані для більш тривалих або періодичних сеансів інтервенцій, якщо на це є час.

Таблиця 1 | Результат оцінки ризику ASSIST та пов'язані з ним рівні ризику та інтервенції

Алкоголь	Усі інші ПАР ^a	Рівень ризику	Інтервенція
0 - 10	0 - 3	Низький ризик	І Надання загальних порад щодо здоров'я
11 - 26	4 - 26	Помірний ризик	І Короткотривала інтервенція І Поширення буклетів та інформаційних матеріалів для самостійного ознайомлення вдома
27+	27+	Високий ризик	І Короткотривала інтервенція І Поширення буклетів та інформаційних матеріалів для самостійного ознайомлення вдома І Перенаправлення до спеціаліста для проведення оцінки та лікування
Вживання наркотиків ін'єкційним шляхом протягом останніх 3 місяців		Помірний та високий ^b	І Реєстраційна форма щодо ризиків вживання наркотиків ін'єкційним шляхом І Короткотривала інтервенція І Поширення буклетів та інформаційних матеріалів для самостійного ознайомлення вдома І Перенаправлення на тестування на вірусні інфекції, що передаються через кров (включно з ВІЛ, гепатитом В та С) ^c І Перенаправлення до спеціаліста для проведення оцінки та лікування

^a Тютюнові вироби, канабіс, кокаїн, САР, седативні засоби, галюциногени, інгалятори, опіоїди та "інші препарати".

^b Необхідність визначення схеми вживання наркотиків ін'єкційним шляхом. Вживання наркотиків ін'єкційним шляхом більше 4 разів на місяць (у середньому) протягом останніх 3 місяців є показником залежності, що потребує подальшого оцінювання та лікування.

^c Віруси, що передаються через кров, зокрема, ВІЛ і гепатити В та С.

Короткотривала інтервенція за результатами ASSIST, була розроблена спеціально для людей, у яких виявлено "помірний рівень ризику вживання ПАР" відповідно до шкали оцінок ASSIST, з метою залучення їх до КІ. Тобто люди, які не є залежними, але вживають небезпечні та шкідливі ПАР, що може призвести до виникнення у них медичних, соціальних, юридичних, професійних або фінансових проблем та/або потенційно ризикують через появу таких проблем у разі продовження вживання наркотиків. Зазвичай, короткотривалі інтервенції **не розглядаються як самостійний захід** із надання допомоги людям, які є залежними або потрапляють у групу високого ризику вживання ПАР, проте, варто застосовувати КІ, щоб такі клієнти не відмовлялись від направлення до спеціалістів з метою проведення оцінки та лікування наркотичної та алкогольної залежності на рівні закладу первинної медичної допомоги або у спеціалізованій установі з лікування алкоголізму та наркоманії.

Мета інтервенції полягає в допомозі клієнтам зрозуміти, що вживання ПАР наражає їх на небезпеку. Додатково інтервенція може мотивувати клієнтів до зменшення або припинення вживання ПАР. Короткотривалі інтервенції мають бути персоналізовані та запропоновані як підтримка, без упередження.

Короткотривала інтервенція, за результатами ASSIST, ґрунтується на методах FRAMES^{8, 9, 10} та мотиваційному інтерв'ю⁷, про які йтиметься далі у посібнику. Отже, проведення КІ, за

результатами ASSIST, здійснюється після реалізації 10 основних запропонованих кроків (або перших 5 кроків для коротшої 3-хвилинної інтервенції), як зазначено нижче:

- 1 **Запитати** клієнтів, чи зацікавлені вони побачити результати їх опитування.
- 2 Надати персоналізований **зворотній зв'язок** клієнтам щодо їх результатів, використовуючи звіт зворотного зв'язку ASSIST.
- 3 Надати **поради** щодо зменшення ризиків, пов'язаних із вживанням ПАР.
- 4 Дозволити клієнтам взяти на себе особисту **відповідальність** за свій вибір.
- 5 Запитати клієнтів чи викликали у них **занепокоєння** результати оцінки.
- 6 Запропонувати зважити **позитивні сторони** вживання ПАР на противагу
- 7 **недолікам** вживання ПАР.
- 8 Підсумувати **розмову та відреагувати** на надану клієнтами інформацію про вживання психоактивних речовин, акцентуючи увагу на **недоліках** вживання ПАР.
- 9 Дізнатися у клієнтів, наскільки вони стурбовані "**недоліками**" вживання ПАР.
- 10 Надати клієнтам **матеріали для самостійного ознайомлення вдома** з метою посилення КІ.

Багато медичних працівників уникають проведення скринінгу на вживання психоактивних речовин а, отже, уникають і застосування інтервенцій. Дослідження показують, що основними причинами, не використання цих процесів медичними працівниками є: брак часу, відчуття нестачі компетенції або не здатності надати інтервенцію, занепокоєння щодо можливого прояву опору або захисної поведінки клієнтами¹¹. Надані в даному посібнику процедури проведення скринінгового тесту ASSIST та КІ, за результатами тесту, спрямовані саме на вирішення всіх цих проблем. І скринінговий тест, і короткострокова інтервенція можуть ефективно впроваджуватися порівняно швидко, особливо КІ, котрі можна провести протягом усього 3 хвилин у разі зосередження увагу на основній речовині, яку вживає клієнт. Крім того, було виявлено, що проведення КІ шляхом простого покрокового підходу мотивує клієнтів зменшити вживання ПАР та викликає незначний супротив або захисну поведінку.

3 Обґрунтування застосування короткотривалої інтервенції на рівні надання первинної медичної допомоги

Тютюн, алкоголь та нелегальні наркотичні речовини входять до переліку 20 основних ризиків погіршення стану здоров'я, визначених Всесвітньою організацією охорони здоров'я¹². За оцінками, тютюн спричиняє 8,7% від усіх випадків смерті та становить 3,7% загального показника тягаря усіх захворювань, що вимірюється, як кількість втрачених років внаслідок передчасної смерті або втрати працездатності (роки життя з поправкою на інвалідність – DALYs). Водночас, алкоголь є причиною 3,8% смертей та 4,5% DALYs. Нелегальні наркотичні речовини є причиною 0,4% смертей та 0,9% DALYs. Небезпечне та згубне вживання алкоголю та інших психоактивних речовин також є фактором ризику в контексті найрізноманітніших соціальних, фінансових, правових та сімейних проблем для окремих осіб та їх сімей. У світі спостерігається тенденція до зростання вживання людьми кількох речовин одночасно або в різний час, що, ймовірно, значно збільшує ризики для здоров'я.

Медичні працівники первинної ланки мають унікальну можливість виявляти та виступати в ролі посередника для клієнтів, які вживають психоактивні речовини, і для, кого це становить небезпеку або шкодить здоров'ю. Заохочення до формування здорового способу життя та профілактика захворювань відіграють важливу роль у роботі працівників первинної медичної допомоги, які часто безпосередньо займаються реалізацією заходів скринінгу та профілактики в рамках своїх професійних обов'язків, що включають імунізацію, виявлення підвищеного артеріального тиску, ознак ожиріння, куріння та інших чинників ризику. Клієнти розглядають медичних працівників первинної ланки як надійне джерело порад щодо ризиків для здоров'я, включаючи ризики через вживання психоактивних речовин.

У розвинених країнах світу, 85% населення відвідують лікаря первинної медичної допомоги щонайменше один раз на рік. Клієнтам, чий рівень вживання алкоголю та інших психоактивних речовин є небезпечним чи шкідливим, можуть знадобитися частіші зустрічі з медпрацівниками. Це означає, що працівники первинної ланки мають можливість провести інтервенцію на ранній стадії, перш ніж виникнуть серйозні проблеми, пов'язані із вживанням ПАР, до того, як може розвинутиися залежність. Велика кількість випадків погіршення загального стану здоров'я, з якими стикаються у закладах первинної медичної допомоги, можуть бути пов'язані із вживанням тютюну, алкоголю або інших речовин, тому медичний працівник первинної ланки може скористатися цим взаємозв'язком для проведення скринінгу та короткотривалої інтервенції щодо вживання ПАР. У подальшому інтервенція виступає, як частина лікування після того, як клієнт поскаржився на нездужання.

Часто медичні працівники первинної ланки підтримують постійний контакт зі своїми клієнтами, що сприяє орієнтації на їх специфічні потреби. Клієнти, зазвичай, очікують, що їх сімейний лікар/ка будуть опікуватися різними аспектами стану їх здоров'я, адже саме сімейний лікар/ка є тим, кого вони добре знають і кому довіряють. Тому, ймовірно, клієнти відчуватимуть себе комфортніше з сімейним лікарем/кою під час обговорення чутливих питань, таких як із вживанням ПАР. Постійний характер відносин також означає, що інтервенції можуть бути розподілені у часі та можуть включати низку консультацій.

Доведена ефективності використання скринінгу та КІ саме в установах первинної медичної допомоги для вирішення проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю^{8, 13-18}. Senft та інші (1997)¹⁷ доказали зменшення частоти вживання алкоголю через 6 та 12 місяців серед людей з потенційно небезпечною поведінкою вживання алкоголю після проведення представником медичного закладу первинної ланки 15-хвилинної інтервенції та надання матеріалів для самостійного ознайомлення клієнта. Дослідницька група B003 з питань проведення КІ¹⁸

виявила, що надання 5-хвилинних порад було настільки ж ефективним, як і 20-хвилинна консультація. Крім того, КІ виявилися економічно ефективнішим способом зменшення вживання алкоголю та пов'язаних із цим проблем¹⁹.

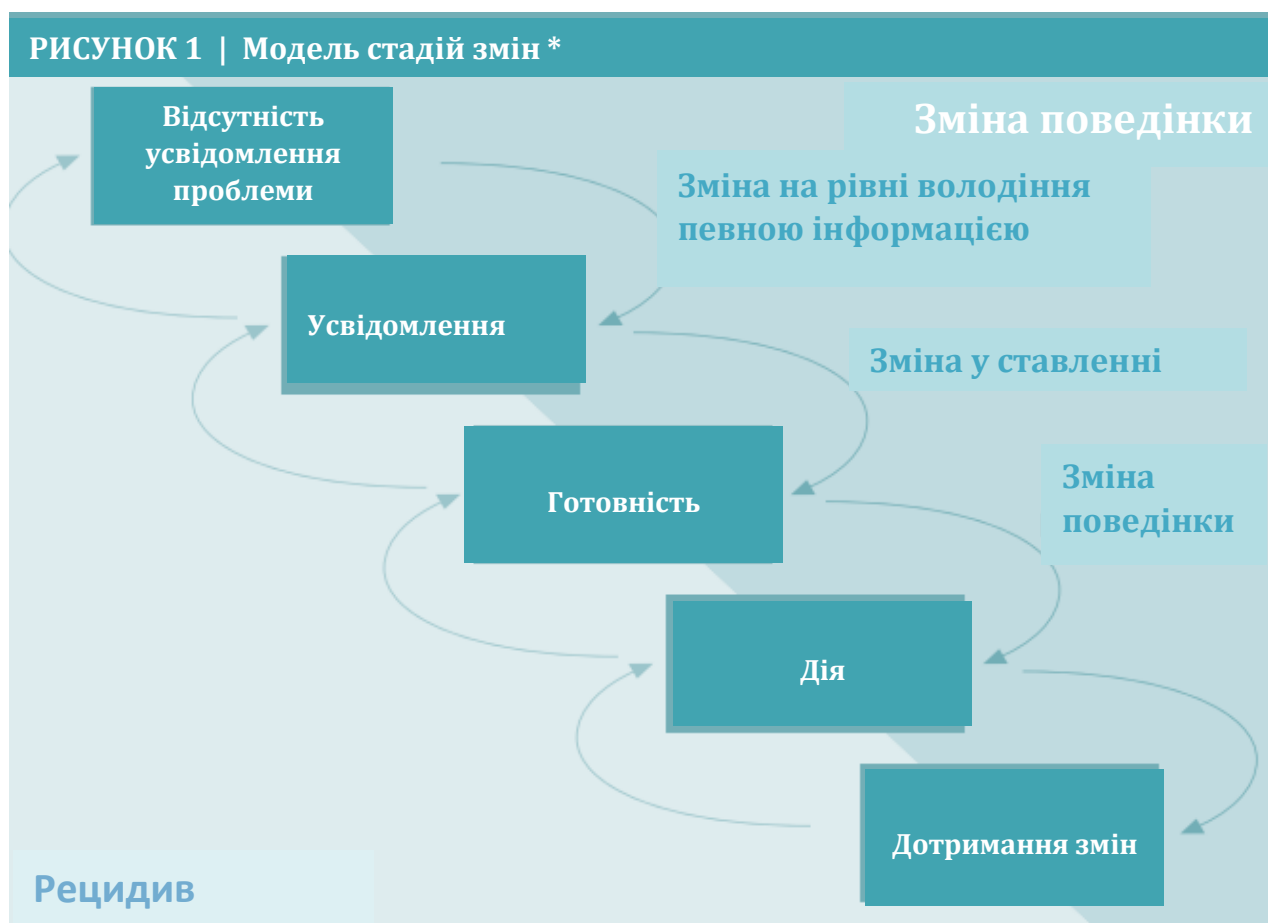
Дослідження свідчать про те, що КІ можуть бути також ефективними на рівні закладів первинної медичної допомоги не лише щодо вживання алкоголю, а також щодо практики вживання інших психоактивних речовин, зокрема каннабісу^{20, 21, 22}, бензодіазепінів²³, амфетамінів²⁴, опіатів²⁵ та кокаїну²⁶.

Нещодавно, у рамках проєкту ASSIST"BOO3, було проведено рандомізоване контрольоване дослідження⁵, метою якого було дослідити ефективність короткотривалої інтервенції за результатами опитування ASSIST для помірного рівня ризику вживання канабісу, кокаїну, стимуляторів амфетамінового ряду та опіоїдів⁵. Для участі у дослідженні набирали клієнтів із лікувальних закладів первинної медичної допомоги, із помірним рівнем ризику вживання, принаймні, однієї із зазначених речовин. Дослідження проводили упродовж 2003-2007 рр. в Австралії, Бразилії, Індії та Сполучених Штатах Америки. Короткотривала інтервенція, під час якої основна увага була приділена вживанню нелегальних наркотичних речовин з найвищою оцінкою ризику, тривала від 3 до 15 хвилин і ґрунтувалась на моделі FRAMES⁸ та мотиваційному інтерв'ю⁷. Зокрема, першочергове значення надавали персоналізованим коментарям за результатами ASSIST кожного учасника щодо можливих ризиків для здоров'я, використовуючи спеціально розроблену форму звіту зворотного зв'язку ASSIST. КІ також включала видачу інформаційних матеріалів для самостійного вивчення вдома, включно з посібником із самодопомоги²⁷. Результати показали, що учасники, яким надавали короткотривалу інтервенцію, спрямовану на відмову вживання нелегальних наркотичних речовин, продемонстрували значне зниження балів за результатами ASSIST через 3 місяці, у порівнянні з учасниками контрольної групи. До того ж, понад 80% учасників повідомили про спробу скоротити вживання психоактивних речовин після КІ. Багато з учасників дали ствердні коментарі щодо впливу КІ на практику їхньої поведінки щодо власного здоров'я⁵.

