



**Применение наркологического консультирования и краткой
психокоррекционной интервенции
в комплексной профилактике зависимости
от алкоголя в работе бригад первичного звена амбулаторной и
стационарной медицинской помощи**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2012

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ им. В.М. БЕХТЕРЕВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Применение наркологического консультирования и
краткой психокоррекционной интервенции
в комплексной профилактике зависимости от алкоголя
в работе бригад первичного звена амбулаторной и
стационарной медицинской помощи**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2012

Аннотация

Методические рекомендации разработаны на основании зарубежного опыта применения методов раннего выявления и профилактики алкогольной зависимости. Описано применение наркологического консультирования и краткой психокоррекционной интервенции в амбулаторной и стационарной практике учреждений здравоохранения в рамках комплексной профилактики алкоголизма.

Методические рекомендации предназначены для специалистов первичной медицинской сети – врачей различных специальностей, среднего медицинского персонала, а также для психологов, социальных работников и работников патронажной службы.

Организация-разработчик: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, отделение лечения больных алкоголизмом

Авторы: к. п. н., н. с. А.В. Трусова, д. м. н., профессор Е.М. Крупицкий

Перечень сокращений

ПАВ – психоактивные(ое) вещества(о)

НК – наркологическое консультирование

КПИ – краткая психокоррекционная интервенция

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

Ст. доза – стандартная доза алкоголя

Введение

Проблема зависимости от алкоголя. Профилактика злоупотребления алкоголем и алкогольной зависимости относится к числу важнейших проблем здравоохранения Российской Федерации.

По официальным данным, потребление алкоголя на душу населения в нашей стране за последние 20 лет выросло почти в 2 раза и находится на уровне, опасном для здоровья нации в целом. С чрезмерным употреблением алкоголя связаны высокие показатели смертности, в первую очередь – среди мужчин трудоспособного возраста.

По ряду причин (недооценка и отрицание проблем, связанных с алкоголем, страх социальной стигматизации, нежелание обращаться в государственную наркологическую службу и др.) люди, находящиеся на ранних этапах заболевания, не получают своевременной наркологической помощи, даже не терапевтического, а диагностического и консультационного характера. Как правило, обращение за специализированной медицинской помощью происходит при нарастании массивных и хронических негативных последствий приема алкоголя – обычно к этому моменту зависимость от алкоголя уже сформирована.

Зависимость от алкоголя является хроническим рецидивирующим заболеванием, и на данный момент не существует высокоэффективных методов ее 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 многие другие), но обычно составляет несколько лет. Эффективное вмешательство на стадии проблемного употребления алкоголя позволяет замедлить или предотвратить формирование болезни.

Проведение такого вмешательства представляется оптимальным в рамках первичной медицинской сети (медико-санитарных учреждений территориально-участковой принадлежности) и соответствует ее основной, наиболее важной для охраны здоровья населения, функции – профилактике заболеваемости.

Цели и задачи методических рекомендаций. Данные методические рекомендации предназначены для специалистов первичной медицинской сети – врачей различных специальностей, среднего медицинского персонала, а также психологов, социальных работников и работников патронажной службы.

Целью методических рекомендаций является создание алгоритма проведения наркологического консультирования и краткой психокоррекционной интервенции в рамках профилактики алкогольной зависимости силами бригад первичного звена амбулаторной и стационарной медицинской помощи.

Данные методические рекомендации призваны решить следующие задачи:

- дать представление о сути и технике проведения наркологического консультирования пациентов первичной медицинской сети;
- сформировать общие навыки проведения краткой психокоррекционной интервенции применительно к лицам, употребляющим алкоголь на опасном для здоровья уровне;
- описать модели проведения НК и КПИ в зависимости от типа учреждения медицинской сети.

Наркологическое консультирование

Наркологическое консультирование (НК) представляет собой вид консультационной деятельности, осуществляемой в учреждениях здравоохранения. Общая цель проведения НК – вмешательство в употребление алкоголя на раннем этапе, до формирования зависимости, и прицельно по отношению к людям, у ко-

торых количество употребляемого алкоголя высоко или характер его употребления может рассматриваться как опасный или вредный, но синдром зависимости от алкоголя еще не сформирован.

НК может проводиться как медицинскими специалистами – врачами различных специализаций и средним медперсоналом, так и немедицинскими специалистами первичной медицинской сети – психологами, социальными работниками, работниками службы патронажа и др. Для проведения НК, помимо профессиональной подготовки в своей области первичного медицинского звена, необходимо владеть общей информацией о сути алкогольной зависимости и признаках злоупотребления алкоголем, иметь навыки установления доверительного контакта с пациентом, а также выполнять комплекс консультационных действий, изложенный в данных методических рекомендациях.

