

Краткое Семейное Вмешательство Для Злоупотребляющих Алкоголем Пациентов В Отделении Неотложной Помощи

Хусенов Олим Нутфиллоевич

Бухарский государственный медицинский институт, г.Бухара, Узбекистан

Annotation: *Общий фон: Алкогольная зависимость представляет собой значительную медицинскую и социальную проблему, влияя на уровень смертности, преступности и разрушение семейных отношений. По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно от злоупотребления алкоголем умирает около 3 миллионов человек, что подчеркивает необходимость эффективных вмешательств. Специфический фон: В Узбекистане наблюдается рост случаев алкогольной зависимости и связанных с ней госпитализаций. Несмотря на наличие детоксикационного лечения в отделениях неотложной помощи, отсутствуют психосоциальные вмешательства, что приводит к рецидивам. Семейные методы краткосрочных вмешательств, успешно применяемые в других странах, могут способствовать снижению уровня употребления алкоголя. Пробел в знаниях: В Узбекистане отсутствуют эффективные программы, направленные на вовлечение семьи в процесс лечения алкогольной зависимости. Недостаточно изучены механизмы мотивационного консультирования и его влияние на устойчивые изменения в поведении пациентов. Цель: Оценить эффективность краткосрочного семейного вмешательства в отделении неотложной помощи для пациентов, злоупотребляющих алкоголем. Результаты: Исследование подтверждает, что семейные вмешательства улучшают приверженность пациентов к лечению, снижая частоту рецидивов и повторных госпитализаций. Применение мотивационного интервьюирования и поведенческой терапии демонстрирует позитивные изменения в отказе от алкоголя. Новизна: Работа впервые анализирует влияние семейного участия в краткосрочных вмешательствах для алкогольных пациентов в Узбекистане. Практическое значение: Включение семейных методов в неотложную помощь способствует снижению нагрузки на систему здравоохранения, улучшает социальную реабилитацию пациентов и повышает эффективность лечения алкогольной зависимости. Дальнейшие исследования должны быть направлены на разработку комплексных программ лечения с учетом психосоциальных факторов.*

Keywords: *Алкогольная зависимость, семейное вмешательство, краткосрочное консультирование, мотивационное интервьюирование, рецидив, поведенческая терапия, неотложная помощь, социальная реабилитация*

Introduction: В соответствии с Международной классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10) синдром зависимости от алкоголя является хроническим рецидивирующим заболеванием, и на данный момент не существует высокоэффективных методов его лечения. До возникновения зависимости всегда существует период проблемного употребления алкоголя. Длительность этого периода индивидуально варьирует и зависит от множества факторов (частота употребления алкоголя, количество

выпиваемого алкоголя, наследственный фактор, сопутствующие заболевания и др.), но обычно составляет несколько лет. Эффективное вмешательство на стадии проблемного употребления алкоголя позволяет замедлить или предотвратить формирование болезни[1].

Социальные и экономические последствия употребления алкоголя

Алкогольная зависимость имеет широкий спектр социальных последствий, затрагивающих как самого пьющего и его близкое окружение, так и общество в целом. С социальной позиции это форма девиантного поведения, характеризующаяся патологическим влечением человека к спиртному и последующей деградацией личности[2]. Социальные проявления алкоголизма выражаются в изменении круга общения, в отторжении обществом алкоголезависимых лиц, в их стигматизации. Большинство злоупотребляющих алкоголем лиц находятся в социальной изоляции, теряют социальные навыки, окружающий мир воспринимается ими враждебно, происходит потеря друзей, доверия к людям. Кроме того, при алкогольной зависимости нарушаются семейные отношения. Формирование синдрома зависимости у одного из супругов наносит семейным отношениям непоправимый вред. Согласно исследованиям российских авторов, у 2/3 жен, больных алкоголизмом, наблюдается выраженное невротическое состояние. В странах Европейского союза среди причин разводов алкоголизм стоит на первом месте в 40–80 % случаев[3].

