



Інформація про розробку інтервенції CHANGE

Інтервенція CHANGE – це психологічна інтервенція для осіб з співіснуючими (коморбідними) розладами, пов'язаних із вживанням алкоголю та психологічним дистресом в країнах, які зазнають впливу війни/конфлікту. Інтервенція може впроваджуватися фахівцями без спеціалізованої освіти у сфері охорони психічного здоров'я та має потенціал до масштабування.

В основі CHANGE лежить інтервенції Управління проблемами Плюс (УП+), в яку були інтегровані інші компоненти, спрямовані на зловживання алкоголем. Управління Проблемами Плюс (УП+) – інтервенція низької інтенсивності, розроблена Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) для роботи з дорослими в стані дистресу у громадах, що знаходяться під впливом несприятливих обставин. Однак УП+ не містить психологічних стратегій, спрямованих на розлади, спричинені зловживанням алкоголю, які співіснують (коморбідні) з тривожністю та депресією, особливо серед населення, яке зазнало впливу війни/конфлікту. Таким чином ми доповнили та модифікували деякі компоненти УП+ задля посилення гуманітарного реагування в Україні та покращення доступу до послуг осіб, які зазнають впливу війни з проблемами, пов'язаними із вживанням алкоголю та психологічним дистресом.

Інтервенція CHANGE пропонує гнучкість щодо кількості зустрічей на основі різноманітності потреб отримувачів послуг, але очікується, що учасник відвідає до 6-ти сесій впродовж 60-90 хв. кожна, що відповідає вимогам психологічної інтервенції низької інтенсивності

Прийнятність та здійсненність інтервенції буде перевірятися під час проведення пілотних досліджень в Уганді та Україні. Ефективність та економічна доцільність інтервенції буде тестуватися шляхом проведення рандомізованих контрольованих досліджень в Україні та Уганді.

Розробка інтервенції CHANGE відбувалася послідовно в декілька етапів:

ЕТАП 1. Ідентифікація потенційних компонентів психологічної інтервенції

1. Ідентифікація спільних компонентів емпірично обґрунтованих психологічних інтервенцій

Шляхом проведення мета-огляду було визначено спільні компоненти науково обґрунтованих психологічних інтервенцій, спрямованих на розлади, спричинені вживанням алкоголю.

Загалом було визначено вісім оглядів, які продемонстрували ефективність наступних психологічних інтервенцій: поведінкова терапія пар (behavioural couples therapy), когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) у поєднанні з мотиваційним інтерв'ю (MI), короткі інтервенції (BI), заохочувальний менеджмент (contingency management), психотерапія плюс короткі інтервенції

(psychotherapy plus BI), Анонімні Алкоголіки і 12-крокова програми лікування (TSP), сімейна терапія або лікування за участю сім'ї та підхід зміцнення спільноти (community reinforcement approach, CRA). Для розробки цієї інтервенції у фокусі уваги були саме компоненти (наприклад, когнітивна реструктуризація). Далі було здійснено синтез компонентів: об'єднання схожих та відкидання тих, які відображали техніки (конкретні процедури, що використовуються для реалізації стратегії, наприклад, самомоніторинг). Загалом було обрано 30 компонентів, про які повідомлялося у двох та більше дослідженнях.

2. Вибір здійснених, прийнятних та потенційно ефективних компонентів:

Ми провели опитування за методом Делфі, щоб визначити компоненти інтервенції, які були б найбільш *здійсненними (feasible)* при наданні неспеціалістами, були б *прийнятними (acceptable)* для людей з розладами, спричиненими вживанням алкоголю у середовищах, які зазнали впливу конфлікту і *сприймалися як потенційно ефективні (perceived to be potentially effective)* при наданні неспеціалістами. Учасники оцінювали кожен із тридцяти компонентів. У результаті опитування експерти дійшли згоди щодо наступних компонентів: визначення ситуацій підвищеного ризику, навичок вирішення проблем (компоненти інтервенції, які можуть бути здійсненими при наданні неспеціалістами); оцінювання, управління потягами до вживання алкоголю (компоненти інтервенції, які були б прийнятними для цільової аудиторії); навички спілкування, переваги та недоліки вживання алкоголю (за і проти) (компоненти інтервенції, які є здійсненими при наданні неспеціалістами та прийнятними для цільової аудиторії); та визначення ситуацій підвищеного ризику (компоненти інтервенції, які є прийнятними для цільової аудиторії та будуть потенційно ефективними при наданні неспеціалістами).