НК включает скрининг (выявление проблемного употребления алкоголя) и объективное информирование пациента о негативных последствиях рискованного пьянства. НК применяют в комплексе с краткой психокоррекционной интервенцией (КПИ). Целью КПИ является мотивирование пациента на изменение поведения в отношении алкоголя. НК вместе с КПИ нацелены на сокращение количества и частоты употребления алкоголя человеком до безопасного уровня и прекращения пьянства, опасного для здоровья. Полное воздержание от алкоголя, как правило, не является преследуемой целью, но иногда может быть рекомендовано. Также возможно применение НК и КПИ для создания мотивации к специализированному лечению у выявленных в общесоматической сети больных алкоголизмом.

Ниже приведена общая информация, касающаяся злоупотребления алкоголем и алкогольной зависимости. Эта информация необходима для проведения наркологического консультирования. Владение этой информацией позволит компетентно провести с пациентом беседу об употреблении им алкоголя, поможет ответить на возникшие у него вопросы.

Злоупотребление алкоголем, зависимость от алкоголя. Существуют химические вещества, обладающие способностью активно воздействовать на человеческую психику – изменять эмоциональное состояние человека, уровень активности его сознания, скорость и координацию моторных функций, вызывать галлюцинации и обманы восприятия реальности его органами чувств и т. п. – такие вещества называют психоактивными (ПАВ). Наряду с наркотиками, некоторыми лекарственными и немедицинскими средствами, к психоактивным веществам относится и алкоголь.

Среди других ПАВ алкоголь выделяется своей доступностью, легальностью и универсальностью. Широкий спектр фармакологической активности этанола, составляющего основу любого алкогольного напитка, включает в себя атарактическое действие (снятие напряжения), анксиолитическое действие (снижение уровня тревоги), активирующее и стимулирующее действие (повышение настроения и активности, придание бодрости, раскованности, смелости). При этом алкоголь обладает высоким аддиктивным потенциалом (способностью вызывать зависимость) и при длительном употреблении негативно воздействует на весь организм человека.

Все эффекты употребления алкоголя можно разделить на острые и хронические. В острых эффектах алкоголя следует различать три степени опьянения (см. рис. 1).

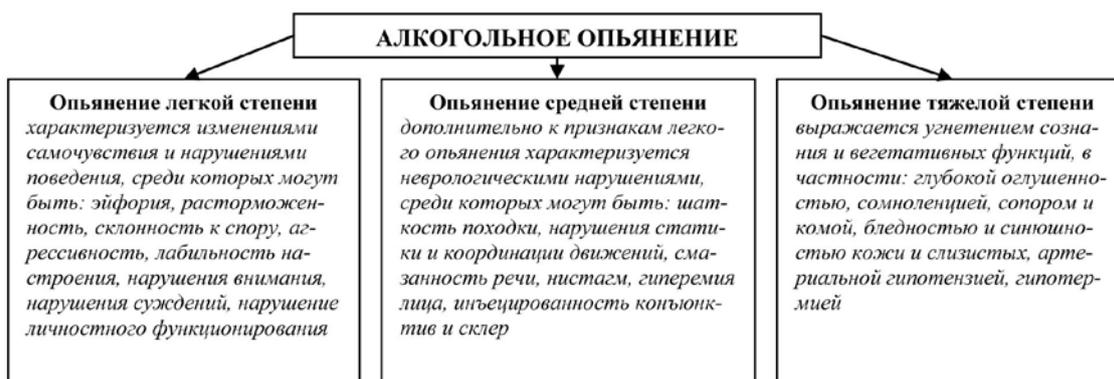


Рис. 1. Алкогольное опьянение

Относительно редко встречается так называемое *патологическое* опьянение – кратковременное острое психотическое расстройство, развивающееся в связи с приемом алкоголя и протекающее с нарушением сознания, возбуждением, агрессией и, как правило, с последующей амнезией.

К хроническим эффектам алкоголя в первую очередь относится его способность вызывать зависимость. Зависимость от алкоголя развивается определенным образом. Ей предшествует период «употребления алкоголя с вредными последствиями», или период злоупотребления алкоголем. В этот период человек регулярно употребляет алкоголь, нанося этим вред своему физическому и/или психическому здоровью, а также социальному функционированию (например, прогулы и опоздания на работу, управление автомобилем или совершение правонарушений в состоянии алкогольного опьянения). Необходимо подчеркнуть, что речь идет не об однократном приеме алкоголя и вызванных им таких же однократных проблемах, а о повторяющихся регулярно выпивках и регулярно возникающих проблемах. Поэтому такое пьянство еще называют «проблемным».

Следует отметить, что данные методические рекомендации подразумевают работу с контингентом лиц, находящихся именно на этом этапе, а дальнейшее развитие зависимости требует уже непосредственного вмешательства врачей-наркологов. Проблемное пьянство или злоупотребление алкоголем представляет определенную сложность именно в силу того, что вмешательство наркологов с точки зрения самого злоупотребляющего представляется, как правило, преждевременным. А специалисты первичной медицинской сети имеют широкое поле для оказания воздействия на употребление алкоголя.