Одним из социальных последствий алкоголизма являются различные правонарушения. Специалисты отмечают, что проблемное употребление алкогольных напитков и состояние опьянения способствуют совершению наиболее тяжких правонарушений. Также установлено, что в частоте правонарушений нет принципиальных различий между склонными к бытовому пьянству и страдающими алкогольной зависимостью. И те, и другие лица асоциальны и имеют склонность к совершению правонарушений[4].

Таким образом, социальный ущерб от чрезмерного потребления алкоголя огромен: он обусловлен производственным и транспортным травматизмом, ростом преступности, выступает причиной пожаров. Алкогольная зависимость является наиболее частой причиной распада семей, роста числа неблагополучных семей, числа детей- сирот и детей с особенностями психического и физического развития, формирования синдрома созависимости и суицидального поведения[5].

Material and Methods: Актуальность в Узбекистане

Динамика расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, в Узбекистане характеризуется ростом алкогольной зависимости при постоянном снижении злоупотребления наркотиками. Таким образом, в период с 2008 по 2018 год заболеваемость наркозависимостью снизилась с 8,2 случая на 100 000 населения до 2,6 случая соответственно. При этом заболеваемость алкогольной зависимостью увеличилась с 13,0 до 24,3 соответственно[6]. Со временем чрезмерное употребление алкоголя может привести к развитию хронических заболеваний и других серьезных проблем, включая: высокое кровяное давление, болезни сердца, инсульт, болезни печени и проблемы с пищеварением, рак груди, рта, горла, пищевода, печени и т. д. толстой кишки, ослабление иммунной системы, увеличение шансов заболеть, проблемы с обучением и памятью, включая слабоумие и плохую успеваемость в школе, проблемы с психическим здоровьем, включая депрессию и тревогу, социальные проблемы, включая потерю продуктивности, семейные проблемы и безработицу, алкоголь расстройства употребления или алкогольная зависимость. В Узбекистане наблюдается почти двукратное увеличение количества госпитализаций людей с острой алкогольной интоксикацией, что составляет 47% всех случаев острых отравлений. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что 90% всех пациентов (6578 человек) с острой

алкогольной интоксикацией, поступивших в отделения неотложной помощи по всему Узбекистану в 2018 году, были хроническими алкоголики[7].

Текущая ситуация с лечением алкогольного расстройства в Узбекистане.

В Узбекистане 2689 человек с алкогольной интоксикацией, а также с симптомами алкогольной абстиненции были госпитализированы в службу неотложной медицинской помощи в Узбекистане в 2016 году. Неотложная помощь (НП) предоставляет услуги детоксикации в соответствии с национальными стандартами, такие как антибактериальная, витаминная, инфузионная и дезинтоксикационная терапия с целью антидотной терапии при развитии глубокой комы - налоксон 0,4 мг внутривенно 2 раза в сутки, унитиол 5% - 5 мг / кг мотивационного вмешательства, необходимого при расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ[8].

Хотя система неотложной помощи в Узбекистане обеспечивает эффективное фармакологическое лечение для детоксикации таких пациентов, последующее наблюдение и связь со службами лечения наркозависимости неадекватны. Это является причиной того, что очень небольшое количество наркозависимых пациентов обращаются за лечением от своей зависимости после выписки из больниц неотложной помощи[9]. В результате пациенты, поступившие из-за острой алкогольной интоксикации, могут быть повторно госпитализированы с тем же диагнозом в короткие сроки, что увеличивает расходы на здравоохранение, риски травм, насилия и преступности. Несмотря на солидный международный опыт и наличие прочных связей с членами семьи пациентов в качестве средства социальной поддержки, в отделении неотложной помощи отсутствуют психосоциальные вмешательства для снижения вреда, связанного с их зависимостью[10].