4 Модель зміни поведінки

Модель зміни поведінки, розроблена Prochaska та DiClemente ²⁸, забезпечує корисне підґрунтя для розуміння процесу, з допомогою якого люди змінюють свою поведінку, а також надає можливість вирішити, якою мірою люди готові змінити їхню поведінку щодо вживання психоактивних речовин чи способів життя загалом. Модель ґрунтується на концепції, що люди проходять через певні стадії зміни поведінкових практик, і що процеси, внаслідок яких люди змінюються, видаються однаковими, незалежно від того, отримують вони лікування чи ні⁷. На рис. 1 наведено модель стадій змін: Відсутність усвідомлення проблеми, Усвідомлення, Готовність, Дія та Дотримання поведінкових змін.

Мета KI, пов'язаної з результатами ASSIST, полягає у тому, щоб допомогти людям пройти одну або кілька стадій змін, починаючи з відсутності усвідомлення проблеми до роздумування та її усвідомлення – готовності (рішучості до змін) - дії - та дотримання поведінкових змін. Перехід від стадії відсутності усвідомлення проблеми до її усвідомлення може й не призвести до відчутного зменшення вживання психоактивних речовин, однак є позитивним кроком, який може призвести до того, що в майбутньому клієнти перейдуть до стадії «дії».



* Ілюстрація відтворена з дозволу: McDonald J., Roche A.M., Durbridge M. та Skinner N. (2003). Освіта методом «рівний – рівному»: від доказів до практики. *Підручник з питань вживання алкоголю та інших наркотиків, Національний центр з питань освіти та навчання щодо шкідливих звичок (NCETA), Університет Фліндерса, Аделаїда.*

Варто також зазначити, що чітко визначеного часу, протягом якого людина буде перебувати на кожній із стадій немає (це може тривати від декількох хвилин до місяців, років), люди можуть рухатися як вперед, так і назад між стадіями. Деякі клієнти після КІ за результатами ASSIST можуть відразу перейти від відсутності усвідомлення проблеми до вчинення дій. Далі наведено стислий опис основних поведінкових та когнітивних процесів, що відбуваються на кожному етапі змін. Однак, медичні працівники, які проводять більше ніж 15-хвилинні інтервенції або постійні сеанси з клієнтами, можуть потребувати ширшого розуміння моделей поведінкових змін та пов'язаних з ними методів. Деякий матеріал стосовно цього можна знайти у Розділі 11 *"Триваліші та періодичні інтервенції - інформація, навички та методи"*.

Стадія відсутності усвідомлення проблеми

На цій стадії, найімовірніше, перебуватимуть ті особи, які відвідують заклад первинної медичної допомоги та показали позитивний результат ASSIST. Короткотривала 10-крокова інтервенція, пов'язана із результатами ASSIST, що пропонується у цьому посібнику, спрямована переважно на тих, хто не усвідомлює наявну проблему. Люди на даній стадії:

- І не обов'язково замислюються над тим, що необхідно щось змінити у практиці вживання психоактивних речовин;
- І зосереджені на позитивних аспектах вживання ПАР;
- І навряд чи мають будь-які побоювання щодо вживання психоактивних речовин;
- І можуть продемонструвати супротив щодо обговорення питання щодо вживання ними психоактивних речовин;
- І навряд усвідомлюють або сприймають інформацію, що вживання психоактивних речовин є проблематичним;
- І навряд відреагують на прямі поради щодо зміни поведінки, але можуть сприйняти інформацію про ризики, пов'язані з рівнем та способом вживання психоактивних речовин, за умови, якщо медичний працівник знайде правильний підхід щодо обговорення цього питання.

Усвідомлення проблеми

На цій стадії, найімовірніше, перебуватимуть ті, хто відвідує заклад первинної медичної допомоги та показали позитивний результат ASSIST. Даний посібник пропонує розглянути пов'язану з результатами ASSIST короткотривалу 10-крокову інтервенцію, спрямовану на більшість людей, які усвідомлюють проблему. Люди на цій стадії:

- І замислюються над тим, щоб скоротити або припинити вживання психоактивних речовин;
- І мають неоднозначне ставлення щодо вживання психоактивних речовин, а саме можуть бачити як позитивний досвід для себе, так і очевидні "недоліки" щодо вживання ПАР;
- І ймовірно, певною мірою усвідомлюють проблеми, пов'язані зі вживанням психоактивних речовин, і, можливо будуть здатні назвати "переваги" та "недоліки" їхньої практики вживання психоактивних речовин;
- І ймовірно, клієнти будуть реагувати на інформацію щодо реальних для них ризиків через вживання ПАР, та дослухатимуться порад щодо скорочення їхнього вживання, або братиму участь в обговоренні питань, що стосуються вживання ПАР, за умови, якщо медичний працівник знайде правильний підхід щодо обговорення цього питання.

Частка людей на стадії усвідомлення проблеми, можливо, буде готова до зміни поведінкової практики, але вони:

- | можуть не знати, як саме змінити спосіб життя;
- | можуть бути невпевненими щодо здатності змінити свій спосіб життя.

Готовність/Рішучість

За стадією усвідомлення проблеми настає стадія готовності, що передбачає планування реалізації заходів у найближчому майбутньому та остаточну готовності розпочати зміни поведінки. Клієнти на цій стадії схильні взяти на себе відповідальність за подальші дії та готові до змін, але все ще можуть відчувати деяку невпевненість. Люди на стадії готовності:

- | мають намір діяти;
- | можуть озвучувати свої наміри іншим;
- | здатні незначною мірою змінювати свою поведінку вживання психоактивних речовин;
- | здійснюють переоцінювання своїх поточних поведінкових практик та розмірковують над тим, як зміна поведінки вплине на їхній спосіб життя;
- | стають більш впевненими та готовими змінити свої поведінкові практики;
- | розглядають доступні їм варіанти;
- | окреслюють строки та визначають стратегії, що сприятимуть змінам їхньої поведінки.

Дія

Ймовірніше за все лише незначна частка клієнтів закладів первинної медичної допомоги звернуться на стадії активних дій. Запропоновану даним посібником короткотривалу 10-крокову інтервенцію, пов'язану з результатами ASSIST, можна застосовувати і з людьми, які перебувають на стадії активних дій. Люди на цій стадії:

- | вирішили, що їм необхідно змінити свою поведінкову практику вживання психоактивних речовин;
- | зменшують вживання психоактивних речовин або припинили їх вживання взагалі;
- | активно роблять реальні кроки у напрямку зміни своєї поведінки;
- | скоротили або повністю припинили вживання ПАР;
- | найімовірніше, й надалі будуть дещо неоднозначно ставитися до вживання психоактивних речовин та потребуватимуть заохочення й підтримки для підтвердження правильності прийнятого рішення.

Дотримання змін

Тим, хто утримається на даній стадії забезпечено довготривалий успіх. Люди на стадії дотримання змін:

- | намагаються дотримуватися поведінкових змін, яких вони досягли;
- | прагнуть запобігти рецидиву (ризик рецидиву зменшується з часом);
- | зосереджують увагу на ситуаціях високого ризику та стратегіях керування такими ситуаціями;
- | є більш готовими, якщо вони самостійно розробляють стратегії, що дозволяють їм уникати ризикових ситуацій виникнення рецидиву;

І найімовірніше, можуть утримуватись від вживання ПАР у разі заохочення, отримання підтримки та підтвердження своєї поведінки.

Рецидив

Здебільшого у людей, які намагаються змінити поведінкові практики, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, хоча б раз, але може виникнути рецидив. Цього слід очікувати й розглядати, як процес набуття навичок, а не як невдачу. Мало хто змінюється з першої спроби, і рецидив є сприятливим часом, щоб допомогти клієнтам переглянути їхній план дій. Під час проведення аналізу необхідно розглянути часові рамки цього плану, які саме стратегії виявилися ефективними, а які ні, та чи були, можливо, деякі з них надмірно амбітними або навіть нереальними. Наприклад, курці роблять у середньому 6 спроб кинути палити тютюн, перш ніж чергова спроба буде успішною. Після рецидиву, клієнти зазвичай повертаються на одну із попередніх стадій: відсутності усвідомлення проблеми, усвідомлення, готовності до змін чи дії. Для багатьох людей намагання змінити своє ставлення до вживання ПАР стає легшими щоразу, допоки вони не досягають успіху.

Слід зазначити, що стадії моделі зміни поведінки використовуються при узгодженні інтервенцій із готовністю людини сприймати інформацію та змінювати свою поведінку вживання ПАР. Хоча формально в рамках KI, пов'язаної з результатами ASSIST, описаної в даному посібнику, не проводиться вимірювання або оцінювання стадій зміни поведінкових практик клієнта. Важливо, щоби медичні працівники розуміли ці основні процеси для можливості надання якнайкращої допомоги своїм клієнтам, і не звинувачували себе у разі, коли зміна поведінки клієнта щодо вживання ПАР відбувається не відразу і є неочевидно видимою.

Варто також зазначити, що запропонована в даному посібнику 10-крокова KI, пов'язана з результатами ASSIST, **орієнтована переважно** на клієнтів, які наразі **не перебувають на стадії значних змін**, тобто на тих, **хто має упереджене ставлення до зміни поведінки**, та деяких із тих, **хто усвідомлює проблему**. Проте можна поширювати принципи на тих клієнтів, хто перебуває на стадії усвідомлення й готовності та має бажання змінити свою поведінку, але, водночас, має брак упевненості та знань, а також на, тих, які перебувають на стадії вчинення дій, спрямованих на зміну поведінки.

Медичні працівники не мають бути надмірно стурбовані, якщо вони читають це і цікавляться, як провести KI і визначити, на якій стадії змін перебуває клієнт. Набуття досвіду через застосування ASSIST та пов'язаної з результатами опитування короткотривалої інтервенції є найкращим способом зрозуміти, як змінюються клієнти, та як розробляти подальшу 10-крокову інтервенцію.

5 Компоненти ефективних короткотривалих інтервенцій – FRAMES

Клінічний досвід та дослідження КІ стосовно вживання психоактивних речовин виявили, що ефективні короткотривалі інтервенції включають низку послідовних та повторюваних елементів. Ці елементи були узагальнені за допомогою акроніму FRAMES: Зворотній зв'язок, Відповідальність, Консультування, Варіанти дій, Емпатія та Впевненість у своїх силах (англ. мова: Feedback, Responsibility, Advice, Menu of options, Empathy and Self-efficacy)^{8, 9, 10}. Деякі елементи FRAMES також пов'язані з мотиваційним інтерв'ю (описується нижче) є інтервенцією, спрямованою на надання допомоги людям під час проходження стадій змін⁷.

Даний посібник не передбачає повного та всебічного опанування елементів FRAMES або мотиваційного інтерв'ю. Однак важливо, щоби медичні працівники мали хоча б загальне уявлення про ці методи, особливо про ті, що пов'язані із КІ, обумовленими результатами ASSIST, тривалістю від 3 до 15 хвилин. Відповідно, нижче надаються елементи FRAMES та мотиваційного інтерв'ю, які найбільше пов'язані з КІ, а більш детальна інформація про триваліші або періодичні інтервенції міститься в Главі 11.

Найбільш дотичними до КІ, обумовлених результатами ASSIST, елементами FRAMES є: Зворотній зв'язок, Відповідальність, Консультування. Опис кожного з них наведений нижче, разом із прикладами застосування цих методів у межах КІ, які проводяться за результатами ASSIST. Такі елементи, як Варіанти дій, Емпатія та Впевненість у своїх силах розглядаються в Главі 11: «Триваліші та періодичні інтервенції - інформація, навички та методи».

Зворотній зв'язок

Забезпечення **релевантного персоналізованого** зворотного зв'язку (на відміну від загального зворотного зв'язку) є ключовим компонентом КІ. Сюди може входити інформація про вживання ПАР клієнтом, що була зібрана в результаті оцінки або скринінгу, зокрема індивідуальні результати опитування ASSIST та інформація щодо рівня ризикованої поведінки відповідно до результатів. Варто зазначити, що багато клієнтів хочуть дізнатися свої результати та те, що вони означають.

Крім того, інформація про особисті ризики, пов'язані з поточними практиками вживання ПАР клієнтом, озвученні під час скринінгу (наприклад, депресія, тривожність тощо), в поєднанні із загальною інформацією про ризики та шкоду психоактивних речовин, також представляє собою потужний зворотний зв'язок. Звіт зворотного зв'язку, що заповнюється для кожного клієнта після проходження опитувальника ASSIST, був розроблений таким чином, щоб встановити рівень особистого ризику («низький», «помірний» або «високий») відносно найпоширеніших проблем.

Отже, зворотний зв'язок – це надання персоналізованої релевантної інформації щодо клієнта, та її об'єктивне представлення медичним працівником. «Більшу частину зворотного зв'язку, що надається під час КІ за результатами скринінгу ASSIST, можна отримати безпосередньо із звіту зворотного зв'язку»¹.

Відповідальність

Основним принципом інтервенції зі споживачами психоактивних речовин є визнання та прийняття того, що вони самі несуть відповідальність за свою поведінку та самі роблять свій вибір щодо вживання ПАР та тих КІ, які пропонуються з боку медичного працівника. Спілкування з клієнтами за допомогою таких фраз, як: *«Чи цікавить Вас результат*

опитування?», «Ви вирішуєте самі, що робити з тією інформацією, яку я Вам зараз надаю» та «Чи бентежать Вас Ваші результати?», надає клієнтам змогу особисто контролювати свою поведінку та її наслідки, а також напрям інтервенції. Таке відчуття контролю є важливим елементом мотивації до змін та зменшення опору⁸. Якщо говорити з клієнтом за допомогою фраз: «Вважаю, що Вам потрібно...», або «Мене непокоїть, що Ви вживаєте наркотики», це, вірогідно, сприятиме опору клієнта та призведе до того, що він почне відстоювати свій спосіб життя та виправдовувати свою поведінкову практику щодо вживання ПАР.

Консультування

Основним компонентом ефективних КІ є надання неупереджених чітких об'єктивних консультацій щодо зменшення шкоди, пов'язаної з подальшим вживанням ПАР. Клієнти можуть не знати про те, що їхні практики вживання психоактивних речовин можуть призвести до проблем зі здоров'ям чи інших проблем або ж посилити вже наявні проблеми. Надання чітких консультацій щодо скорочення або припинення вживання ПАР, зменшить ризик виникнення проблем у майбутньому клієнтів, а також підвищить обізнаність щодо їхнього особистого ризику та надасть підстави розглянути можливість зміни поведінки. Поради можна надавати в формі простих тверджень, на кшталт: «Найкращим для Вас шляхом зменшення ризику (наприклад, розвитку депресії, тривожності тощо) є скорочення або припинення вживання психоактивних речовин». Не забувайте про способи надання таких повідомлень клієнтам, адже такі коментарі, як, наприклад, «Я вважаю, що Вам варто припинити вживати психоактивні речовини» або «Мене непокоїть те, що Ви вживаєте психоактивні речовини» не є чіткою та об'єктивною порадою.