Если злоупотребление алкоголем не прекращается, через некоторое время формируется собственно болезнь – синдром зависимости. Его основной признак – наличие у человека очень сильной (а иногда просто непреодолимой) потребности принять алкоголь. Такая потребность или существует постоянно, или регулярно возникает. И когда эта потребность актуальна, все поведение человека подчинено ее удовлетворению, то есть прием алкоголя становится первоочередной задачей и происходит вопреки сдерживающим факторам.

Протекание зависимости от алкоголя имеет три стадии: начальную, среднюю и конечную. Их характеристики отражены на рис. 2. Следует отметить, что на конечной стадии зависимости толерантность к алкоголю (переносимость алкоголя) может даже снижаться.

Алкогольная зависимость различается по *прогредиентности* – скорости развития заболевания. При высокой прогредиентности зависимость развивается быстрыми темпами, нарастание болезненных изменений происходит в течение 2–3 лет после начала систематического употребления алкоголя. Умеренную прогредиентность характеризует средний темп развития заболевания – нарастание болезненных изменений в течение 4–10 лет после начала систематического употребления

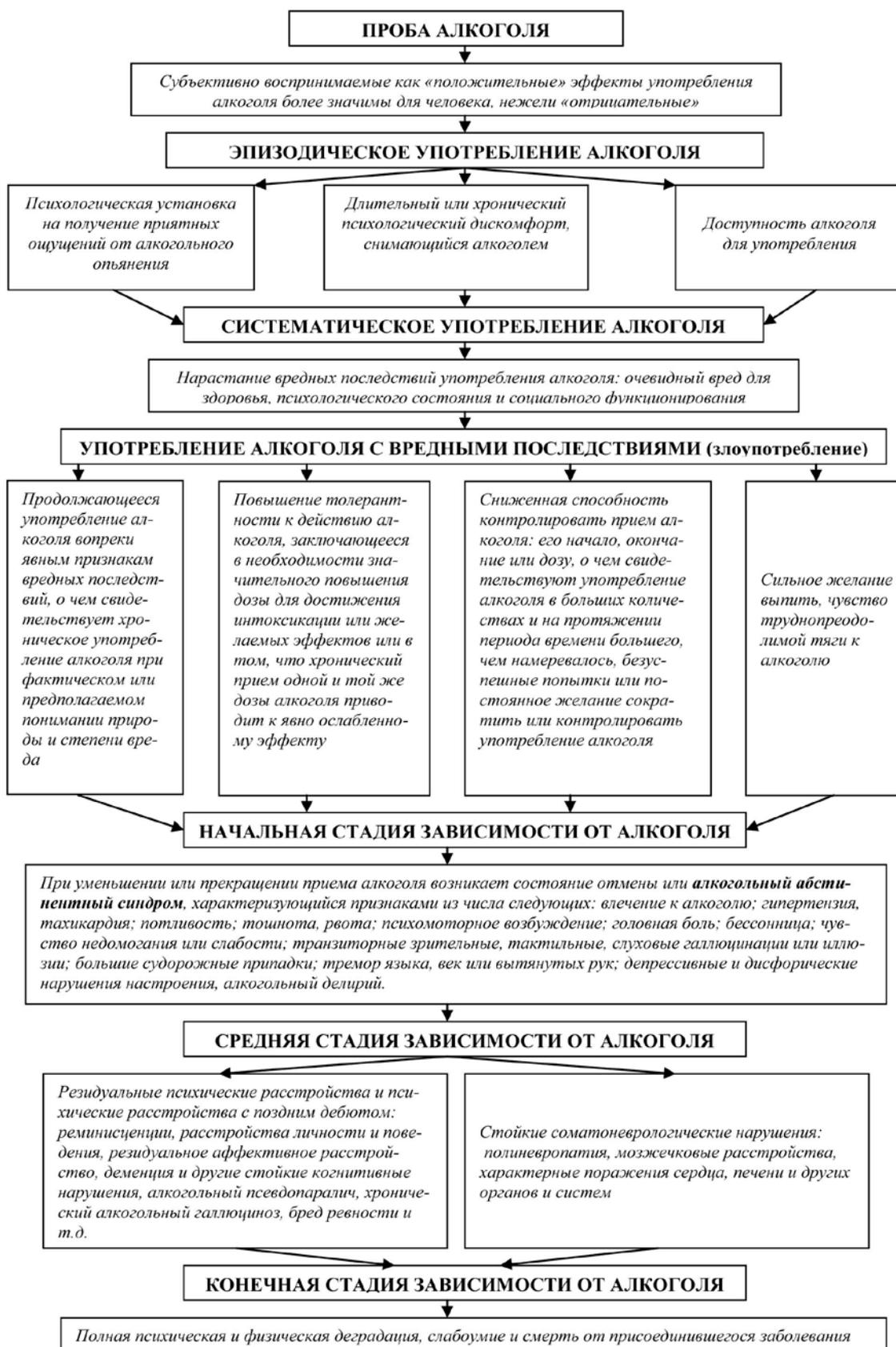


Рис. 2. Процесс развития зависимости от алкоголя

алкоголя. Низкая прогрессивность означает медленный темп развития заболевания – нарастание болезненных изменений позже чем через 10 лет после начала систематического употребления алкоголя.