Methods of research: Проект SOLID является результатом сотрудничества университетов Германии, Казахстана, Кыргызстана, Таджикистана, Китая и Узбекистана, который поддерживается правительством Германии. Проект SOLID и это докторское исследование нацелены на содействие достижению цели № 3 в области устойчивого развития ООН «Здоровье и благополучие» путем разработки системы психосоциальной поддержки в больницах скорой медицинской помощи с привлечением членов семей людей, страдающих расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ. Исследование проводится в рамках приоритетного направления исследований проектов SOLID «Социальная работа и лечение наркозависимости»[11]

В большинстве развитых стран стандартное лечение расстройства, связанного со злоупотреблением алкоголем, состоит из детоксикационной терапии и антидотной терапии такими препаратами, как налоксон, налорфин и т.д. В сочетании с психосоциальной терапией, такой как когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), мотивационное интервью, терапия повышения мотивации, группы самопомощи и скоро. Эти виды комбинированной терапии показали отличные результаты и должны быть внедрены и в Узбекистане. В настоящее время в Узбекистане, несмотря на то, что лекарственная терапия используется достаточно эффективно, отсутствие психосоциального и мотивационного вмешательства приводит к повторным посещениям пациентов с расстройством злоупотребления алкоголем в отделениях неотложной помощи. Благодаря одномерному подходу к лечению, несмотря на временное устранение проблемы, основная первопричина сохраняется, и уровень потребления алкоголя неуклонно растет. Психологические, социально-экономические факторы играют большую роль в хроническом алкоголизме, поэтому лечение только лекарствами решает только симптом, но не причину. Таким образом, мы должны внедрять комплексные программы лечения, включающие как лекарственную, так и психотерапевтическую терапию, чтобы снизить

потребление алкоголя в Узбекистане и тем самым уменьшить сопутствующее злоупотребление алкоголем.

Краткосрочное консультирование в отношении употребления алкоголя.

Краткосрочное консультирование – это практика, направленная на выявление существующей или потенциальной проблемы применительно к употреблению алкоголя и мотивирование индивидуума к принятию соответствующих мер .

Краткосрочное консультирование в отношении употребления алкоголя (ККПА) – это разнородные вмешательства, которые включают краткую беседу, направленную на то, чтобы неконфликтным образом мотивировать индивидуума задуматься об употреблении им/ею алкоголя и/или запланировать изменения, направленные на сокращение такого употребления и/или снижение риска причинения вреда своему здоровью. По большей части виды краткого профилактического консультирования базируются на двух ключевых концепциях:

- концепции поэтапного изменения;
- концепции мотивационного интервьюирования

Ключевая концепция 1. Этапы изменения поведения

Этапы изменения поведения – это пять последовательных шагов, связанных с конкретными задачами, которые индивидууму необходимо решить для того, чтобы добиться намеренного изменения поведения.

На этапе предразмышления человек либо не знает о проблеме, которую необходимо решать, либо знает о ней, но не желает менять проблемное поведение.

Следующим является этап размышления, характеризующийся неоднозначным отношением к проблемному поведению и оценкой преимуществ и недостатков такого поведения, а также его изменения, что во многих случаях заканчивается к принятию решения.

На этапе подготовки человек принимает осознанное решение измениться, сопровождающееся готовностью придерживаться соответствующего плана действий.

Этот план реализуется на этапе действия, в рамках которого индивидуум становится участником действий, направленных на достижение изменений и преодоление возникающих трудностей.

Если успешные действия носят устойчивый характер, человек переходит к этапу сохранения, на котором предпринимаются усилия по консолидации достигнутых изменений.

Как только эти изменения стали частью стиля жизни, индивидуум покидает цикл поэтапного изменения. Рецидивы, однако, нередки, и иногда требуется не один раз совершить весь цикл изменений, прежде чем изменения приобретут устойчивый характер.