6 Компоненти ефективних короткотривалих інтервенцій – мотиваційне інтерв'ю

У контексті проведення скринінгу ASSIST і пов'язаної з ним КІ, імовірним є те, що медичні працівники в установах надання первинної медикої допомоги зможуть приділити відносно мало часу кожному клієнтові, в порівнянні з часом, який приділяє клієнтам куратор, психолог чи консультант з питань зловживання алкоголем та наркотиками. Тому, в цьому посібнику представлені, переважно, практичні навички та методи, що є необхідними для надання КІ клієнтам з помірним рівнем ризику, а не детальні теоретичні засади або методика тренінгу з проведення триваліших чи періодичних сесій з клієнтами. Ключовим моментом є те, що мотиваційне інтерв'ю має бути співчутливим, неупередженим та об'єктивним при наданні інформації, що стосується клієнта. Підхід КІ, якому присвячено даний посібник, ґрунтується на принципах мотиваційного інтерв'ю, розробленого Miller²⁹ та доопрацьованого Miller та Rollnick⁷.

Мотиваційне інтерв'ю – це клієнт-орієнтований стиль взаємодії, що спонукає людей досліджувати і приймати рішення щодо свого амбівалентного ставлення до вживання ПАР (так звані “переваги” та “недоліки”) та просуватися далі стадіями змін. Він особливо ефективний під час роботи з клієнтами на початкових стадіях, таких як відсутність усвідомлення та усвідомлення проблеми, але принципи та навички важливо використовувати на всіх стадіях⁷. Мотиваційне інтерв'ю ґрунтується на розумінні того, що **ефективне лікування сприяє природному процесу змін**, і що мотивація до змін виникає в контексті відносин між клієнтом та медичним працівником, навіть якщо така взаємодія є короткотривалою.

Емпатія

Важливим принципом мотиваційного інтерв'ю є вираження *емпатії* медичним працівником стосовно клієнта. У клінічній ситуації емпатія включає прийняття, неупередженість, намагання зрозуміти точку зору клієнта та уникнення навішування ярликів, таких як «алкоголік» або «наркоман». Особливо важливо уникати конфронтації, звинувачення або критики клієнта. Майстерне рефлексивне слухання, що сприяє роз'ясненню та розкриттю власного досвіду та сенсів людини, є основою вираження емпатії. Емпатія медичного працівника є важливим фактором того, наскільки добре клієнт відреагує на інтервенцію⁷.

Створення протиріч та двоїстого ставлення за допомогою запитань відкритого типу

Крім того, вірогідніше вмотивувати клієнтів до зміни поведінки щодо вживання ПАР, якщо вони побачать різницю або **протиріччя** між своїм поточним способом життя і пов'язаними з ним проблемами та тим, яким би вони хотіли, щоби було їхнє життя, включно зі станом здоров'я та стосунками з іншими. Мотиваційне інтерв'ю має на меті створити та посилити протиріччя між наявною поведінкою та більш широкими цілями та цінностями, з точки зору клієнта. Клієнту важливо визначити власні цілі та цінності, **висловити власні причини** для змін.

Одним зі шляхів, яким може скористатися медичний працівник, щоби спрямувати клієнтів до висловлення власних причин необхідності змін, є **запитання відкритого типу**. Цей метод часто використовується під час мотиваційного інтерв'ю, щоб підштовхнути та змусити клієнтів почати думати і говорити про практику вживання ними ПАР. У контексті КІ, обумовленої результатами ASSIST, можна ставити, наприклад, такі запитання: «*Чи бентежить Вас отриманий результат? Що саме Вас непокоїть?*» або «*Що на Вашу думку можна було б назвати позитивним досвідом вживання психоактивних речовин?*» та «*Які недоліки Ви бачите у практиці вживання психоактивних речовин?*». Постановка питань відкритого типу клієнтам також

посилює їхнє розуміння того, що саме вони несуть відповідальність за напрям інтервенції та їхній вибір поведінкової практики вживання ПАР.

Подолання опору клієнтів

Основними принципами мотиваційного інтерв'ю є формування розуміння того, що амбівалентне ставлення та опір змінам є нормальним процесом, та залучення клієнтів до розгляду нової інформації та перспектив щодо їхньої практики вживання ПАР. Якщо клієнт/ка чинить опір змінам, медичний працівник не повинен протидіяти цьому, а має спробувати правильно зреагувати на висловлювання клієнта. Особливо важливо уникати сперечань щодо користі змін і не створювати ситуації, в яких клієнт/ка вимушено опиняється в ролі опонента. Варто зауважити, що в контексті KI, обумовлених результатами ASSIST, у клієнтів небагато можливостей для чинення опору.

Рефлексивне слухання та узагальнення

Рефлексивна реакція на аргументи клієнта – це намагання зрозуміти меседж та основну ідею того, що має на увазі клієнт. Важливо правильно почути і відобразити зміст та почуття, висловленні клієнтом/кою та повторити основну думку повідомлення із використанням (за можливості) тих самих слів, які він/вона застосував. Застосування методу рефлексивного слухання схоже на віддзеркалення медичним працівником того повідомлення/думки/почуттів, які були висловленні клієнтами під час розмови. Рефлексивне слухання показує клієнту, що медичний працівник розуміє сказане. Цей метод також можна застосовувати для уточнення того, що клієнт має на увазі.

Узагальнення є важливим методом підсумовування сказаного та підготовки клієнта до подальшої роботи. Узагальнення доповнює та підсилює ефект рефлексивного слухання, особливо в моментах обговорення питань занепокоєння та поведінкових змін. Спочатку клієнти чують себе, потім вони чують, як лікар повторює їхні думки/почуття, а потім вони знову мають змогу почути суть своїх висловлювань/повідомлень у підсумку розмови. Медичний працівник може певною мірою обрати, що саме включити до такого резюме, і може використати це для перенаправлення клієнта/ки та надання їм можливості надалі розглянути “недоліки” вживання ПАР.

У контексті KI, обумовлених результатами ASSIST, рефлексивне слухання та узагальнення використовуються, щоб підкреслити амбівалентне ставлення клієнта до вживання ПАР та спонукати його до ширшого визнання проблем та занепокоєнь. Наприклад: *«Отже, Вам дійсно подобається вживати кокаїн на вечірках, і Ви не думаєте, що вживаєте більше за Ваших друзів. З іншого боку, Ви витратили набагато більше грошей на кокс, ніж можете собі дозволити, і це Вас насправді бентежить. Вам важко вчасно сплачувати рахунки. Крім того, Ви помітили, що у Вас виникли проблеми зі сном, і у Вас з'явилася тривога щодо свого життя».*

Важливі поради

Резюмуючи, медичний працівник, який здійснює KI за результатами скринінгу ASSIST:

- є об'єктивним;
- є тією людиною, яка доносить інформацію, що стосується певного клієнта;
- є співчутливим та неупередженим;
- поважає вибір клієнта щодо прийнятих рішень стосовно вживання ПАР;
- а також поважає рішення, що приймаються під час KI;
- демонструє клієнту, що він його слухає та не зневажає його відповіді чи поведінкові практики;
- не сперечається з клієнтом;
- розмовляє з клієнтом з повагою та ставиться до нього як до рівного;
- застосовує запитання відкритого типу, щоби спрямувати клієнта в розмові до самопізнання та, врешті-решт, до змін.

7 Поєднання компонентів – покроковий підхід до короткотривалої інтервенції, обумовленої результатами ASSIST

Клієнти з помірним рівнем ризику

Короткотривала інтервенція (КІ), обумовлена результатами ASSIST, проводиться відповідно до 10 запропонованих основних кроків, представлених нижче, або відповідно до перших 5 кроків для КІ. Сам процес та приклади, надані в даному посібнику, відносяться до КІ, що стосується вживання лише однієї ПАР, яка, зазвичай, спричинює найбільше проблем для клієнта (згідно з визначенням клієнта або відповідно до найвищого результату скринінгу ASSIST), або ПАР, що вживається ін'єкційним шляхом (у разі доречності). Спроба змінити кілька схем поведінки одночасно, може бути важким завданням та, можливо, призведе до того, що клієнт почуватиметься перевантаженим та збентеженим. Відповідно, зосередження уваги на інтервенції стосовно лише однієї психоактивної речовини, може бути успішнішим. Частіше за все, речовина, що викликає найбільше занепокоєння, це речовина, що вживається ін'єкційним шляхом, або ж яка набрала найвищий результат за ASSIST (зазвичай, після тютюну).

Описана в даному посібнику КІ, яка ґрунтується на результатах ASSIST, триває від 3 до 15 хвилин та зосереджується на клієнтах, які перебувають на початкових стадіях невизнання та усвідомлення проблеми, та які, ймовірно, складають більшість клієнтів закладів надання первинної медичної допомоги. Глава 10 цього посібника присвячена інтервенції, яка стосується проблеми вживання багатьох речовин, більш тривалим та періодичним інтервенціям, а також інтервенціям для тих клієнтів, хто вирішив змінити свою поведінку щодо вживання речовин та знаходиться на етапі змін.

Цей покроковий підхід, викладений нижче, був розроблений з метою сприяння та зміцнення довіри до медичних працівників, які спеціально не навчаються проведенню мотиваційного інтерв'ю, а також не регулярно працюють з клієнтами, які вживають наркотики. Він також служить підґрунтям для більш досвідчених консультантів з питань зловживання алкоголем та наркотиками та може бути розширеним та дослідженим протягом більш тривалих або періодичних сеансів, або ж для вирішення проблеми вживання багатьох психоактивних речовин.

- 1 **Запитати** клієнта/ку, чи цікаво їм дізнатися про результати своїх тестів.
- 2 Надати клієнту/ці персоналізований **зворотний зв'язок** щодо результатів опитування ASSIST за допомогою форми звіту зворотного зв'язку.
- 3 Надання **поради** щодо зменшення ризику, пов'язаного з вживанням психоактивних речовин.
- 4 Надати можливість клієнту/ці нести повну **відповідальність** за свій вибір.
- 5 Запитати клієнта/ку чи **занепокоєні** вони отриманими результатами.
- 6-7 Розглянути **позитивні речі**, що асоціюються з вживання психоактивних речовин на противагу **недолікам**.
- 8 **Узагальнити та відобразити** твердження клієнтів щодо вживання ними речовин, сконцентрувавши увагу на недоліках такого способу життя.
- 9 Запитати клієнта/ку, наскільки їх **бентежать** “недоліки” такого способу життя.
- 10 Надати клієнту/ці **матеріали для подальшого ознайомлення вдома** з метою закріплення результатів короткотривалих інтервенцій.

КРОК 1 *Запитати клієнтів, чи цікаво їм дізнатися кількість отриманих балів за результатами заповнення опитувальника*

Звіт зворотного зв'язку заповнюється наприкінці інтерв'ю (матеріали в рамках ASSIST) та використовується для надання клієнтам персонального зворотного зв'язку щодо рівня їхнього ризику, пов'язаного з вживанням ПАР. Форма звіту зворотного зв'язку представлена в Додатку В посібника для працівників закладів первинної медичної допомоги: тест ASSIST щодо паління та вживання наркотиків, Humeniuk R.E.: . Женева, Всесвітня Організація Охорони Здоров'я¹.

Короткотривалу інтервенцію можна розпочати у такий спосіб: *«Чи цікаво Вам дізнатися результати заповнення опитувальника?»*

Це перше запитання медичного працівника, що визначить подальшу роботу з клієнтом, а саме можливість проведення КІ. Запитання такого типу пропонує клієнтам **самим обирати**, що відбуватиметься далі, і миттєво зменшує вірогідність їхнього опору. Позитивна відповідь клієнта дозволяє медичному працівнику надати персоналізований релевантний зворотний зв'язок та інформацію клієнтові про результати заповнення опитувальника та визначені ризики, а також про те, як клієнт може найкращим чином знизити ці ризики. Варто зазначити, що більшість клієнтів зацікавлені дізнатися та зрозуміти свої результати.

Результати заповнення опитувальника ASSIST щодо кожної психоактивної речовини зазначаються в спеціальних графах на початку звіту зворотного зв'язку. Рівень ризику зазначається позначками у відповідних графах для усіх речовин (низький, помірний та високий).

Звіт зворотного зв'язку ASSIST використовується під час консультації, з метою забезпечення зворотного зв'язку клієнтам, а також видається їм наприкінці сеансу, як пам'ятки про те, що обговорювалося. Форма звіту зворотного зв'язку також є чимось матеріальним, як для клієнта, так і для медичного працівника, а саме тим, на чому можна сконцентрувати увагу під час інтервенції.

КРОК 2 *Забезпечити персоналізований зворотний зв'язок клієнтам щодо результатів заповнених ними опитувальників за допомогою звіту зворотного зв'язку ASSIST*

Медичні працівники можуть об'єктивно надати клієнтам персоналізований релевантний зворотний зв'язок, шляхом озвучення інформації зі звіту зворотного зв'язку ASSIST. Форму звіту слід тримати так, щоби не лише клієнт міг з легкістю її переглянути, але й інтерв'юер міг читати з неї (навіть якщо вона перевернута). Надання зворотного зв'язку відбувається в два етапи. Спочатку озвучуються результати та рівень ризику, що пов'язаний з кожною речовиною, відповідно до інформації, що представлена на початку форми звіту зворотного зв'язку ASSIST.

Медичні працівники повинні озвучити клієнту/ці результати щодо кожної ПАР, зазначені на початку звіту зворотного зв'язку ASSIST, та повідомити про рівень ризику, що пов'язаний з вживанням кожної ПАР. Після цього слід пояснити клієнтам визначення помірною та/або високою рівня ризику. Це можна зробити, зачитавши визначення з графі, що розташована в нижній частині першої сторінки. Приклад зворотного зв'язку наводиться нижче:

«Ось усі ПАР, про які я Вас питав, а ось Ваші результати щодо кожної з них (показати результати). Як Ви бачите, ваш результат щодо тютюну становить 16, це означає, що Ви знаходитесь у діапазоні помірною рівня ризику, результат щодо алкоголю - 15, що також означає знаходження в діапазоні помірною ризику. Бал щодо марихуани складає 18, але це також у межах діапазону помірною ризику. Усі інші ПАР належать до діапазону низького ризику. Помірний ризик означає, що Ви наражаєте себе на небезпеку для здоров'я та інші проблеми, пов'язані з наявною схемою вживання речовин не лише зараз, але й у майбутньому, якщо Ви продовжите таку поведінкову практику».