Существуют различные *формы* злоупотребления алкоголем:

- отдельные алкогольные эксцессы – употребление алкоголя от случая к случаю;
- псевдозапой – употребление алкоголя на протяжении нескольких дней подряд, начинается как единичная выпивка (с друзьями, на дне рождения и т. п.), прекращается с отсутствием условий для выпивки (кончатся деньги, нужно на работу и т. п.);
- постоянное пьянство – фактически ежедневное употребление алкоголя на протяжении длительного времени (1 месяц и более), причем количество дней в неделю, когда принимается алкоголь, превышает количество «трезвых» дней, при этом достигаемая степень опьянения может быть незначительной; обычно при этой форме употребляются некрепкие алкогольные напитки – пиво, вина, газированные алкогольные напитки и т. п.;
- перемежающееся пьянство – на фоне постоянного пьянства происходят псевдозапой или запои;
- истинные запои – регулярное употребление алкоголя на протяжении нескольких дней подряд с поддержанием фактически постоянной степени опьянения, обычно употребление алкоголя происходит каждые 2–3 часа; начинаются и заканчиваются истинные запои вне зависимости от внешних условий, по внутренним биологически фундированным механизмам.

Длительное систематическое употребление алкоголя, приводящее к возникновению зависимости от него, формирует не только временные (на период действия алкоголя) изменения в работе головного мозга, но и стойкие, необратимые изменения его некоторых функций. С этим связано изменение эффектов действия алкоголя со временем, а также изменение толерантности (переносимости алкоголя). Таким образом, даже когда человек, имеющий сформированную зависимость от алкоголя, длительное время не выпивает, измененные функции головного мозга «всегда готовы» к возобновлению зависимости. В этом смысле алкогольная зависимость является неизлечимым заболеванием, и целью лечения (и терапевтическим эффектом) является не возврат к состоянию «до болезни» (это, к сожалению, невозможно на современном этапе развития медицины), а достижение длительной ремиссии – полного воздержания от приема алкоголя.

Ремиссия – это состояние, при котором человек, имеющий алкогольную зависимость, полностью воздерживается от приема алкоголя и у него отсутствуют признаки проявления болезни. Ремиссия может быть *спонтанной* (самостоятельное прекращение человеком приема алкоголя) или *терапевтической* (прекращение приема алкоголя в результате лечения). Ремиссией обычно называется воздержание от приема алкоголя на протяжении не менее трех месяцев, о стабильной ремиссии говорят при воздержании от употребления алкоголя на протяжении более 1–2 лет.

Рецидив – это возврат человека, имеющего алкогольную зависимость и воздерживающегося от приема алкоголя на протяжении определенного времени, к систематическому употреблению алкоголя. Единичная выпивка на фоне длительного воздержания еще не является рецидивом и называется *срывом*. Несколько срывов подряд ведут к развитию рецидива болезни. После рецидива зачастую тяжесть зависимости (частота и массивность употребления алкоголя, скорость нарастания болезненных изменений) усиливается.

Последствия злоупотребления алкоголем. Злоупотребление алкоголем в первую очередь негативно сказывается на работе головного мозга, изменяя его нормальное функционирование и приводя к формированию зависимости. Также из-за токсических эффектов алкоголя часть нервных клеток погибает, что может

приводить к развитию алкогольной энцефалопатии, эпилепсии, психозов, полиневропатии. Помимо этого, имеются негативные последствия для всего организма:

- жировая инфильтрация печени, которая способствует возникновению цирроза печени;
- гастрит и язва желудка из-за воздействия на слизистую желудка, другие расстройства пищеварения;
- болезни тонкого кишечника, нарушение его способности к всасыванию ряда важнейших питательных веществ, витаминов и аминокислот;
- недостаточность функции поджелудочной железы, панкреатит;
- нарушения производительности и ритма работы сердца, кардиомиопатия;
- снижение числа лейкоцитов и, как следствие, снижение иммунитета, восприимчивость к инфекционным и онкологическим заболеваниям;
- нарушения половой функции.

Употребление алкоголя изменяет поведение человека, делая его более рас- торможенным, неосторожным. Во время опьянения снижается волевой контроль, регулирующий нормы поведения в обществе, – человек может совершать различные асоциальные действия, начиная от нарушения приличий и заканчивая совершением преступлений. Зачастую с употреблением алкоголя связано повышение уровня агрессивности – человек может вступить в драку, не контролируя ее последствий. Велико количество бытовых и производственных травм, а также дорожно-транспортных происшествий, причиной которых является состояние алко- гольного опьянения одного из участников.

Скрининг проблемного употребления алкоголя

Проведению НК и КПИ предшествует скрининг алкогольных проблем у пациентов первичной медицинской сети, по результатам которого определяется, является ли уровень употребления алкоголя пациентом опасным для здоровья.