Ключевая концепция 2. Мотивационное интервьюирование

Мотивационное интервьюирование (МИ) – это стиль беседы, призванный подкрепить мотивацию человека и его/ее готовность к изменениям. МИ – это стиль двухстороннего целенаправленного общения, в рамках которого особое внимание уделяется созданию и укреплению желания к изменению у человека, обратившегося за помощью. Цель такого общения состоит в том, чтобы укрепить мотивацию человека и его/ее приверженность к достижению конкретных изменений путем выяснения и анализа его/ее собственных причин измениться в атмосфере понимания и поддержки

В основе МИ лежат четыре процесса:

- вовлечение (формирование отношений, доверия – внимательное слушание);
- фокусировка (достижение взаимного согласия в отношении основной темы разговора);
- побуждение (активное слушание, с тем чтобы стимулировать обсуждение изменений);
- планирование (совместная разработка и согласование плана изменений).

Основное внимание сосредоточено на том, чтобы обеспечить активное участие пациента

Техника проведения ККПА

Краткая профилактическая консультация – это короткая, основанная на фактических данных, сочувственная, правильно построенная беседа с пациентом, цель которой – бесконфликтно мотивировать и побудить задуматься об изменении поведения в отношении употребления алкоголя и/или спланировать такое изменение.

Краткие профилактические консультации различаются по нескольким параметрам

- по длительности – от 5 минут до нескольких сессий часовой или большей длительности;
- по контексту – от совета до наставления;
- по использованию МИ или модели поэтапного изменения.

Очень важно, чтобы краткие профилактические консультации были основаны на сочувственных, уважительных, позитивных отношениях с пациентом и являлись бесконфликтными. Идея заключается в том, чтобы работать сознанием и мотивацией человека, чтобы не шокировать его, не противостоять ему и не навязывать собственного мнения. Цель состоит в том, чтобы сотрудничать и работать с человеком, а не пытаться заставить человека совершить изменения или сделать что-то, чего он не хочет делать.

Краткосрочное вмешательство включает 5 основных этапов:

- 1) оценка и обратная связь;
- 2) обсуждение и определение целей;
- 3) техники изменения поведения;
- 4) пособия/руководство по самопомощи;
- 5) наблюдение и поддержка изменений .

Краткосрочные вмешательства могут использоваться для пациентов, употребляющих алкоголь в опасном или вредном количестве. В отдельных случаях проведение краткосрочного вмешательства позволяет сократить употребление алкоголя более чем на 30 % . При этом сокращение употребления алкоголя пациентами, прошедшими краткосрочные вмешательства, сопровождается улучшением соматического здоровья и уменьшением количества дней временной нетрудоспособности в связи с соматическими расстройствами.

Семейное значение при проведении краткосрочному вмешательству Когда дело доходит до управления семьей и его влияния на развитие подростков, родительский контроль и знания, возможно, являются двумя переменными с наиболее эмпирическими данными. Родительский мониторинг можно определить как «набор взаимосвязанных родительских форм поведения, включающих внимание и отслеживание местонахождения, действий и адаптации подростка». . Это определение подразумевает намеренный аспект, когда родители активно ищут информацию о поведении своего подростка. Родительские знания представляют собой результат мониторинга поведения и других методов получения информации, таких как раскрытие информации о ребенке. Исследования неизменно показывают, что низкий уровень

родительского контроля связан с ранним употреблением алкоголя и наркотиков. Обзор литературы по доступным статьям показал, что большинство статей посвящено преимуществам и положительному влиянию семейного вмешательства[12].

Полное семейное вмешательство.

Когда в семье живет человек с зависимостью, психическим заболеванием, мыслями, на поведение и отношения влияет проблема, а также влияет проблема. Total Family Intervention (TFI) распознает влияние зависимости или психического заболевания не только на идентифицированного пациента, но и на всю семейную систему.

Общее семейное вмешательство в общих чертах определяет семью как тех значимых людей, которые наиболее заметны в жизни человека, и полагается на согласие всех членов семьи участвовать не только во вмешательстве, но и в процессе лечения[13].