Наступний етап надання зворотного зв'язку полягає в повідомленні про ризики, пов'язані з кожною конкретною вживаною ПАР, з акцентуванням уваги на речовині (або речовинах), які отримали найвищий бал. Інформація, що стосується другого етапу надання зворотного зв'язку,

міститься в формі звіту зворотного зв'язку ASSIST у рядку, що складається з 9 граф: алкоголь, тютюн, канабіс, кокаїн, стимулятори амфетамінового ряду, інгалянти, седативні препарати, галюциногени, опіоїди. У кожній графі перераховані негативні впливи, від менш серйозних (світло-блакитний колір) до більш серйозних (темно-синій колір) для кожної ПАР. Зворотний зв'язок включає озвучення цих ризиків клієнту з додатковим поясненням за потреби. Як вже зазначалося, форму звіту слід тримати так, щоби не лише клієнт міг з легкістю її переглянути, але й інтерв'юер міг читати з неї (навіть якщо вона перевернута). Приклад персоналізованого зворотного зв'язку щодо помірного рівня ризику вживання канабісу представлений нижче:

«Оскільки Ви знаходитесь у діапазоні помірного рівня ризику щодо вживання марихуани, з вашим способом життя можуть бути пов'язані наступні проблеми: проблеми з увагою та мотивацією, відчуття тривоги, паніки чи депресії, труднощі з вирішенням проблем або запам'ятовуванням речей, високий кров'яний тиск, астма, бронхіт та, у крайньому разі, психози, захворювання серця та дихальних шляхів та рак...»

КРОК 3 Надання поради щодо зменшення ризику, пов'язаного з вживанням психоактивних речовин

Надання поради клієнтам має на меті створення взаємозв'язку між скороченням вживання психоактивних речовин та зменшенням їхнього негативного впливу. Клієнти можуть не знати про зв'язок між вживанням психоактивних речовин та існуючими або потенційними проблемами, і надання такої поради клієнтам має інформативний характер, що має на меті повідомити їм про те, що скорочення або припинення вживання ПАР знизить ризик виникнення проблем як на поточний момент, так і в майбутньому. Ефективна порада, може звучати, наприклад, так:

«Найкращим шляхом зменшити ризик (шкоду) для Вас було б скоротити або припинити вживання (речовини)».

Варто зауважити, що медичному працівникові не слід надавати упереджені або суб'єктивні поради, що передають його особисту думку. Наприклад, висловлення порад у такому формулюванні: «Вам вже час щось робити зі своєю звичкою» або «Мене бентежить те, що Ви вживаєте канабіс» не буде ефективним через те, що клієнти можуть почуватися збентеженими, розгніваними, вважати що їх осуджують, критикують, і це може призвести до того, що почнуть опиратися змінам. На противагу, висловлення об'єктивних порад в нейтральному, але сприятливому середовищі надає клієнтам точну інформацію, що допоможе їм прийняти власне рішення.

КРОК 4 Надати можливість клієнту нести повну відповідальність за свій вибір

Як вже зазначалося вище, встановлення особистого контролю є важливим мотиваційним чинником досягнення змін. Медичні працівники повинні пам'ятати, що клієнти несуть відповідальність за власні рішення щодо вживання ПАР, і це слід повторювати під час КІ, особливо після надання зворотного зв'язку та порад. Наприклад, це можна зробити так:

«Інформація, яка надається Вам стосовно вживання речовин може бути використана Вами на Ваш розсуд...Я просто повідомляю Вам про негативні впливи, що пов'язані з Вашою поточною поведінковою практикою вживання речовин».

Наведений вище приклад не лише спонукає клієнтів взяти на себе відповідальність, але й підсилює взаємозв'язок між вживанням ПАР та пов'язаними з цим ризиками.

КРОК 5 Запитати клієнтів, наскільки вони занепокоєні результатами тесту

Це запитання відкритого типу, призначене для того, щоби клієнт/ка задумалися про вживання ПАР та почали висловлювати будь-які занепокоєння щодо їхнього вживання. Використання запитань відкритого типу в цьому контексті є потужною мотиваційною технікою інтерв'ю, і,

можливо, саме під час нього клієнт/ка вперше вголос висловить своє занепокоєння стосовно вживання ним/нею певних ПАР. Є дані про те, що висловлення вголос занепокоєнь у сприятливому контексті призводить до зміни переконань та поведінки^{7,29}. Медичні працівники повинні повернути першу сторінку звіту зворотного зв'язку ASSIST у такий спосіб, щоби клієнт/ка мали змогу знову побачити свої результати, та сказати щось на кшталт:

«Наскільки Вас бентежить отриманий Вами результат щодо (речовина)?»

КРОК 6 та 7 Розглянути позитивні речі на противагу недолікам вживання психоактивних речовин

Спонування клієнтів до обмірковування і висловлювання як позитивних відчуттів, так і недоліків щодо вживання певних ПАР є стандартною мотиваційною технікою інтерв'ю, що сприяє формуванню невідповідності або створенню когнітивного конфлікту у сприйнятті ситуації клієнтом. Можливо, клієнт/ка вперше в житті обмірковують або висловлюють плюси та мінуси вживання ПАР, що є першим і важливим кроком до зміни їхньої поведінки. Важливо запитати як про позитивні, так і про негативні аспекти вживання ПАР, оскільки у такий спосіб клієнт визнає, що медичний працівник знає, що він/вона має особисті або функціональні причини вживання речовин.

Найкращим способом змусити клієнтів зважити як “переваги”, так і “недоліки” вживання речовин є використання двох запитань відкритого типу. Почніть з позитивних аспектів вживання ПАР, на кшталт:

«Які позитивні аспекти вживання Вами (речовина) Ви для себе вбачаєте ... ?»

Після того, як клієнт перелічить їх усі, спитайте про менш позитивні аспекти вживання ПАР. До прикладу:

«Які менш приємні аспекти вживання вами (речовина) ... ?»

Якщо в клієнта виникають труднощі з висловленням своєї думки про «менш приємні аспекти», медичні працівники можуть підказати відповіді, що були надані клієнтом під час заповнення анкети ASSIST (особливо, питання Q4) або поставити запитання відкритого типу щодо наступного:

- **здоров'я** – фізичне та психічне;
- **соціальне життя** – стосунки з партнером, родиною, друзями, колегами;
- **проблеми з законом** – аварії, досвід взаємодії з правоохоронними органами, керування транспортним засобом під впливом ПАР;
- **фінансовий стан** – вплив на особистий бюджет;
- **професійна діяльність** – труднощі з виконанням роботи, навчанням, веденням господарства та доглядом за членами родини;
- **моральні аспекти** – самооцінка, почуття провини, цілісність.

КРОК 8 Узагальнити та відобразити твердження клієнтів щодо вживання ними речовин, сконцентрувавши увагу на недоліках такого способу життя

Узагальнення та відображення (рефлексивне слухання) того, що щойно висловили клієнти про “переваги” та “недоліки” вживання ПАР, є простим, але ефективним способом визнати досвід клієнта та підготувати його до подальшої роботи. Якщо клієнт/ка відчують, що їх вислухали та почули, вони, імовірно, сприйматимуть та обмірковуюватимуть інформацію та поради, що надані медичним працівником. Рефлексивне слухання та узагальнення також дозволяють медичним працівникам активно висвітлювати когнітивні конфлікти клієнта та наголошувати на менш позитивних аспектах вживання ПАР. Приклад відображення “переваг” та “недоліків” вживання ПАР, з основним наголосом наприкінці на “недоліках”, надається нижче:

«Отже, Вам подобається пити, тому що це розслаблює Вас, а перші пару келихів навіть роблять Вас щасливим, балакучим та впевненим в собі... але Вам не подобається те, що Ви не можете зупинитися, якщо вже почали пити, і що Ви, зазвичай, у стані сп'яніння вплутуєтеся в сварки, що часто призводить до того, що Ви говорите або робите речі, про які шкодуєте наступного дня, і що трапляються такі ситуації, як, наприклад, минулого тижня, коли Ви потрапили до лікарні, внаслідок отриманих під час бійки травм...»

КРОК 9 *Запитати клієнтів, наскільки їх непокоять “недоліки” такого способу життя*

Це ще одне запитання відкритого типу, але воно відрізняється від того, що ставиться під час кроку 5 щодо занепокоєння результатами ASSIST. Хоча це запитання і подібне до попереднього, воно має на меті сприяти формуванню в клієнта думки про необхідність змін та забезпечити платформу для медичних працівників для можливості проведення у подальшому короткотривалої інтервенції, якщо на це вистачатиме часу. Запитання можна поставити у такий спосіб:

«Чи непокоять Вас недоліки такого способу життя? Як саме?»

КРОК 10 *Надати клієнтам матеріали для подальшого ознайомлення вдома з метою закріплення результатів короткотривалої інтервенції*

Клієнтам необхідно надати копію звіту зворотного зв'язку ASSIST та іншу друковану інформацію, щоби вони могли забрати їх із собою після завершення сеансу. Друкована інформація може посилити та закріпити результати КІ, якщо клієнти ознайомляться з ними повторно. Клієнти також можуть розповсюджувати такі матеріали серед друзів та членів родини, які також можуть вживати психоактивні речовини.

Після завершення сеансу КІ, клієнтам потрібно віддати:

- форму звіту зворотного зв'язку клієнта/ки;
- буклети з загальною інформацією про ПАР, які вживає клієнт/ка (отримані від відповідної агенції вашої країни);
- *Стратегії самодопомоги для зменшення або припинення вживання речовин: посібник*³⁰;
- форму ризиків вживання речовин ін'єкційним шляхом (за необхідності).

Форма звіту зворотного зв'язку ASSIST слугує нагадуванням клієнту про його результати та ризики, що пов'язані з вживанням ПАР, про що йшлося під час КІ. У цій формі також міститься інформація про ризики, що пов'язані з вживанням інших речовин, на яких, можливо, не зосереджувалися безпосередньо під час інтервенції, але які клієнт/ка також може вживати.

*«Стратегії самодопомоги для зменшення або припинення вживання речовин: посібник»*³⁰ є загальним керівництвом, що допоможе клієнтам прийняти рішення щодо того, чи бажають вони щось змінити стосовно своєї поведінкової практики вживання речовин, а також містить низку простих, але ефективних, стратегій, що допоможуть клієнтам скоротити або припинити вживання ПАР. Дане ілюстроване керівництво є зрозумілим для людей, які мають, щонайменше, 5-річну освіту в дотичних сферах. Медичні працівники також можуть використовувати дане видання як платформу для проведення триваліших або періодичних інтервенцій, за потреби.

Форма щодо ризиків вживання речовин ін'єкційним шляхом надається тим клієнтам, які вживали ПАР ін'єкційним шляхом впродовж останніх 3 місяців. У ній міститься інформація про шкоду ін'єкційних практик, а також деякі стратегії мінімізації шкоди для клієнтів, які вирішили продовжувати вживати ПАР ін'єкційним шляхом. Форма щодо ризиків вживання ПАР ін'єкційним шляхом міститься в Додатку Г: Скринінговий тест на вживання алкоголю, ПАР та паління (ASSIST): посібник для працівників закладів надання первинної медичної допомоги. Humeniuk R.E., Henry Edwards S., Ali RL, Poznyak V. та Monteiro M. (2010), Женева, Всесвітня Організація Охорони Здоров'я¹.

Клієнти, які вживають ПАР ін'єкційним шляхом потребують подальших інтервенцій, окрім тих, що зазначаються вище (кроки 1 – 10), про це більш детально зазначено в Главі 8 «Клієнти з високим рівнем ризику та клієнти, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом».

Посібник та інші матеріали надаються клієнтові з коротким поясненням їхнього вмісту нейтральною мовою, поважаючи право клієнта на вибір того, що йому робити в зв'язку з вживанням ПАР. Скажіть щось на кшталт:

«Дехто вважають цей посібник корисним, тому що, коли вони замислюються над тим, чи хочуть вони скоротити вживання речовин, і вирішують, що хочуть, вони знаходять в цьому посібнику корисні стратегії, що можуть їм в цьому допомогти».

Клієнти з низьким рівнем ризику

Клієнти, чиї результати знаходяться в діапазоні низького рівня ризику, не потребують інтервенцій задля зміни схем вживання речовин, і їхнє лікування можна продовжувати у звичайний спосіб. Однак, слід нагадати їм про відповідальність та заохотити продовжувати дотримуватися поточних схем вживання ПАР, що не наражатимуть їх на ризик. Додатково, якщо дозволяє час, потрібно надати таким клієнтам загальну інформацію про алкоголь та інші ПАР, адже це може бути доцільним з кількох причин:

- Підвищення рівня обізнаності в громаді про вживання алкоголю та інших речовин і пов'язані ризики.
- Профілактичне заохочення споживачів наркотиків з низьким рівнем ризику до продовження дотримання поточних поведінкових практик щодо вживання ПАР, що не наражають їх на ризик.
- Нагадування клієнтам з досвідом вживання шкідливих чи небезпечних речовин у минулому про ризики повернення до вживання цих речовин.
- Передача клієнтами отриманої інформації друзям або членам родини, в яких існують проблеми з вживанням речовин.

8 Взаємодія з клієнтами з високим рівнем ризику та клієнтами, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом

Клієнти, які регулярно вживали наркотики ін'єкційним шляхом впродовж останніх 3 місяців (див. примітку нижче) та/або чий результати ASSIST знаходяться в діапазоні високого рівня ризику (27 або вище балів) щодо будь-якої ПАР, потребують не лише короткотривалих інтервенцій. Однак, такі інтервенції, разом з матеріалами для подальшого ознайомлення, все ж слід надавати цим клієнтам **для мотивації до подальшого лікування**. Також, таких клієнтів слід заохочувати та запевнити щодо ефективності лікування, а також надати їм інформацію про лікування та доступ до нього. Цілком ймовірно, що КІ для цих клієнтів триватиме не менше 15 хвилин, враховуючи серйозність проблеми. Якщо клієнт/ка намагалися, але не змогли в минулому скоротити або припинити вживання речовин (як зазначено в питанні 7 тесту ASSIST), обговоріть з ними ці спроби. Це може допомогти клієнтам зрозуміти, що для того, щоби змінити практику вживання ПАР їм потрібно почати лікуватися. Інформація про проведення більш тривалих сеансів з клієнтами надається в Главі 11 цього посібника *«Триваліші та періодичні інтервенції - інформація, навички та методи»*.