Для универсальной количественной оценки употребляемого алкоголя используется понятие *стандартной дозы алкоголя* (рис. 3). Вопросы специалиста, проводящего скрининг, и ответы пациента относительно количества употребляемого им алкоголя должны оцениваться из расчета в стандартных дозах алкоголя.

| | | | | | |
|--------------------------|---|--|---|--|---|
| 1 стандартная доза | = | 1 кружка светлого пива 330 мл, крепость ~5% | 1 рюмка водки, коньяка, виски 40 мл, крепость ~40% | 1 бокал столового вина 140 мл, крепость ~12% или крепленого вина 90 мл, крепость ~18% | 1 бокал ликера, настойки или наливки 70 мл, крепость ~25% |
|--------------------------|---|--|---|--|---|

Рис. 3. Стандартная доза алкоголя

Проведение скрининга возможно как в форме личной беседы с пациентом, так и в виде самостоятельного заполнения пациентом бланка тестового опросника. С точки зрения установления доверительного контакта в дальнейшем общении предпочтительнее форма личной беседы. Однако в условиях дефицита времени и/или нехватки персонала возможно использование бланка опросника. Возможен вариант, при котором для пациента будет более психологически комфортно самостоятельно заполнить опросник, нежели отвечать на вопросы в личной беседе.

Перед началом скрининга следует поинтересоваться у пациента: «*Вы не против, если мы немного поговорим о том, как Вы употребляете алкоголь?*» Если пациент не дает согласия, следует поинтересоваться причинами отказа, объяснить, что это важно с медицинской точки зрения. Если пациент все равно не дает

согласия на беседу об употреблении алкоголя, не стоит оказывать на него давления, однако нужно вернуться к этому разговору при следующем удобном случае. Если процедуру скрининга проводит средний медицинский персонал или немедицинский персонал (психолог, социальный работник и т. д.), можно использовать авторитет лечащего врача, сославшись на важность для него сведений об употреблении алкоголя пациентом.

Алгоритм проведения скрининга в форме личной беседы наглядно изложен в блок-схеме 1 «Скрининг» (Приложение 1). В качестве тест-опросника для выявления проблемного употребления алкоголя Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует тест AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), который состоит из 10 вопросов, касающихся различных аспектов употребления алкоголя и связанных с этим проблем (см. Приложение 2).

Подсчет баллов теста AUDIT осуществляется следующим образом:

- Для вопросов 1–8 выбранный ответ оценивается в баллах по номеру в названии столбца (например, ответ «Никогда» – 0 баллов, ответ «Еженедельно» – 3 балла).
- Для вопросов 9 и 10 ответ «Никогда» – 0 баллов, ответ «Более чем 1 год назад» – 2 балла, ответ «В течение этого года» – 4 балла.

Максимально возможная сумма баллов – 40.

Результаты теста интерпретируются так:

- меньше 8 баллов – нет проблем с употреблением алкоголя;
- 8–15 баллов: проблемное или рискованное потребление алкоголя;
- 16–19 баллов: злоупотребление алкоголем и употребление алкоголя с вредными последствиями;
- более 20 баллов – возможно наличие алкогольной зависимости.

Если по результатам скрининга пациент набрал более 8 баллов в тесте AUDIT, то ему рекомендуется пройти НК и КПИ.

Краткая психокоррекционная интервенция

Теоретической основой для проведения краткой психокоррекционной интервенции (КПИ) являются представления о готовности человека к изменениям, практически КПИ базируется на технике мотивационного интервьюирования. И теоретическая, и практическая основы КПИ были разработаны в рамках гуманистической психотерапии для поощрения людей к изменению поведения, связанного с употреблением алкоголя. КПИ обычно подразумевает индивидуальную обратную связь на основании результатов скрининга и принятие решения о дальнейших действиях по изменению выявленного опасного употребления алкоголя.

Долгое время люди, которые употребляли алкоголь с риском для здоровья, но не так массивно, как при злоупотреблении или зависимости, даже при желании не могли получить консультационной помощи – для специалистов-наркологов они не являлись пациентами в силу незначительности алкогольных проблем, медицинские специалисты другого профиля не брались обсуждать с ними употребление алкоголя, при возникновении подобного запроса адресуя их к наркологам. Тем более, собственное желание пациента обсуждать алкогольные проблемы является скорее исключением, чем правилом. Даже частичное признание собственных проблем с алкоголем в сознании большинства людей связано с ярлыком «алкоголик» – имеет однозначно негативную окраску и дается психологически тяжело. Инициирование понимания пациентом его алкогольных проблем должно быть осторожным, чтобы не усилить естественные реакции защиты – отрицание, желание спорить или избегать этой темы.

Современный взгляд на проблему зависимости от алкоголя позволяет оказывать воздействие на проблемное употребление алкоголя в отсутствие явно выраженного пациентом желания. Ключевым моментом является создание определенной мотивации – движущей силы человеческих поступков. Некоторое время назад мотивация рассматривалась как некая относительно стабильная характеристика человека – либо мотивация к чему-либо есть, либо нет. Сейчас существуют психокоррекционные (психотерапевтические) подходы, позволяющие влиять на мотивацию, формировать ее. В рамках проведения НК и КПИ используется подход, получивший название «мотивационного интервьюирования».