Семья может внимательно следить за пациентом, потому что семья ближе к пациенту, им легче объяснить пациенту его / ее проблему, у наркоманов есть психологические проблемы, такие как беспокойство, депрессия и т. Д., Если семья понимает, чем они поддерживают, поощряют и поддерживают поведение пациентов, приводящее к положительному психологическому отношению. Сначала мы начинаем лечение, когда пациенту нужна поддержка, и семья обеспечивает его, заботясь о потребностях пациента, обеспечивая адекватное питание, финансовую поддержку и психологический комфорт. Когда семья постепенно видит улучшение в поведении пациента, они поощряют его, хваля его и гордясь им, пациент чувствует себя более преданным и придерживается программы лечения. Семья поддерживает лечение, заботясь о пациенте и мотивируя его.

Метод краткие вмешательства с участием членов семьи пациентов.

Первоначальный контакт

- Когда члены семьи обращаются к вам, они часто бывают в отчаянии. Им кажется, что они все перепробовали. Они в ужасе за любимого человека.

- У них есть множество эмоций от любви до гнева, вины, страха и надежды. Если они звонят, у них все еще есть надежда, что что-то можно сделать.

- Назначьте специалиста по интервенции в качестве основного контактного лица для команды.

- Определите, кто будет в команде

- Жизненно важно, чтобы основные люди, вовлеченные в жизнь человека, были готовы присоединиться к идентифицированному пациенту в процессе выздоровления.

- если к процессу выздоровления присоединятся всего несколько человек, то человек с зависимостью может разделить семью и продолжить проблемное поведение[14].

Второй контакт

- Надежда и осознанное согласие

Развивайте надежду на то, что вмешательство может помочь им двигаться в правильном направлении, заставив их представить себе, как будет выглядеть жизнь, когда человек выздоравливает.

- Предоставьте информацию об успехе вмешательств, а также об успехе различных видов лечения.

- Расскажите о факторах риска, которые они могут снизить, и защитных факторах, которые они могут усилить.

- Поддерживать любимого человека.

- Во время личной встречи интервент также собирает информацию о

- Стадия готовности к изменениям идентифицированного пациента, а также каждого участника интервенциониста для выбора наиболее подходящих инструментов для повышения мотивации и содействия изменениям.

- Мы можем узнать состояние ума пациента и его / ее готовность принять изменение, оценив изменение в поведении[15].

Планирование

- На этапе подготовки жизненно важно помочь семье увидеть, как поведение идентифицированного пациента повлияло на них, а также идентифицировать пациента физически, аффективно, когнитивно, экологически и относительно (PACER), и как их поведение повлияло на идентифицированного пациента.

- Важно, чтобы каждый начал заботиться о своем физическом и психическом здоровье посредством:

- Правильное питание, полноценный сон и лечение любых заболеваний.
- Изучите или улучшите свои навыки управления стрессом
- Справляйтесь с проблемами гнева, горя, вины и беспокойства, связанными с ситуацией пациента.

- Разрешение себе быть счастливым каждый день.

- Оцените их отношения и при необходимости укрепите границы и общение.

- После вмешательства кому-либо (тренеру-интервенционисту или клиницисту) рекомендуется провести короткие (30-минутные) контрольные встречи.

- Ежедневно с семьей в течение 12 недель проверять:

- Если пациент согласился на лечение, последующие меры направлены на адаптацию ко всем новым изменениям.

- Если пациент отказался от лечения, последующее наблюдение направлено на поддержание единой идеи и предотвращение дальнейшего разделения и разрушения семьи.

Как всем удастся придерживаться плана выздоровления, независимо от того, решает ли пациент начать процесс выздоровления, изменяя привычки или повседневную жизнь, чтобы упростить избежание разрушительного поведения, обращение за консультацией и выздоровление. Поддержка себя и знание того, что делать в случае рецидива происходит важно для каждого члена команды, а не только для пациента.

Узбекистан - исламское государство, и семья имеет большое значение в исламской семье, слово ваших родителей является абсолютным, а дети очень уважают своих родителей и восхищаются ими. Принимая во внимание нынешний метод лечения расстройства, связанного с употреблением алкоголя в Узбекистане, мы узнали, что никакой подход к лечению сам по себе неосуществим, поэтому мы должны внедрять краткие вмешательства с участием членов семьи пациентов в дополнение к лекарственной терапии, чтобы врач и семья пациента может сотрудничать.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, вследствие доступности и возможности охвата большого числа пациентов экстренная медицинская помощь обладает потенциалом для использования в целях сокращения риска, возникающего в результате проблемного употребления алкоголя.