3. Мапування контекстуально прийнятних компонентів психологічної інтервенції

Щоб визначити контекстуально прийнятний зміст інтервенції, ми мали на меті: (a) вивчити причини вживання алкоголю в країнах, де проводиться дослідження; (b) зрозуміти культурні/контекстуальні норми, які сприяють і перешкоджають вживанню алкоголю; (c) описати несприятливі наслідки вживання алкоголю; та (d) вивчити коупінгові стратегії, які використовують люди для управління надмірним рівнем вживання. Це було здійснено шляхом проведення глибоких інтерв'ю (IDI) в Уганді та Україні.

Після інтерв'ю з ключовими стейкхолдерами було описано **Пояснювальну модель зловживання алкоголем серед чоловіків в Україні (рис. 1):**

Зловживання алкоголем серед українських чоловіків під час надзвичайної ситуації та тривалої війни було описано учасниками якісного дослідження як «самолікування» з метою зменшення симптомів проблем психічного здоров'я та зростаючого почуття деморалізації, спричиненого відсутністю підтримуючого соціального середовища та нерозв'язаними соціально-економічними проблемами в контексті культурно прийнятого вживання алкоголю (нормалізація).

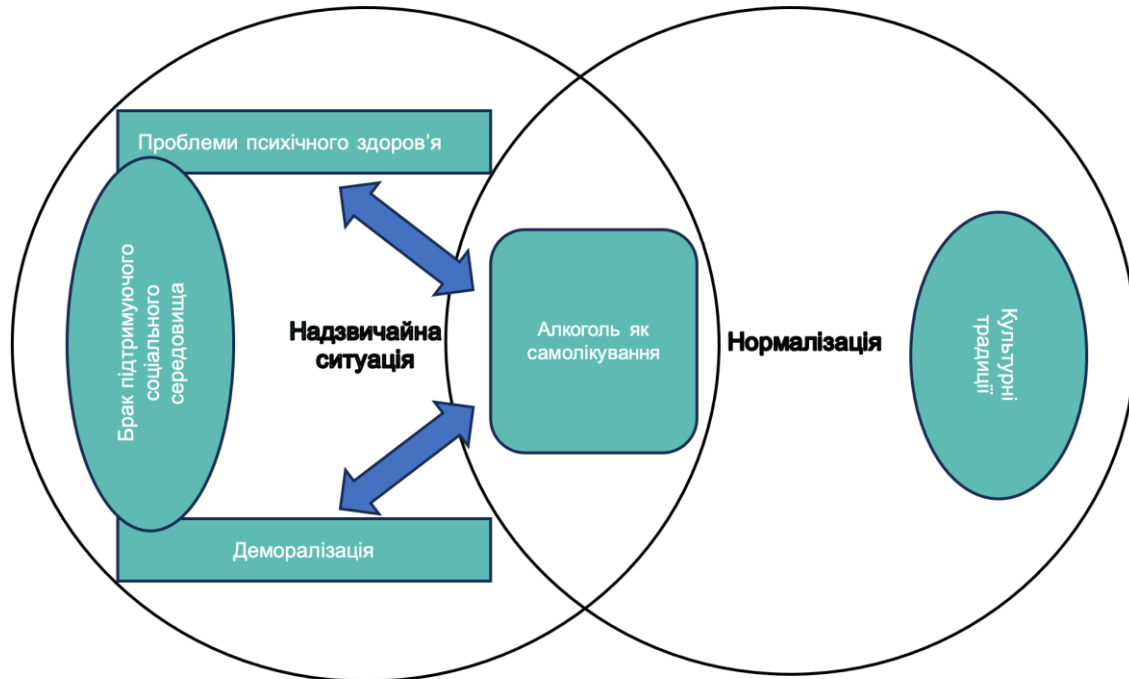


Рис. 1 Якісне дослідження, травень-березень 2021 р.