Як мінімум, клієнти з високим рівнем ризику потребують подальшої оцінки, що включатиме дослідження їхнього досвіду вживання ПАР та, бажано, направлення на подальше лікування. Залежно від потреб клієнта, лікування може включати: періодичні сеанси з працівниками закладів надання первинної медичної допомоги, консультантами з питань вживання наркотиків та алкоголю, а також, фармакотерапію, детоксикацію в умовах стаціонару, реабілітацію в спеціалізованому закладі, групову терапію або 12-ступеневу чи аналогічну програму. Також можливі інші варіанти лікування, залежно від їхньої наявності в країні або культури клієнта. Крім того, можуть існувати проблеми, що пов'язані з вживанням наркотиків клієнтами, які, можливо, потребують вирішення проблем з хронічним болем, психічного характеру, тих, хто мають труднощі в особистих відносинах, проблеми на роботі або є безпритульними. Коли клієнти повертаються до ЗОЗ, необхідно проконтролювати та з'ясувати, чи погоджуються вони проходити більш інтенсивне лікування. Їх слід запросити на повторний прийом у будь-який найближчий час та поговорити про вживання ПАР.

Також важливим є те, щоби клієнти з високим рівнем ризику та ЛВНІ пройшли комплексну перевірку стану здоров'я, включно зі здачею аналізу крові та інших біологічних речовин. Наприклад, клієнтам, які вживають алкогольні напої, слід зробити аналіз на ферменти печінки, а ЛВНІ слід обстежитись на гепатит та ВІЛ/СНІД, та забезпечити їх інформацією про мінімізацію шкоди, пов'язану з ін'єкційним шляхом вживання ПАР, як це зроблено на картці щодо ризику вживання ін'єкційних наркотиків.

Питання Q8 ASSIST стосується регулярності вживання речовин ін'єкційним шляхом. І хоча бали за питання Q8 не враховуються під час розрахунку результатів ASSIST стосовно певної ПАР, клієнти, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом більше 4 разів на місяць, ймовірно, потребують більш інтенсивного лікування. Ці настанови ґрунтуються на схемах ін'єкційного вживання наркотиків, що відображають формування залежності серед споживачів героїну (частіше 1 разу на тиждень) та амфетамінів/кокаїну (частіше, ніж 3 дні поспіль). Однак, медичні працівники повинні прийняти клінічне рішення щодо найкращого способу дій, ґрунтуючись на наявній наразі інформації. Більше інформації щодо оцінки споживачів ін'єкційних наркотиків надається в «Скринінговий тест на вживання алкоголю, наркотиків та паління (ASSIST): посібник для працівників закладів надання первинної медичної допомоги»¹.

Клієнтів необхідно проінформувати про зв'язок вживання наркотиків ін'єкційним шляхом з підвищеною ймовірністю формування залежності, передозування (особливо, якщо вводяться опіоїди), психозу (особливо, якщо вводяться стимулятори), локальних та системних інфекцій,

абсцесів та виразок, колапсу вен та інфекційних захворювань, таких як гепатити В та С та ВІЛ/СНІД.

Клієнти, які вирішують продовжувати вживати наркотики ін'єкційним шляхом, повинні бути поінформовані про відповідні стратегії мінімізації шкоди, в тому числі: використання індивідуального обладнання для ін'єкцій, гігієна місця ін'єкцій, уникнення одночасного вживання інших речовин - особливо алкоголю та заспокійливих препаратів, повідомляти близькій особі про намір вживання ПАР на випадок передозування, вивчити техніку надання першої медичної допомоги та проведення реанімаційних заходів, а також вживання невеликої кількості ПАР перед "основним сеансом", задля перевірки її на чистоту. Клієнти також повинні бути поінформовані про те, де вони можуть отримати доступ до стерильних голок (або як простерилізувати використані голки) та як безпечно їх утилізувати.

9 Приклад короткотривалої інтервенції

Далі наведено сценарій прикладу запропонованої 10-крокової КІ, обумовленої результатами ASSIST, для 22-річної клієнтки, яка щойно заповнила анкету ASSIST. Цей приклад взято з реальної клінічної ситуації, скринінг ASSIST та КІ були запропоновані клієнтці в австралійському шкірно-венерологічному диспансері. Медичний працівник підрахував бали клієнтки та записав їх до звіту зворотного зв'язку ASSIST. Клієнтка отримала результат у діапазоні помірного рівня ризику щодо стимуляторів амфетамінового ряду, тютюну та канабісу. Результати стосовно усіх інших речовин знаходилися в діапазоні низького рівня ризику. У наведеному нижче прикладі медичний працівник зосереджується лише на вживанні стимуляторів амфетамінового ряду, а саме, «спідів (speed)» (порошкова форма амфетаміну). Може також застосовуватися більш тривала інтервенція для вирішення питання щодо вживання клієнткою інших речовин (канабіс та тютюн).

Приклад нижче поділений на дві частини. Частина 1 містить сценарій для короткотривалої 3 - 5-хвилинної інтервенції, в той час як Частина 2 містить другу частину сценарію, в результаті чого, інтервенція триває 10 - 15 хвилин.

Кожен етап КІ [крок 1 - 10] зазначається в квадратних дужках наприкінці кожної фрази медичного працівника.

ЧАСТИНА 1 | Короткотривала інтервенція (3 - 5 хвилин)

Медичний працівник: Чи хотіли б Ви дізнатися результати тесту, який Ви щойно пройшли? [Крок 1. Запитання]

Клієнт: Так, будь ласка.

Медичний працівник (вказує на результат на першій сторінці звіту зворотного зв'язку ASSIST): Ось Ваші результати щодо кожної речовини, про які ми говорили. Ви набрали 21 бал за вживання тютюну, що означає помірний рівень ризику для цієї ПАР, 6 – вживання канабісу, що також означає помірний рівень ризику, та 14 - за стимулятори амфетамінового ряду, і це також означає помірний рівень ризику. Щодо інших речовин, Ваші результати знаходяться в діапазоні низького рівня ризику. Результати в діапазоні помірного рівня ризику означають, що існує загроза Вашому здоров'я та можливість виникнення інших проблем, якщо Ви продовжуватиме вживати ПАРи відповідно до існуючої практики. Навіть якщо зараз у Вас немає жодних проблем, отриманий Вами результат означає, що в майбутньому існує ризик розвитку проблем зі здоров'ям та інших проблем. [Крок 2. Зворотний зв'язок]

Медичний працівник (відкриває брошуру та вказує на графу, що стосується стимуляторів амфетамінового ряду): Враховуючи помірний рівень ризику щодо вживання Вами амфетамінів, шкода від такого способу життя включає: проблеми зі сном, втрата апетиту, зневоднення, стискання щелепи, головний біль та біль у м'язах, а також перепади настрою - почуття тривоги, депресія, паніка чи параноя, особливо на наступний день після вживання, про які Ви згадували, коли ми заповнювали анкету. Внаслідок того, що «спіди» є стимуляторами центральної нервової системи, їх прийом призводить до тремору, серцевої аритмії та задишки. Деякі люди, які приймають амфетаміни, стають агресивними та жорстокими, а в інших виникає психоз. У крайньому разі вживання стимуляторів амфетамінового ряду також може спричинити постійне ураження клітин головного мозку, ураження печінки та інсульт. [Крок 2. Зворотний зв'язок]

Медичний працівник: Щоби зменшити ймовірність того, що у Вас виникнуть подібні проблеми (вказує на ризики, що зазначаються в відповідній графі), Вам, краще за все, слід або скоротити або припинити вживання амфетамінів. [Крок 3. Порада]

Медичний працівник: Що Вам робити з цією інформацією, залежить лише від Вас. Я просто повідомляю Вам про взаємозв'язок між Вашим поточним способом життя та тими проблемами, які

можуть у Вас виникнути. [Крок 4. Відповідальність]

Медичний працівник (Повертається до результатів щодо амфетамінів): Чи занепокоєні Ви своїми результатами щодо амфетамінів? Як саме? [Крок 5. Занепокоєння]

Клієнт: Ну, так, це мене дещо непокоїть. Я не думала, що в мене можуть бути такі високі результати щодо амфетамінів, та такі проблеми зі здоров'ям внаслідок цього. Гадаю, я вже думала про скорочення вживання, тому що вживання амфетамінів через деякий час призводить до виникнення відчуття пригніченості та до частих змін настрою, і я вже починаю розуміти, що, можливо, їх просто не варто більше вживати. Але коли я їх вживаю, я так добре себе почуваю - тому я навіть не знаю ...

Завершення короткотривалої інтервенції, надання клієнту матеріалів для подальшого ознайомлення, відповідно до Кроку 10.

ЧАСТИНА 2 | Короткотривала інтервенція (10 - 15 хвилин)

Медичний працівник: Добре, а що особисто Вас приваблює у вживанні амфетамінів? [Етап 6. Переваги]

Клієнт: Мені подобається, що я можу тусуватися цілу ніч з друзями, коли я вживаю «спіди», і почуваю себе набагато жвавішою та щасливою. Ми просто добре проводимо час разом, і це справжній кайф.

Медичний працівник: А як щодо менш приємних наслідків вживання амфетамінів, які вони? [Етап 7. Недоліки]

Клієнт: Однозначно “відходняк”. Я відчуваю себе дуже пригніченою та дратівливою на роботі та зі своїм хлопцем. Йому не дуже подобається, що я їх вживаю, тому, між нами виникають проблеми. Мене також непокоїть тривалий вплив вживання наркотиків на мій настрій, тому що я зараз набагато більш дратівлива, ніж раніше.

Медичний працівник: Отже, Ви кажете, що переваги прийому «спідів» полягають у тому, що це допомагає Вам почуватися активною, Ви можете бути активною всю ніч з друзями та по-справжньому добре проводити час, але з іншої сторони, на ранок Ви відчуваєте пригнічення, а також помітили, що взагалі стали більш дратівливою, ніж раніше, і це спричинює деякі проблем з Вашим хлопцем, особливо через Вашу дратівливість та перепади настрою. [Крок 8. Узагальнення та відображення]

Медичний працівник: Чи непокоять Вас недоліки вживання амфетамінів? Як саме? [Крок 9. Занепокоєння]

Клієнт: Так, вважаю, що мене турбує їх вплив на мій настрій загалом, а також інші проблеми зі здоров'ям, про які Ви згадували, коли ми обговорювали результати, я про них не знала і це мене лякає. Мене також хвилює те, чи завжди в мене будуть такі перепади настрою? Тому що я справді не хочу бути в депресії.

Медичний працівник: Ви можете забрати свій звіт зворотного зв'язку додому, також я дам Вам інформацію щодо амфетамінів та посібник («Стратегії самодопомоги для зменшення або припинення вживання речовин: посібник»³⁰), адже деякі люди вважають його корисним, тому що їм це допомагає вирішити, чи хочуть вони взагалі скоротити вживання наркотиків. Якщо Ви все ж таки вирішите, що хочете скоротити чи припинити вживання ПАР, в посібнику Ви знайдете деякі стратегії, що можуть стати Вам в нагоді. Крім того, ми можемо призначити наступний візит і ми поговоримо про це ще раз, якщо Ви відчуваєте, що Вам це дійсно потрібно, але вирішувати Вам. [Крок 10. Матеріали для ознайомлення вдома]

10

Більш тривалі інтервенції вирішення питань щодо одночасного вживання кількох психоактивних речовин

Медичні працівники, ймовірно, забажають приділити більше часу для обговорення з клієнтом/кою, які вживають кілька видів психоактивних речовин. Деякі навички та методи, необхідні для проведення більш тривалих інтервенцій, наведені у главі 11 даного посібника.

Вживання кількох видів психоактивних речовин, зокрема тютюну, алкоголю та канабісу, є досить поширеним серед клієнтів, які вживають такі нелегальні ПАРи, як стимулятори амфетаміну, кокаїн або опіоїди. Нижче запропоновано 10 основних кроків для обговорення питання вживання кількох видів психоактивних речовин. Зворотній зв'язок надаватиметься щодо всіх речовин, які знаходяться у групі помірної або підвищеної ризику, проте інтервенції слід спрямовувати на ПАР/и, яка/і є найпроблемнішими або викликають найбільше занепокоєння у клієнта. Варто також зазначити, що хоча інтервенція може бути направлена на одну основну речовину, клієнтам наприкінці інтервенції можна надати роздаткові матеріали, за допомогою яких вони ознайомляться з ризиками, пов'язаними з вживанням інших речовин.

Запропоновані 10 кроків для обговорення питання вживання кількох видів психоактивних речовин

- 1. Запитайте** клієнта/ку, чи цікаво їм побачити результати скринінгу.
- Надайте персоналізований **зворотний зв'язок** щодо результатів скринінгу клієнта/ки, використовуючи звіт зворотного зв'язку ASSIST:
 - Загальний зворотний зв'язок щодо результатів на першій сторінці;
 - Конкретний зворотний зв'язок щодо ПАР 1 (найвищі результати чи найбільш проблематична речовина), як зазначено в окремих полях всередині звіту зворотного зв'язку;
 - Конкретний зворотний зв'язок щодо вживання ПАР 2;
 - Конкретний зворотний зв'язок щодо ПАР 3 тощо.
- Надання **поради** щодо зменшення ризиків, пов'язаних із вживанням речовин:
 - Загальна порада щодо вживання усіх речовин.
- Дозвольте клієнтам нести повну **відповідальність** за власний вибір:
 - Ваява про загальну відповідальність щодо всіх речовин.
- Запитайте клієнтів, наскільки вони **занепокоєні** своїми результатами:
 - Запитайте клієнтів, яка речовина(и) викликає(ють) у них найбільше **занепокоєння**, і поставте подальші питання відповідно до пунктів 6, 7, 8 і 9.
- Порівняйте “**переваги**” вживання речовин із
- Недоліками** вживання речовин.
- Підсумуйте та надайте коментарі** щодо розповідей клієнта про вживання ПАР, з акцентом на “недоліках”.

9 Запитайте клієнта, наскільки він/вона занепокоєні цими “недоліками”:

Повторіть кроки 5, 6, 7, 8 і 9 для наступної ПАР, вживання якої викликає занепокоєння.

10 Надайте клієнтам **роздаткові матеріали для ознайомлення вдома** для посилення ефекту короткотривалої інтервенції.

11 Триваліші та періодичні інтервенції - інформація, навички та методи

Усім клієнтам, які пройшли скринінг ASSIST, необхідно надати зворотний зв'язок щодо результатів та рівня ризиків, з якими вони можуть стикатися, а також інформацію чи поради стосовно речовин, які вони вживають, як це було продемонстровано на прикладі короткотривалої 3-5-хвилинної інтервенції вище. Це – мінімальний рівень інтервенцій для всіх клієнтів. Однак, можливо, деякі медичні працівники матимуть можливість проведення триваліших чи довших інтервенцій. У такому разі лікарям, найімовірніше, знадобиться певна додаткова підготовка для впровадження найкращих практик лікування осіб з наркотичною або алкогольною залежністю. У даному посібнику викладені **деякі** методи мотиваційного інтерв'ю та принципи FRAMES, необхідні для проведення триваліших інтервенцій або надання допомоги клієнтам, які усвідомлюють наявність проблеми та бажають змінити поведінку, але їм бракує впевненості чи знань, або клієнтам, які знаходяться на стадії зміни звичок та готові змінити поведінку, пов'язану із вживанням речовин.