Проводить КПИ могут как врачи-специалисты, так и средний медицинский персонал или немедицинские специалисты (психолог, социальный работник, специалист по патронажу). Помимо навыков наркологического консультирования и базовых знаний о зависимости от алкоголя, требуются внимательное, вдумчивое отношение, стремление к установлению доверительного контакта с пациентом и соблюдение рекомендаций данного методического пособия.

Существуют «правильные» и «неправильные» действия специалиста, проводящего мотивационное интервьюирование в рамках КПИ (см. Приложение 3). К «правильным» относятся действия, положительно сказывающиеся на мотивации пациента к изменению собственного употребления алкоголя, к «неправильным» – сказывающиеся негативно. Как правило, пациенты сопротивляются принятию негативной информации (признанию того факта, что есть проблемы с алкоголем), «неправильные» действия усиливают это сопротивление, «правильные», наоборот, ослабляют и облегчают не только признание неприятных фактов, но и действия по исправлению ситуации. Очень важно не вступать с пациентом в конфронтацию, все время удерживаться с ним «по одну сторону баррикады» против коварного врага – алкоголя.

Крайне редко встречаются люди, категорически уверенные в правоте своих действий относительно алкоголя. Как правило, впитанная с детства информация, что «пить вредно», а также наглядные негативные последствия алкоголизации формируют амбивалентное, противоречивое отношение к алкоголю и заставляют человека хотя бы изредка сомневаться, правильно ли он поступает, когда выпивает. Задача КПИ – расшевелить эти сомнения, заставить человека сильнее сомневаться в том, что употребление алкоголя идет ему на пользу. Человеку, сомневающемуся в пользе для здоровья собственных действий, легче изменить поведение и воспользоваться альтернативными источниками получения удовольствия.

Важным является момент психологической поддержки и проявлений сопереживания, эмпатии со стороны специалиста, проводящего КПИ. Деликатное отношение к обсуждаемым вопросам подразумевает отсутствие негативных оценок, высказываний осуждения. Полезно использовать психологические приемы вербального «отзеркаливания» – повторение эмоционального отношения или других слов пациента с незначительно измененной формулировкой (например: «*Вы говорите, Вы не хотите обсуждать это*»; или: «*Похоже, что Вы не очень довольны тем, что оказались у врача*»).

Вопросы, которые задает пациенту специалист, проводящий КПИ, должны быть «открытые» – то есть давать возможность развернутого ответа, исключая ответы «да» или «нет». Открытые вопросы позволяют получить дополнительные сведения или выяснить реальные мотивы и позицию собеседника.

У многих пациентов отмечается недостаток уверенности в своей способности измениться, поэтому важно задавать вопросы таким образом, чтобы предоставить им возможность самим озвучить перемены, которые они когда-либо произ-

водили в своей жизни, – это усиливает их ощущение собственной значимости и способности к изменениям.

Ниже приведены примеры отдельных высказываний специалиста во время проведения КПИ:

- Скажите, пожалуйста, какова ваша «норма» алкоголя?
- Вы говорите «чуть-чуть/немного». А не могли бы сказать точнее?
- Я понимаю, что это нелегко. Больше 10 ... (бутылок пива, рюмок водки – в зависимости от того, что пьет пациент) в день? Меньше? Больше пяти?
- Вы говорите, что пьете в основном по выходным.
- Если все сложить, то получается, что за неделю Вы выпиваете вот такое количество алкоголя ... Что вы думаете по поводу этой цифры?
- Вы говорите, что это не особенно Вас беспокоит... Вы говорите, Вас пугает эта цифра... Как давно Вы столько пьете?
- Вы говорите, жена собирается бросить Вас, если Вы не прекратите пить. Что вы чувствуете/думаете по этому поводу?
- Что Вам нравится в выпивке?
- Вы говорите, Вы не хотите обсуждать это... Я понимаю, как Вам, должно быть, тяжело об этом говорить... Понимаете, для меня важно это знать.
- Может быть, позже мы вернемся к этому, а пока, позвольте, я спрошу кое-что другое.
- Таким образом, если бы Вы прекратили пить, то, возможно, проблем стало бы меньше.
- С одной стороны, есть причины подумать о переменах, однако с другой – Вы сомневаетесь, настолько ли все плохо.
- Поправьте меня, если я ошибаюсь.
- Случалось ли Вам когда-либо сократить или полностью прекратить выпивку? Как это происходило? Как долго это продолжалось? Вам это понравилось? Из-за чего Вы снова стали выпивать?
- На самом деле, Ваш вопрос не может быть адресован мне. Ведь дело в том, чего хотите Вы сами.
- И что Вы думаете делать дальше? Вы говорите, Вы не уверены.
- Может быть, Вы не согласны с тем, что я говорю?
- Нет, в мои намерения совершенно не входит указывать Вам, что делать. Это исключительно Ваш выбор. Я здесь с единственной целью помочь Вам. Решение исключительно за Вами.
- Для того чтобы принять правильное решение, Вам стоит знать некоторые факты об алкоголе. Вы не против, если я Вам кое-что расскажу?
- Вы говорите, что хотели бы сократить употребление алкоголя – какое количество было бы правильным для Вас?
- Что Вам требуется, чтобы сделать это?.. и т. д.