ЕТАП 2. Розробка теоретичного фреймворку CHANGE

Метою цього етапу була розробка теоретичного фреймворку для інтервенції CHANGE на основі компонентів інтервенцій, визначених у мета-огляді. Загалом було проведено 3 воркшопи з розробки інтервенції у вересні 2021 року, де експерти з психічного здоров'я з України та Уганди та міжнародні експерти об'єднали компоненти інтервенції в узгоджений протокол. У воркшопах також взяли участь п'ять учасників з Уганди, п'ять з України та 12 міжнародних експертів (з Австралії, Німеччини, Індії, Кенії, Мексики та Великобританії, а також представники ВООЗ). Серед експертів були психологи та психіатри з великим досвідом роботи з особами із розладами, пов'язаними із вживанням алкоголю та/або проблемами психічного здоров'я, а деякі мали досвід роботи з населенням, яке зазнало впливу конфлікту.

Спочатку учасникам були представлені результати мета-огляду, глибинних інтерв'ю та опитування за методом Делфі. Учасникам були презентовані компоненти, визначені в мета-огляді та було запропоновано фіналізувати список компонентів, організувати їх у пов'язані групи та запланувати їх у послідовний протокол психологічної інтервенції. Учасники спиралися на власний досвід/експертизу, результати глибинних інтерв'ю та опитування Делфі, приймаючи рішення шляхом фасилітованого обговорення. Учасники могли виключити або об'єднувати компоненти, надаючи для цього обґрунтування. Ряд компонентів було виключено в результаті консенсусу принаймні на двох із трьох семінарів. Концептуальні фреймворки інтервенції, які були незалежно розроблені на трьох воркшопах, потім були об'єднані командою програми після якісного порівняння та порівняння один з одним.

В результаті **дизайн інтервенції CHANGE передбачає реалізацію в трьох послідовних фазах**, які мають свої цілі:

Фаза 1. Спрямована на оцінювання, зворотній зв'язок та надання інформації (Assessment, Feedback, and Information). Відповідно, це передбачає детальне оцінювання вживання алкоголю та його впливу з подальшим індивідуальним зворотним зв'язком, обміном інформацією про інтервенцію, психопросвіту та визначення ситуацій підвищеного ризику для вживання алкоголю.

Фаза 2. Спрямована на надання клієнту навичок на основі потреб для вирішення ситуацій підвищеного ризику, пов'язаних із вживанням алкоголю. Це включає тренінг соціальних навичок, зміна або зміцнення соціальних мереж, навички відмови від алкоголю або робота із тиском зі сторони оточуючих/друзів, тренінг з релаксації, навички вирішення проблем, визначення альтернативних активностей, які не передбачають вживання алкоголю, управління потягами випити та управління емоціями, включаючи керування гнівом і моніторинг настрою.

Фаза 3. Спрямована на попередження та управління рецидивами з використанням навичок, отриманих на Фазі 2. Крім того, самоконтроль використовується на Фазах 2 і 3, коли людина працює над досягненням своєї мети контрольованого вживання алкоголю або утримання.

Наступні компоненти будуть запропоновані впродовж всього курсу терапії: мотиваційне інтерв'ю, включаючи «за і проти», призначення та перевірка домашнього завдання, інформаційний буклет, залучення сім'ї та ключових соціальних мереж за потреби, а також перенаправлення та лікування гострих надзвичайних ситуацій. Хоча встановлення цілей і план дій/планування змін відбуватиметься на Фазі 1, їх потрібно буде розглядати та періодично переглядати за потреби впродовж всієї інтервенції.

Потім ці компоненти були об'єднані з керівництвом УП+, дотримуючись принципів концептуальної основи, описаної вище.