Методи та навички, необхідні для того, щоби змінити поведінку, також викладені у документі: *«Стратегії самодопомоги для зменшення або припинення вживання речовин: посібник»*³⁰. І хоча цільовою аудиторією даної стратегії є клієнти, у ній запропоновані корисні інструменти розуміння низки стратегій для медичних працівників, які можна застосовувати на практиці.

Анамнез вживання речовин

Рекомендується, щоб клієнт розповів про анамнез вживання речовин протягом триваліших або періодичних сесій. Хоча інформація, що надається різними клієнтами буде відрізнятися, частота вживання та кількість речовин, що вживаються, як правило, є сталим показниками тяжкості захворювання та наявності інших проблем, з якими стикаються клієнти. Частота вживання ПАР протягом останніх 3 місяців визначається у Q2 ASSIST, що допомагає отримати кінцевий результат оцінки ризику ASSIST. Детальніший анамнез включатиме таку інформацію:

Кількість – яку кількість ПАР вживає клієнт у стандартних або співставних одиницях.

Частота вживання – уточнення інформації щодо частоти вживання речовин за останні 3-6 місяців.

Паттерн вживання – чи є постійним паттерн вживання, чи зловживає клієнт речовинами, чи були періоди утримання, і чому.

Тривалість вживання – як довго клієнт вживає речовину та в якому віці вжив ПАР вперше.

Спосіб прийому – спосіб вживання ПАР: орально, куріння, інтраназально, ін'єкційно, вдихання тощо.

Форма ПАР – у якій формі використовується речовина: таблетки, сироп, кристали, порошок, рослинний продукт (листя, бутон, сік тощо) та будь-який похідний від них препарат.

Визначення анамнезу вживання речовин – це ще один спосіб моніторингу вживання ПАР клієнтом протягом певного періоду часу, що допомагає узагальнити інформацію, яка надається в опитувальнику ASSIST. Інформація може бути використана для обговорення з іншими

медицини працівниками та для визначення оптимального курсу лікування клієнта, особливо для осіб із залежністю та осіб, які знаходяться у групі високого ризику.

Детальніше про стадії змін

Усвідомлення наявності проблеми

У цьому посібнику міститься інформація та пропонуються методи роботи переважно з особами, які перебувають на стадії відсутності усвідомлення проблеми та тими, хто перебувають на стадії її усвідомлення. Однак, як зазначено в Розділі 4, деякі особи, які усвідомлюють проблему, можуть бути готові до змін, але можуть не знати, яким чином це зробити, або можуть не мати впевненості у власних силах. Важливість проблеми, готовність до змін у поведінці та впевненість у своїх силах необхідно оцінювати при проведенні інтервенції для заохочення клієнтів змінити свою поведінку. Шкала готовності (рис.2) та шкала впевненості (рис. 3), що подаються нижче, можуть бути корисними візуальними інструментами для допомоги клієнтам.

Допомогти клієнтам побачити їхнє неоднозначне ставлення до вживання ПАР для досягнення балансу може бути ще одним корисним інструментом на цій стадії. На одній стороні «ваг» знаходиться вигода клієнта від поточної поведінки, пов'язаної з вживанням речовин та «ціна», яку необхідно сплатити для того, щоби змінити цю поведінку (причини підтримувати поточний спосіб життя), а на іншій стороні – «ціна», яку платить клієнт в зв'язку з поточною практикою вживання речовин та “вигода” від змін у поведінці (причини змін). Зміни навряд чи відбудуться доти, доки причини для змін не здаватимуться важливішими за причини підтримувати старі звички. «Ваги» рішень (рис. 4) – це корисний наочний інструмент, який може допомогти медичному працівникові в подальшому обговорити з клієнтом плюси та мінуси вживання ПАР та продемонструвати розбіжності (або амбівалентність). Інший спосіб заохотити клієнтів розглянути “вигоду” від поточного вживання ПАР та «ціну», яку за це доводиться платити – допомогти їм скласти таблицю, подібну до наведеної нижче (Таблиця 2). Спочатку можна попросити клієнта/ку поговорити про те, що їм подобається у вживанні речовин, а саме про плюси, а потім запитати про мінуси. Використання цих стратегій також пропонується у роздатковому посібнику: *«Стратегії самопомоги для зменшення або припинення вживання речовин: посібник»*³⁰.

Для того, щоб насправді змінити поведінку люди повинні мати готовність, бажання та здатність до змін⁷. Стадії моделі змін, які розглядалися вище, – це спосіб зрозуміти, наскільки клієнт готовий та бажає змінити свою поведінку, пов'язану з вживанням ПАР.

Готовність і бажання зменшити або припинити вживання ПАР пов'язані з тим, наскільки важливими клієнт/ка вважають такі зміни. Однак сама думка про важливість змін не завжди є достатньою для того, щоби клієнти перейшли у фазу дій. Іноді клієнти готові до змін, але не впевнені, що їм це вдасться. Щоб заохотити клієнтів змінити свою поведінку, під час інтервенцій необхідно обговорювати питання важливості змін та впевненості у власних силах.

Простий спосіб з'ясувати, наскільки важливим для клієнта є зменшення вживання ПАР – це використання “шкали готовності”⁷ (рис. 2). Це шкала чи лінійка з градацією від 0 до 10, де 0 – “зовсім не важливо”, а 10 – “надзвичайно важливо”. Клієнтів можна попросити оцінити, наскільки важливо для них змінити поведінку, пов'язану з вживанням ПАР.

Так звану “шкалу готовності” можна використовувати на початку КІ, щоб допомогти націлити інтервенцію на відповідну стадію змін, або її можна використовувати під час самої інтервенції. Також її можна використовувати на довготривалих сесіях, як спосіб заохотити клієнта почати говорити про причини змін у поведінці.

Міллер і Rollnick⁷ пропонують використовувати шкалу для того, щоби отримати сукупні бали клієнта, а потім поставити подальші два питання.

! «Чому Ви поставили (наприклад, 3 бали), а не 0 балів?». Це дозволяє клієнту в усній формі захистити або обґрунтувати свою позицію, яка може потім стати для нього мотивацією для зміни поведінки.

Рисунок 2 | Шкала готовності

«Наскільки важливим для Вас є зменшення або припинення вживання речовин? Який бал Ви поставили б за шкалою від 0 до 10, де 0 «зовсім не важливо», а 10 – «надзвичайно важливо»

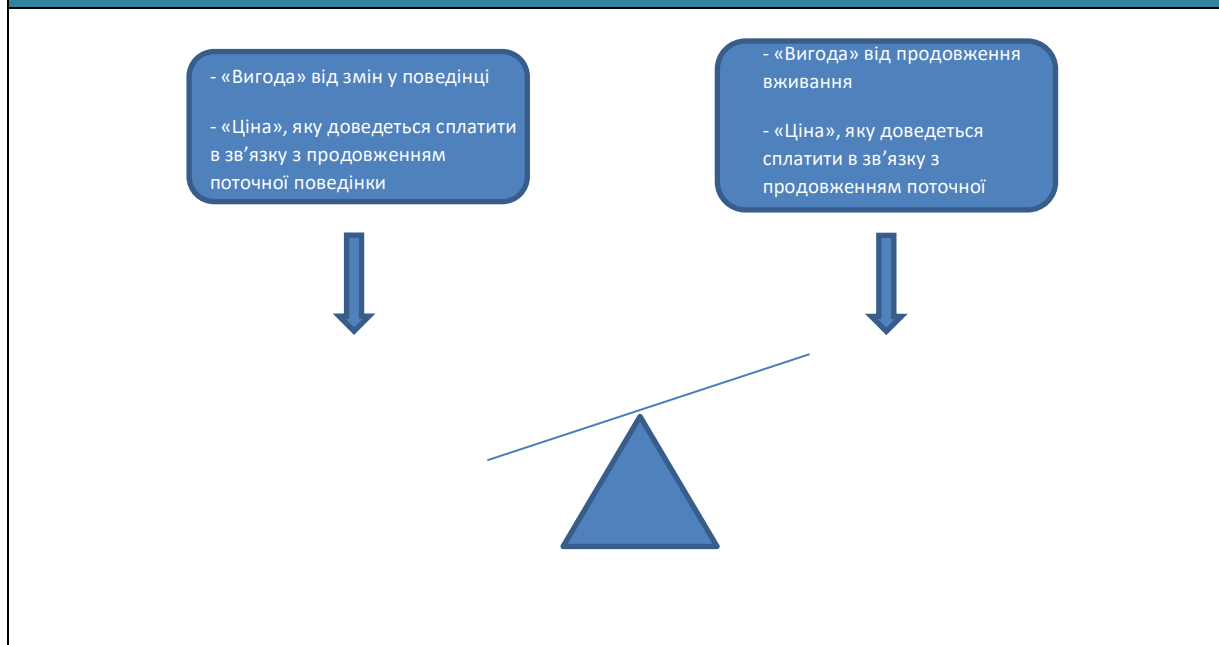
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Зовсім не важливо						Надзвичайно важливо				

Рисунок 3 | Шкала впевненості

«Наскільки Ви впевнені, що зможете зменшити або припинити вживання ПАР, якби прийняли таке рішення? Який бал Ви поставили б за шкалою від 0 до 10, де 0 – «зовсім не впевнений», а 10 – «надзвичайно впевнений»?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Зовсім не впевнений						Надзвичайно впевнений				

Рисунок 4 | «Ваги» рішень



Таблиця 2 | Таблиця прийняття рішень

	Вигода	«Ціна»
Короткострокові		

! «Що необхідно для того, щоби Ви підвищили бал з (наприклад, 3 балів) до (наприклад, 6 балів) (вище число)?». Це дозволяє клієнтам вербалізувати можливі стратегії змін та активізує думки про зміни в поведінці.

Подібну шкалу можна використовувати для оцінки впевненості клієнтів у своїй здатності зменшити або припинити вживання ПАР⁷. «Шкалу впевненості» можна використовувати для роботи з клієнтами, які вказали, що зміни для них є важливими, або для того, щоби задати клієнту гіпотетичні питання для заохочення розмови про можливі зміни у поведінці.

Не завжди є потреба у тому, щоби показувати клієнтові шкалу, але вона може бути корисною для клієнтів з низьким рівнем грамотності та математичних здібностей. Для деяких клієнтів достатньо буде просто описати шкалу, використовуючи слова, як у прикладах, наведених вище.

Дії

Як було вище сказано, клієнти на стадії дій прийняли рішення про зміну поведінки, пов'язаної з вживанням ПАР, або, можливо, вже намагаються утримуватися від вживання ПАР або зменшують об'єм вживання. Клієнти на цій стадії ще можуть мати неоднозначне ставлення до проблеми вживання ПАР, і їх потрібно заохочувати та підтримувати у прийнятті рішення щодо змін. На основі вищезазначеної 10-крокової інтервенції, корисними методами для клієнтів з готовністю до змін є:

- узгодження цілей та мети для зміни поведінки, пов'язаної з вживанням ПАР;
- пропонування низки стратегій на вибір, за допомогою яких клієнти можуть зменшити або припинити вживання речовин (Альтернативні варіанти змін);
- надання допомоги у виявленні ситуацій, коли у клієнта може виникнути рецидив;
- обговорення з клієнтами плану дій щодо зменшення або припинення вживання ПАР.

Ці стратегії детальніше описані нижче у розділі «Докладніше про FRAMES».

Підтримка змін

Клієнти, які знаходяться на цій стадії, намагаються підтримувати досягнуті зміни в поведінці. Довготривалий успіх означає, що вони залишаються на цій стадії. Хоча клієнти на цій стадії вже значно змінили поведінку, вони все ще почуваються неоднозначно та можуть мати бажання повернутися до вживання ПАР. Відповідно, клієнтам, які намагаються підтримувати зміни в поведінці, необхідне підтвердження того, що вони на правильному шляху та заохочення продовжувати у тому ж дусі. Працівники первинної медичної допомоги можуть підтримати клієнтів на цьому етапі таким чином: похвалити за успіхи, підтримати вибір стратегії для уникнення ризику виникнення рецидивів, допомогти рухатися далі після виникнення рецидивів.

Детальніше про мотиваційне інтерв'ю

Як обговорювалося в розділі 6 (Мотиваційне інтерв'ю), надання зворотного зв'язку клієнтам є важливою частиною інтервенції. Однак, спосіб надання зворотного зв'язку може вплинути на

те, чи дійсно клієнт/ка чують зворотний зв'язок та приймають його. Зворотний зв'язок необхідно надавати із врахуванням того, яку інформацію клієнт готовий почути, і про яку йому вже відомо. Використання емпатичного слухання та конкретних навичок, описаних раніше в посібнику, може значно вплинути на те, наскільки добре клієнт зрозуміє інформацію, надану під час зворотного зв'язку.

Простий та ефективний спосіб надання зворотного зв'язку, під час якого враховуються наявні знання та інтереси клієнта та демонструється повага до його/її права самостійно приймати рішення щодо того, як поводитися з отриманою інформацією, включає три кроки:

■ виявлення готовності/зацікавленості;

■ надання зворотного зв'язку;

■ виявлення особистої інтерпретації.

1. Виявляйте готовність/зацікавленість клієнта у інформації. Тобто, запитайте у клієнта, що йому вже відомо і про що йому цікаво дізнатися. Також може бути корисно нагадати клієнту/ці, що вони самі є відповідальними за те, що потім робити з наданою інформацією. Наприклад:

■ *«Чи бажаєте Ви побачити результати заповненої анкети?»*

■ *«Що Вам відомо про вплив амфетамінів на настрій?»*

2 Надайте зворотний зв'язок нейтрально і без судження. Наприклад:

■ *«Ваш результат щодо опіоїдів склав 18 балів, це означає, що Ваш поточний рівень вживання опіоїдів ставить під загрозу Ваше здоров'я та може спричинити інші проблеми».*

■ *«Амфетаміни впливають на хімічні процеси в мозку, які відповідають за регулювання настрою, тому регулярне вживання речовин може викликати у Вас депресію, тривогу та інколи почуття озлоблення та жорстокості».*

3 Виявіть особисту інтерпретацію. Тобто запитайте думку клієнта/ки про інформацію та про їхні подальші дії. Це можна зробити, задавши ключові запитання. Наприклад:

■ *«Наскільки Ви стурбовані Вашим результатом щодо опіоїдів?»*

■ *«Наскільки Ви стурбовані впливом амфетамінів на Ваш настрій та психічне здоров'я?»*

■ *«Як Ви ставитесь до цього?»*

■ *«Які будуть наші наступні кроки?»*

■ *«Що б Ви хотіли з цим зробити?»*

■ *«Що Вас найбільше хвилює?»*

Конкретні навички

Під час проведення мотиваційного інтерв'ю у нагоді стають 5 конкретних навичок. Ці навички використовуються у сукупності для заохочення клієнтів до розмови, вивчення їхнього неоднозначного ставлення до вживання ПАР та уточнення причин зменшити або припинити

вживання речовин⁷. Перші чотири навички часто відомі під аббревіатурою OARS (англ. мовою - Open ended questions, Affirmation, Reflective listening, and Summarizing): відкриті запитання, твердження (емоційна підтримка), рефлексивне слухання та підбиття підсумків. П'ята навичка – «заохочення до розмови про зміни у поведінці» включає використання OARS в спілкуванні з клієнтом щодо аргументів для зміни поведінки, пов'язаної з вживанням ПАР.