Существуют универсальные стратегии, облегчающие контроль над употреблением алкоголя. Стоит ознакомить с ними пациента (см. Приложение 4).

Действия специалиста по проведению НК и КПИ различаются в зависимости от определяемой по результатам скрининга выраженности проблем с алкоголем у пациента. В блок-схеме 2 (см. Приложение 5) отражена последовательность действий в том случае, если уровень алкогольных проблем пациента невысок и остается в рамках проблемного или рискованного пьянства. В блок-схеме 3 (см. Приложение 6) отражены действия специалиста в том случае, если у пациента обнаружены признаки злоупотребления алкоголем или зависимости. Стоит напомнить, что любое общение с пациентом должно происходить в соответствии с

принципами мотивационного интервьюирования, что означает: психологически поддерживать пациента, не усиливать его сопротивление, положительно влиять на мотивацию к изменению поведения в отношении алкоголя.

Проведение НК и КПИ в медицинских учреждениях различного типа

В работе бригад первичного звена медицинской помощи в зависимости от условий проведения НК и КПИ есть свои специфические черты.

Амбулаторный прием терапевта, врача общей практики. В этом варианте широкие возможности для выявления лиц с проблемным употреблением алкоголя сочетаются с дефицитом времени приема в силу высокой загруженности. Полезным может быть использование анкетной формы скрининга и привлечение среднего медперсонала для его обработки. Анализ историй болезни, данные лабораторных исследований и жалобы пациента, причиной которых могло бы быть излишнее употребление алкоголя, позволят определить тех, чье прохождение скрининга должно быть первоочередным. Идеальным является внедрение процедуры скрининга в рутинную практику, с максимальным охватом пациентов.

Амбулаторный прием врача-специалиста. В противовес факторам, удерживающим специалистов от бесед со своими пациентами на тему употребления алкоголя (недостаточность образования и навыков, ограниченное понимание ответственности, низкая заинтересованность в результате лечения), есть доказательства того, что расширение стандартной процедуры приема врача-специалиста до проведения скрининга алкогольных проблем, НК и КПИ приводит к улучшению комплайенса, большему согласию с рекомендациями врача, более редкому преждевременному прекращению лечения заболевания, послужившего причиной обращения.

Травматологический центр. Алкоголь играет важную роль в возникновении многих травм, поэтому скрининг проблемного употребления алкоголя весьма полезен в отделениях травматологической помощи. В первую очередь скринингу должны подвергаться люди, поступившие в травматологические отделения в состоянии алкогольного опьянения (после протрезвления), в этом случае полезным будет не только сообщать пациенту заключение относительно его уровня употребления алкоголя, но и уровень алкогольной интоксикации при поступлении, а также связь опьянения с травмой. Боль от полученной травмы, состояние шока или стресса не позволяют проводить НК и КПИ на первичном приеме, лучше переносить эти процедуры на повторное посещение пациента.

Стационар общего профиля. Стационарное лечение предоставляет широкие возможности осуществлять НК и КПИ за время госпитализации, выбирая оптимальное время для воздействия. Скрининг рискованного употребления алкоголя может проводиться как для всех поступающих в стационар пациентов (что более желательно), так и для тех, чей характер заболевания, жалобы, данные лабораторных анализов и инструментальных исследований указывают на возможное наличие проблем с алкоголем.