Наиболее эффективным подходом предупреждения пьянства и алкоголизма является подход, нацеленный на постепенное изменение традиций в социуме, с акцентом на возможность корректировки индивидуального поведения под влиянием окружающих.

Полноценное мотивационное интервью необходимо проводить с пациентами включая их семейных родственников, которые допускают вредное и опасное употребление алкоголя и сомневаются по поводу изменения своих питательных привычек.

Literature

- [1] A. A. Alexandrov, «Выявление и консультирование в условиях общемедицинской практики пациентов, употребляющих алкоголь», *Семейный Доктор*, вып. 4, сс. 9–13, 2015.
- [2] R. N. Akalaev, A. A. Stopnitsky, и Kh. Sh. Khozhiev, *Клиническая, лабораторная, инструментальная диагностика и интенсивная терапия острых отравлений алкоголем: Учебное пособие для врачей*. Ташкент, 2019.
- [3] W. H. Organization, *Краткое профилактическое консультирование в отношении употребления алкоголя: учебное пособие ВОЗ для первичного звена медико-санитарной помощи*. 2017.
- [4] A. A. Kralko и others, *Потребление алкоголя в Республике Беларусь: медико-социальные и социально-экономические аспекты*. Минск: Колорград, 2018.
- [5] A. V. Trusova и E. M. Krupitsky, *Применение наркологического консультирования и краткой психокоррекционной интервенции в комплексной профилактике зависимости от алкоголя в работе бригад первичного звена амбулаторной и стационарной медицинской помощи*. СПб., 2012.
- [6] С. N. of the M. of H. of Uzbekistan, «Data provided by the chief narcologist of the Ministry of Health of Uzbekistan». декабрь 2020 г.
- [7] R. S. C. for E. M. of Uzbekistan, «Data provided by the Republican Scientific Center for Emergency Medicine of Uzbekistan». 2020 г.
- [8] H. D. Chilcoat и J. C. Anthony, «Impact of parent monitoring on initiation of drug use through late childhood», *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, т. 35, вып. 1, сс. 91–100, 1996.
- [9] T. J. Dishion и R. J. McMahon, «Parental monitoring and the prevention of child and adolescent problem behavior: a conceptual and empirical formulation», *Clin Child Fam Psychol Rev*, т. 1, вып. 1, сс. 61–75, 1998.
- [10] A. C. Crouter и M. R. Head, «Parental monitoring and knowledge of children», в *Handbook of parenting*, 2nd изд., т. 3, М. Н. Bornstein, Ред., Mahwah, NJ: Erlbaum, 2002, сс. 461–483.
- [11] H. Stattin и M. Kerr, «Parental monitoring: a reinterpretation», *Child Dev.*, т. 71, вып. 4, сс. 1072–1085, 2000.
- [12] A. C. Crouter и M. R. Head, «Parental monitoring and knowledge of children», в *Handbook of Parenting*, 2nd изд., т. 3, М. Н. Bornstein, Ред., Mahwah, NJ: Erlbaum, 2002, сс. 461–483.
- [13] H. D. Chilcoat и J. C. Anthony, «Impact of parent monitoring on initiation of drug use through late childhood», *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, т. 35, вып. 1, сс. 91–100, 1996.
- [14] T. J. Dishion и R. J. McMahon, «Parental monitoring and the prevention of child and adolescent problem behavior: a conceptual and empirical formulation», *Clin Child Fam Psychol Rev*, т. 1, вып. 1, сс. 61–75, 1998.
- [15] H. Stattin и M. Kerr, «Parental monitoring: a reinterpretation», *Child Dev.*, т. 71, вып. 4, сс. 1072–1085, 2000.