Відкриті питання

Відкриті питання – це питання, на які потрібна довша відповідь, та які сприяють встановленню діалогу з клієнтом. Приклади відкритих питань:

❑ *«Які плюси Ви бачите у вживанні речовин?»*

❑ *«Розкажіть про “мінуси” вживання ... (психоактивних речовин)?»*

❑ *«Здається, вживання речовин викликає у Вас певне занепокоєння; розкажіть мені більше про це».*

❑ *«Що викликає у Вас занепокоєння в зв'язку з цим?»*

❑ *«Як Ви ставитесь до ...?»*

❑ *«Що Ви хотіли б з цим зробити?»*

❑ *«Що Вам відомо про ...?»*

Твердження (емоційна підтримка)

Включення до розмови слів вдячності та розуміння допомагає створенню сприятливішої атмосфери, а також налагодженню стосунків із клієнтами. Емоційна підтримка сильних сторін і зусиль клієнта, направлених на зміну поведінки, сприяє формуванню впевненості у своїх силах, а емоційна підтримка самомотивуючих тверджень (або розмова щодо змін у поведінці) заохочує готовність до змін. Приклади емоційної підтримки:

❑ *«Дякуємо, що прийшли сьогодні».*

❑ *«Я вдячний, що Ви готові поговорити зі мною про вживання ПАР».*

❑ *«Ви, очевидно, винахідлива людина, яка впоралася з цими труднощами».*

❑ *«Я бачу, що Ви – насправді сильна людина».*

❑ *«Це – гарна ідея».*

❑ *«Про це важко говорити ... я дуже вдячний, що Ви продовжуєте цю розмову».*

Рефлексивне слухання

Реакцією в результаті рефлексивного слухання є твердження, у якому медичний працівник уточнює суть того, що мав на увазі клієнт/ка. Важливо відобразити основний сенс та почуття, які висловив клієнт/ка, а також слова, які він використав. Використання рефлексивного слухання означає бути «дзеркалом» для клієнта/ки, що дозволяє їм почути свої думки від медичного працівника.

Рефлексивне слухання показує клієнтам, що медичний працівник розуміє, про що говорить клієнт/ка, або йому відомо про інструменти, якими можна уточнити те, що мають на увазі клієнти. Ефективне рефлексивне слухання спонукає клієнта/ку продовжувати розмову, а медичний працівник повинен виділити достатньо часу для цього.

У мотиваційному інтерв'ю активно використовується рефлексивне слухання, щоб підкреслити неоднозначне ставлення клієнта/ки до вживання ПАР, спрямувати клієнта/ку до повнішого визнання відчуття занепокоєння та наявності проблем, а також щоби посилити твердження, які свідчать про те, що клієнт/ка розмірковують над тим, щоби змінити поведінку. Приклади:

«Ви здивовані, що Ваші результати демонструють наявність ризику виникнення проблем зі здоров'ям».

«Вам дуже важливо підтримувати стосунки зі своїм хлопцем».

«Вам неприємно говорити про це».

«Ви розлючені, тому що ваша дружина постійно наполягає на тому, щоб Ви не вживали речовини».

«Ви хотіли б зменшити вживання речовин на вечірках».

«Вам дуже подобається вживати ПАРи і Ви не хотіли б відмовлятися від цього, але Ви також бачите, що ваша поведінка спричиняє певні фінансові та юридичні проблеми».

Підбиття підсумків

Підбиття підсумків є важливим для підсумовування всього зазначеного та підготовки клієнта до подальшої роботи. Підбиття підсумків підсилює ефект рефлексивного слухання, особливо це стосується занепокоєння і розмови про зміни у поведінці. Спочатку клієнти чують, як вони самі це говорять, далі – як лікар це відображає, а потім знову чують ті ж слова під час підбиття підсумків. Лікар обирає, яку інформацію включити під час підбиття підсумків, і може використовувати її у потрібному напрямку, підкреслюючи деякі речі, і залишаючи без уваги інші. Підбиття підсумків має бути лаконічним. Приклад підбиття підсумків наведено нижче.

«Отже, Вам дуже подобається вживати амфетамін та екстазі на вечірках, і Ви не вважаєте, що вживаєте більше за друзів. З іншого боку, Ви витратили набагато більше грошей, ніж можете собі дозволити на ПАРи, і це вже Ваша власна проблема. Сплачувати рахунки Вам важко, а Ваші кредитні картки були скасовані/заблоковані. Ваш партнер розлучений, і Ви не хочете його/її засмучувати. Крім того, Ви помітили, що у Вас виникли проблеми зі сном та пам'яттю».

Заохочення до розмови про зміни у поведінці

П'ята навичка – «заохочення до розмови про зміни у поведінці» – це стратегія, що допомагає клієнтові подолати неоднозначне ставлення до проблеми вживання ПАР, метою якої є надання йому/їй аргументів для зміни поведінки. Є чотири основні категорії розмови про зміни у поведінці:

■ визнання недоліків дотримання старого способу поведінки;

■ визнання переваг змін у поведінці;

■ висловлення оптимізму щодо змін;

висловлення наміру змінити поведінку.

Є низка способів залучення клієнта до розмови про зміну поведінки. Ви можете поставити прямі відкриті питання, наприклад:

«Що викликає у Вас занепокоєння через вживання речовин?»

«Як Ви думаєте, що станеться, якщо Ви не зміните поведінку?»

«Які плюси Ви бачите у зменшенні вживання речовин?»

«Яким Ви бачите ваше життя через п'ять років?»

«Як Ви думаєте, що працюватиме для Вас, якщо Ви вирішите змінитись?»

«Наскільки Ви впевнені, що можете змінити поведінку?»

«Наскільки Вам важливо зменшити вживання речовин?»

«Що Ви думаєте про вживання ПАР зараз?»

Детальніше про FRAMES

Клінічний досвід та дослідження короткотривалих інтервенцій для осіб із залежністю виявили, що ефективні КІ мають низку послідовних та повторюваних особливостей. Ці особливості були узагальнені за допомогою акроніму FRAMES: Зворотний зв'язок, Відповідальність, Консультування, Варіанти дій, Емпатія та Впевненість у своїх силах^{8,9,10}. Зворотній зв'язок, Відповідальність та Консультування описані у Розділі 5 цього посібника, а Емпатія описувалася у Розділі 6 цього посібника: «Мотиваційне інтерв'ю». У цій главі надано більш детальну інформацію про Варіанти дій та Впевненість у своїх силах.

Альтернативні варіанти змін

Ефективні КІ та ресурси для самодопомоги надають клієнтові низку альтернативних стратегій для зменшення або припинення вживання ПАР. Це дозволяє клієнтам вибирати стратегії, які найбільше підходять у їхній ситуації і які, на їх думку, будуть найбільш корисними. Надання вибору посилює почуття особистого контролю та відповідальності за зміни та може допомогти посилити мотивацію клієнта до змін. Для початку Ви можете надати клієнтам посібник «Стратегії самодопомоги для зменшення або припинення вживання речовин: посібник»³⁰, оскільки у ньому наведені стратегії, що допомагають клієнтам змінити свою поведінку, і які можна використовувати як кожен окремо, так і декілька разом. Приклади варіантів вибору для клієнтів:

Ведення щоденника вживання речовин (де, коли, кількість, ціна, з ким, чому);

Допомога клієнтам підготувати для себе вказівки щодо вживання речовин;

Виявлення ситуацій із високим ризиком та формування стратегій для їхнього уникнення;

Визначення інших видів діяльності замість вживання наркотиків: хобі, спорт, клуби, спортзал тощо;

Пошук кола людей, які могли б надати підтримку та допомогу для того, щоби клієнт міг впровадити зміни у поведінці;

- надання інформації про інші ресурси самодопомоги та роздаткових матеріалів;
- запрошення клієнта повертатися на регулярні сеанси, щоби переглядати їхню практику вживання ПАР та пропрацювати посібник для споживачів ПАР щодо зменшення або відмови від вживання ПАР разом;
- надання інформації про інші групи або медичних працівників, які спеціалізуються на питаннях алкогольної або наркотичної залежності;
- заощадження грошей, які вони зазвичай витрачають на ПАР, на інші цілі.

Самоефективність (впевненість у силах)

Останнім компонентом ефективних КІ є підтримка впевненості клієнтів у тому, що вони здатні змінити поведінку, пов'язану із вживанням речовин. Людям, які вважають, що можуть змінити свою поведінку, набагато частіше вдається це зробити порівняно з тими, хто почувається безсилим або безпорадним⁷. Особливо корисним є спонукання клієнтів до висловлення впевненості у власних силах, оскільки вони зазвичай вірять тому, що самі говорять.

Приклад тривалішої короткотривалої інтервенції

Далі наведений приклад тривалішої інтервенції, яка базується на 10-ти кроковій КІ ASSIST і використовує деякі конкретні навички та методи, викладені вище. Використані методи FRAMES та мотиваційного інтерв'ю зазначені у квадратних дужках в кінці сценарію. Клієнт – 33-річний чоловік, який живе зі своєю дівчиною та маленькою дитиною, працює повний робочий день на фабриці. Він вживає канабіс після роботи та у вихідні дні. За результатами скринінгу ASSIST клієнт знаходиться у категорії низького ризику для всіх речовин, крім канабісу (результат – 23), що входить до категорії помірного ризику.

Приклад | Триваліша короткотривала інтервенція

Медичний працівник: Дякую за те, що погодилися обговорити ваші відповіді в опитувальнику. Чи можна сказати, що марихуана – це наркотик, який Ви найчастіше вживаєте наразі? [Твердження]

Клієнт: Так, досить часто.

Медичний працівник: Скільки самокруток Ви випалюєте, скажімо, в середньому за день після роботи? [Збір стислої інформації про історію вживання ПАР].

Клієнт: Зазвичай 1 або 2 самокрутки протягом усього вечора.

Медичний працівник: Чи вживаєте Ви таку ж кількість самокруток у вихідні? [Збір стислої інформації про історію вживання ПАР]

Клієнт: Так ... напевно, трохи більше ... можливо, 3 чи 4, я не знаю, я не завжди звертаю на це увагу.

Медичний працівник: А скільки часу Ви уже вживаєте марихуану – я маю на увазі, скільки років? [Збір стислої інформації про історію вживання речовин]

Клієнт: Я почав вживати ближче до тридцяти, так що, мабуть, приблизно 5 років.

Медичний працівник: Гаразд. Чи хотіли б Ви побачити результати анкети, яку Ви заповнили? [Сприяння налагодженню розмови]

Клієнт: Звичайно.

Медичний працівник: Якщо Ви пам'ятаєте, запитання були про вживання наркотиків та алкоголю та про те, чи виникли у Вас проблеми в зв'язку з вживанням наркотиків (медичний працівник показує клієнту головну сторінку форми звіту про зворотний зв'язок ASSIST). Ваш результат щодо вживання марихуани склав 23 бали, тобто Ви знаходитесь в діапазоні помірного ризику. Ваш результат для всіх інших речовин був у нижчому діапазоні ризику. Помірний ризик означає, що є загроза виникнення проблем зі здоров'ям та інших проблем у зв'язку з Вашою поточною практикою вживання марихуани не тільки зараз, але й у майбутньому, якщо Ви продовжите палити у таких же обсягах (медичний працівник відкриває форму звіту про зворотний зв'язок ASSIST та вказує на деталі в полі С щодо ризиків вживання канабісу). Оскільки Ви знаходитесь в групі помірного ризику в зв'язку з вживанням канабісу, ваша поточна практика вживання цієї ПАР може викликати проблеми з увагою, концентрацією та мотивацією, а також тривожність, депресію, паніку, параною, зниження пам'яті та послаблення здатності вирішувати проблеми, високий артеріальний тиск, астму та бронхіт, захворювання серця та легенів. [Надання зворотного зв'язку]

Медичний працівник: Найкращий спосіб зменшити ймовірність того, що подібні речі з Вами трапляться (вказує на ризики, зазначені у полі) – або зменшити або припинити вживання марихуани. [Надання поради]

Медичний працівник: Ви самостійно приймаєте рішення щодо того, як використовувати цю інформацію. Я лише повідомляю Вам про зв'язок між Вашою поточною практикою вживання речовин та потенційною шкодою такої поведінки. [Відповідальність]

Медичний працівник: Наскільки Ви стурбовані своїм результатом щодо вживання марихуани? [Відкрите питання, отримання відповіді, яка продемонструє занепокоєність та мотивацію клієнта]

Клієнт: Так ... я не знаю ... Я маю на увазі ... Я думаю, мене трохи турбує шкода, яку марихуана завдає мозку ... Я не знаю. [Дисонанс]

Медичний працівник: Тож, що Вам подобається в курінні марихуани – я маю на увазі, які позитивні аспекти Ви вбачаєте для себе у вживанні марихуани? [Відкрите питання – отримання інформації про “плюси” та “мінуси” вживання ПАР]

Клієнт: Ну, я так розслабляюся, особливо коли повертаюсь додому з роботи. Це дійсно допомагає мені розслабитися і забути про свій день. Також марихуана допомагає мені почуватися веселіше, коли я проводжу час з друзями або відпочиваю на вечірці на вихідних.

Медичний працівник: Які “мінуси” паління марихуани? [Відкрите питання – отримання інформації про “мінуси” та “плюси”]

Клієнт: Запитайте про це мою дівчину – вона завжди скаржилася з цього приводу! Напевно, найгірше для мене – це те, що паління марихуани, здається, впливає на мою пам'ять і зосередженість на роботі. Іноді після активного куріння марихуани напередодні ввечері, я стаю трохи повільним наступного дня на роботі і почуваюся втомленим. Інколи я не ходжу на роботу, якщо почуваюся дуже погано.

Медичний працівник: Отже, куріння марихуани допомагає розслабитися та відволіктися після роботи, але це також робить Вас неуважними та втомленими, а іноді Ви пропускаєте роботу через це. Ви також сказали, що Вашій дівчині не подобається, що Ви курите марихуану – чому на Вашу думку їй це не подобається? [Рефлексивне слухання, зміна фокусу, відкрите питання]

Клієнт: Їй не подобається, коли я постійно накурений, тому що вона каже, що я нічого не роблю, лише сиджу на дивані та дивлюся телевізор, і що я завжди забуваю виконувати

домашні обов'язки. Вона говорить, що я не займаюся домашньою роботою і що їй завжди доводиться робити все самотійно і доглядати за дитиною. Але, я працюю і щотижня приношу додому заробітну платню...

Медичний працівник: *І Вам важко, тому що куріння марихуани допомагає розслабитися, але в той же час Ви не допомагаєте з домашніми справами, бо накурюєтеся, і це впливає на Вашу пам'ять і концентрацію, і іноді Ви забуваєте виконувати домашні обов'язки, про що Вас просить ваша дівчина.* [Рефлексія, підбиття підсумків, емпатія]

Клієнт: *Так, але це трапляється через те, що я завжди втомлений, бо не завжди сплю, якщо дитина плаче вночі.* [Опір]

Медичний працівник: *Тож причина, через яку Ви забуваєте про домашні обов'язки і через яку Вам важко сконцентруватися і допомогти своїй дівчині після роботи, – це недостатня кількість сну?* [Ігнорування опору – посилена рефлексія]

Клієнт: *Ну, все ж, це одна з причин. Я думаю, однією з причин є те, що я забагато палю.* [Амбівалентність]

Медичний працівник: *Як той факт, що Ви забагато палите впливає на вашу здатність зосереджуватись і пам'ятати необхідну інформацію на роботі? У Вас є конкретний приклад?* [Відкрите питання]

Клієнт: *Дійсно, декілька днів тому зі мною майже трапилася аварія, коли я використовував один із навантажувачів на роботі. Це сталося в понеділок вранці, і я дійсно не був зосереджений, тому що вживав марихуану на вихідних. Я ледве не збив з ніг одного колегу – він був дуже здивований, так само, як і я.*

Медичний працівник: *Що трапилося б, якби у Вас сталася аварія на роботі через те, що Ви були недостатньо зосереджені?* [Відкрите питання, заохочення розмови про зміни у поведінці]

Клієнт: *Це жахлива думка. Що ж, мабуть, я втратив би роботу, що, безумовно, спричинило б труднощі вдома, бо я єдиний, хто зараз працює, тож ми б втратили джерело доходу. Я також повинен був би жити з усвідомленням того, що я комусь завдав шкоди, і я відчував би себе насправді винним у цьому. Напевно, я також мав би великі проблеми, якби вони дізналися, що я курих марихуану перед виникненням аварії.*

Медичний працівник: *Отже, якби Ви спричинили аварію на робочому місці через відсутність зосередженості, це могло б призвести до тривалих наслідків для ваших колег, а також для Вас у фінансовому плані і це вплинуло б на ваші стосунки вдома, а може навіть призвело б до юридичних наслідків. Це викликає у Вас занепокоєння?* [Рефлексія, підбиття підсумків, відкрите питання]

Клієнт: *Так, ці думки викликають у мене занепокоєння. Але я просто не знаю, чи дійсно можу зменшити куріння марихуани, я не знаю, з чого почати.*

Медичний працівник: *Гаразд – наскільки важливо для Вас зменшити чи припинити паління марихуани? Уявіть шкалу від 0 до 10, де 0 «зовсім не важливо зменшити вживання», а 10 – «надзвичайно важливо зменшити вживання», як би Ви оцінили себе за цією шкалою?* [“Шкала готовності”, заохочення розмови про зміни у поведінці]

Клієнт: *Я думаю, можливо, 6 або 7.*

Медичний працівник: *Гаразд – ще раз уявіть ту саму шкалу, але цього разу оцініть впевненість у своїх силах, де 0 – «не зовсім впевнений, що можу зменшити вживання, а 10 – «надзвичайно впевнений, що можу зменшити вживання», яку оцінку Ви б собі поставили?* [Шкала впевненості]

Клієнт: *Напевно, З.*

Медичний працівник: *Отже, здається, зменшення паління марихуани є досить важливим для Вас на сьогодні, але, можливо, Ви не дуже впевнені, як це можна зробити. Чи можу я розповісти Вам про цей буклет, який ми іноді пропонуємо клієнтам, щоб допомогти зменшити паління марихуани? [Підбиття підсумків, заохочення розмови]*

Клієнт: *Звичайно.*

Медичний працівник: *Цей буклет (показує клієнту посібник «Стратегії самодопомоги для клієнта для зменшення або припинення вживання речовин: посібник»³⁰) багато людей вважає корисним, оскільки він допомагає прийняти рішення, чи бажають вони зменшити вживання ПАР. Якщо Ви все ж вирішите, що бажаєте зменшити або припинити вживання марихуани, то у цій брошурі надані деякі стратегії, які можуть бути корисними для Вас. Ці стратегії виявились дуже ефективними і допомогли людям, які хочуть зменшити вживання ПАР. Наприклад, (відкриває буклет), один із способів, що може допомогти Вам відслідковувати вживання речовин – вести щоденник, таким чином Ви зможете отримати гарне уявлення про те, яку кількість ПАР Ви вживаєте, коли Ви найімовірніше вживаєте ПАР та скільки грошей Ви на це витрачаєте. Ви також можете використовувати цей щоденник, щоби визначити, коли Ви найчастіше палите марихуану, а потім планувати стратегії для уникнення цих ситуацій. Це також допомагає Вам зважити плюси та мінуси вживання марихуани та того, наскільки її вживання відповідає іншим цілям у вашому житті. Я дам Вам цей буклет з собою, і якщо Ви бажаєте, ми можемо поговорити про це більше під час наступної зустрічі. [Варіанти дій]*

Медичний працівник: *Чи вважаєте Ви, що ці методи можуть бути корисними для Вас, чи може є кращі способи? Можливо, Ви раніше використовували іншу стратегію, яка допомогла Вам внести певні зміни у життя? [Заохочення розмови, підтримка впевненості у силах]*

Клієнт: *До речі, моя дівчина вела щоденник харчування під час дієти, і, здається, це їй дуже допомогло. Вона втратила зайву вагу. Я раніше нічого подібного не робив, але якщо це спрацювало для неї, можливо, це спрацює і для мене. Я відчуваю, що міг би принаймні зменшити куріння марихуани, якщо прочитаю буклет та почну вести щоденник.*

Медичний працівник: *Дуже добре, що Ви визначили спосіб, який може допомогти Вам, і дізналися про деякі методи з досвіду інших. Удачі Вам, і якщо Ви бажаєте знову зустрітися через кілька тижнів, щоб поговорити про власний досвід, не вагайтеся записатися на наступний візит. [Твердження]*

12 Як включити короткотривалу інтервенцію, пов'язану з ASSIST, у щоденну практику

Детальна інформація щодо впровадження скринінгу ASSIST у щоденну практику викладена у *«Скринінг обстеження на алкоголь, куріння та ПАР (ASSIST): посібник для закладів надання первинної медичної допомоги¹»*. Процедури, детально описані в чотирьох основних розділах: «Планування», «Навчання», «Моніторинг» та «Зворотний зв'язок» в посібнику ASSIST, і також є актуальними для впровадження КІ, пов'язаної зі скринінгом ASSIST. Зокрема, питання які потребують вирішення, стосуються доступу до ресурсів та послуг для клієнтів, які знаходяться у групі помірного або високого ризику за результатами скринінгу ASSIST. Ці клієнти повинні мати доступ до роздаткових матеріалів, включно з посібником *«Стратегії самодопомоги для зменшення або припинення вживання речовин: посібник»³⁰* та практикуючі лікарі мають бути підготовані забезпечувати для користування цими матеріалами.

Ще одне важливе питання – це подальше спостереження за клієнтами для надання постійної допомоги у разі виникнення проблем із вживанням ПАР. Медичним працівникам та клієнтам має бути відомо про варіанти підтримки клієнтів, до яких входять: подальша оцінка та консультування (або в рамках цієї практики, або в рамках спеціалізованої практики), групи самодопомоги, фармакотерапія (наприклад, метадон, бупренорфін, акампрозат тощо) групи та послуги взаємодопомоги, стаціонарна та амбулаторна детоксикація та реабілітація в стаціонарі. Також слід забезпечити доступ до чистих голів та обладнання для ін'єкцій (відповідно до політики у межах кожної країни та юрисдикції), а також доступ до місць отримання тестування на наявність інфекційних захворювань.

Нарешті, важливим є забезпечення на регулярній основі медичних працівників навичками комунікації з особами із залежністю від ПАР. Це може потребувати проведення консультацій чи інструктажу за необхідності. Належна підготовка медичних працівників також є вкрай важливою. Крім ознайомлення з двома посібниками, медичних працівників слід заохочувати відвідувати навчання щодо проведення скринінгу ASSIST та мотиваційного інтерв'ю (за наявності).

Список літератури

1. Humeniuk RE, Henry-Edwards S, Ali RL, Poznyak V and Monteiro M (2010). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care. Geneva, World Health Organization.
2. Henry-Edwards S, Humeniuk RE, Ali RL, Monteiro M and Poznyak V (2003). Brief Intervention for Substance Use: Guidelines for Use in Primary Care. Draft Version 1.1 for Field Testing. Geneva, World Health Organization.
3. WHO ASSIST Working Group (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Development, Reliability and Feasibility. *Addiction*, 97:1183-1194.
4. Humeniuk RE, Ali RA, Babor TF, Farrell M, Formigoni ML, Jittiwutikarn J, Boerngen de Larcera R, Ling W, Marsden J, Monteiro M, Nhiwhatiwa S, Pal H, Poznyak V and Simon S (2008). Validation of the Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Addiction*, 103(6):1039-1047.
5. Humeniuk RE, Dennington V and Ali RL (2008). The effectiveness of a Brief Intervention for illicit drugs linked to the ASSIST Screening Test in Primary Health Care settings: A Technical Report of Phase III Findings of the WHO ASSIST Randomised Controlled Trial. Geneva, World Health Organization.
- 6 Babor TF and Higgins-Biddle JC (2001). Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for use in Primary Care. Geneva, World Health Organization (WHO/ MSD/MSB/01.6b).
7. Miller W and Rollnick S (2002). *Motivational Interviewing*. 2nd ed. New York and London, Guilford Press.
8. Bien TH, Miller WR and Tonigan S (1993). Brief intervention for alcohol problems: A review. *Addiction*, 88:315–336.
9. Miller W and Sanchez V (1993). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In Howard G, ed. *Issues in alcohol use and misuse by young adults*. Notre Dame IN. University of Notre Dame Press.
10. Miller W, Zweben A, Di Clemente C and Rychtarik R (1992). *Motivational enhancement therapy manual: A clinical resource guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. (Project MATCH Monograph Series Vol 2). Rockville Maryland: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

11. Barry K L, Blow FC, Willenbring M, McCormack R, Brockmann LM and Visnic S (2004). Use of alcohol screening and brief interventions in primary care settings: Implementation and barriers. *Substance Abuse*, 25(1):27-36.
12. World Health Organization (2009). *Global health Risks*. Geneva, WHO.
13. Cordoba R, Delgado MT, Pico V, Altisent R, Fores D, Monreal A, Frisas O and Lopez del Val A (1998). Effectiveness of brief intervention on non-dependent alcohol drinkers (EBIAL): a Spanish multicentre study. *Family Practice*, 15(6):562-588.
14. Heather N (1996). The Public Health and Brief Intervention for excessive alcohol consumption: the British experience. *Addictive Behaviours*, 21:857-868.
15. Maisto SE, Conigliaro J, McNeil M, Kraemer K, Conigliaro RL and Kelley ME (2001). Effects of two types of brief intervention and readiness to change on alcohol use in hazardous drinkers. *Journal of Studies on Alcohol* 62(5):605-614.
- 40 | Brief Intervention | The ASSIST-Linked Brief Intervention for Hazardous And Harmful Substance Use
16. Miller WR and Wilbourne PL (2002). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders (review). *Addiction*, 97(3):265-277.
17. Senft RA, Polen MR, Freeborn DK and Hollis JF (1997). Brief Intervention in a primary care setting for hazardous drinkers. *American Journal of Preventive Medicine*, 13(6):464-470.
18. WHO Brief Intervention Study Group (1996). A randomised cross-national clinical trial of brief interventions with heavy drinkers. *American Journal of Public Health*, 86 (7):948-955.
19. Wutzke SE, Shiell A, Gomel MK and Conigrave KM (2001). Cost effectiveness of brief interventions for reducing alcohol consumption. *Social Science & Medicine*, 52 (6):863-870.
20. Copeland J, Swift W, Roffman R and Stephens R (2001). A randomised controlled trial of brief cognitivebehavioural interventions for cannabis use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21:55-64.
21. Lang E, Englander M and Brook T (2000). Report of an integrated brief intervention with self-defined problem cannabis users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19:111-116.
- 22 Stephens RS, Roffman RA and Curtin L (2000). Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (5):898-908.

23 Bashir K, King M and Ashworth M (1994). Controlled evaluation of brief intervention by general practitioners to reduce chronic use of benzodiazepines. *British Journal of General Practice*, 44:408-412.

24 Baker A, Boggs TG and Lewin TJ (2001). Randomised controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions among regular users of amphetamine. *Addiction*, 96:1279-1287.

25 Saunders B, Wilkinson C and Phillips M (1995). The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme. *Addiction*, 90: 415-424.

26 Stotts AL, Schmitz JM, Rhoades HM and Grabowski J (2001). Motivational Interviewing with cocaine-dependent clients: a pilot study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(5):858-862.

27 Humeniuk RE, Henry-Edwards S and Ali RL (2003). Self-help Strategies for Cutting Down or Stopping Substance Use: A guide. Draft version 1.1 for Field Testing. Geneva, World Health Organization.

28 Prochaska JA, DiClemente CC and Norcross JC (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviour. *American Psychologist*, 47:1102-1114.

29 Miller W (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11:147-172.

30 Humeniuk RE, Henry-Edwards S, Ali RL and Meena S (2010). Self-help strategies for cutting down or stopping substance use: a guide. Geneva, World Health Organization.

Тест скринінгу на алкоголь, куріння та психоактивні ПАР (ASSIST) був розроблений для Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) міжнародною групою дослідників та клініцистів як технічний інструмент для сприяння ранньому виявленню ризиків для здоров'я, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин та розладів вживання речовин у закладах надання первинної медичної допомоги, загальнопрофільних медичних закладах, а також інших установах.

Метою проєкту ВООЗ «ASSIST» є підтримка та промоція проведення медичними працівниками скринінгу та короткотривалих інтервенцій щодо вживання психоактивних речовин для покращення заходів з профілактики, раннього виявлення та управління розладами пов'язаними із вживанням психоактивних речовин у системі охорони здоров'я. Кінцевою метою проєкту є зменшення тягара захворювання в зв'язку з вживанням психоактивних речовин у всьому світі.

Вийдіть з лабіринту вживання шкідливих речовин для покращення всесвітнього здоров'я

Управління зловживання наркотичними речовинами

Департамент психічного здоров'я та зловживання наркотичними речовинами

20, Avenue Appia

1211 Женева 27 Швейцарія

Тел: +41 22 791 21 11

Електронна пошта: msb@who.int

www.who.int/substance_abuse