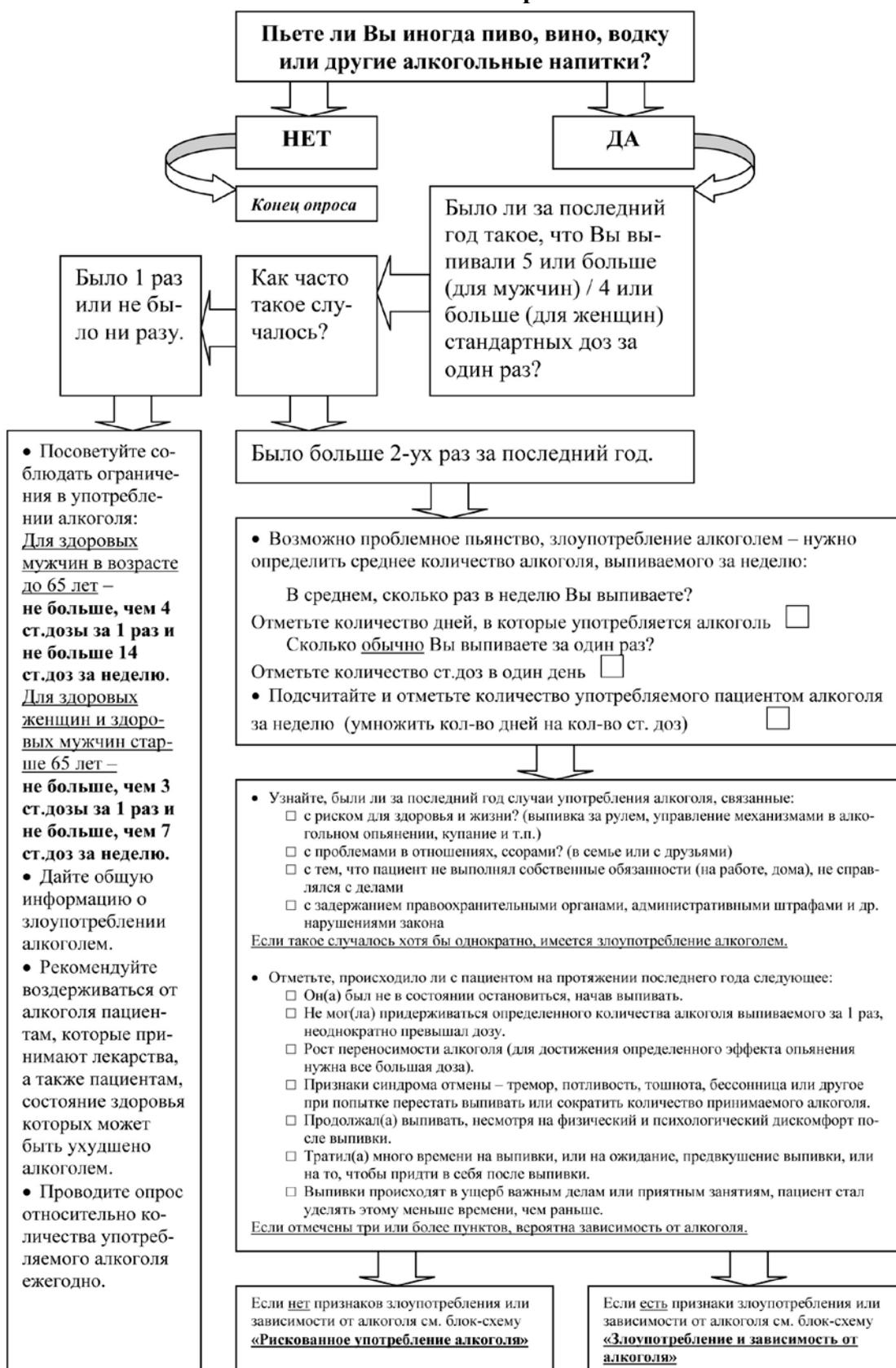
Заключение

Современный подход к терапии и профилактике алкогольной зависимости подразумевает расширение границ оказания помощи пациентам с проблемами употребления алкоголя за рамки специализированных клиник. Врачи и другие специалисты первичного медицинского звена находятся в условиях, оптимально подходящих для проведения скрининга, краткого наркологического консультирования и психокоррекционной интервенции. В отличие от специализированных наркологических учреждений, в поле зрения которых попадает небольшой процент людей с проблемами употребления алкоголя (большая часть пациентов этих учреждений имеют сформированную зависимость от алкоголя), специалисты первичного медицинского звена встречаются в своей деятельности со значительно большим числом пациентов с рискованным употреблением алкоголя. В России остро стоит вопрос профилактики алкоголизма и возможность охвата широкого контингента лиц с алкогольными проблемами особенно важна. Эффективность проведения НК и КПИ в первичной медицинской сети была неоднократно подтверждена научными исследованиями и давно стала неотъемлемой частью общемедицинской практики большинства европейских стран и США.

Приложения

Приложение 1

Блок-схема 1. «Скрининг»



Тест AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--------------|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| 1. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки? | Никогда | 1 раз в месяц или реже | 2-4 раза в месяц | 2-3 раза в неделю | 4 и более раз в неделю |
| 2. Какова Ваша обычная доза алкогольных напитков в день выпивки? | 1-2 ст. дозы | 3-4 ст. дозы | 5-6 ст. доз | 7-8 ст. доз | 10 и более ст. доз |
| 3. Как часто Вы выпиваете более 5 (для мужчин) или 4 (для женщин) стандартных доз в течение одной выпивки? | Никогда | Менее, чем 1 раз в месяц | 1 раз в месяц (ежемесячно) | 1 раз в неделю (еженедельно) | Ежедневно или почти ежедневно |
| 4. Как часто за последний год Вы понимали, что не способны остановиться, начав пить? | Никогда | Менее, чем 1 раз в месяц | 1 раз в месяц (ежемесячно) | 1 раз в неделю (еженедельно) | Ежедневно или почти ежедневно |
| 5. Как часто за последний год Вы из-за выпивки не справлялись со своими обязанностями или обещаниями? | Никогда | Менее, чем 1 раз в месяц | 1 раз в месяц (ежемесячно) | 1 раз в неделю (еженедельно) | Ежедневно или почти ежедневно |
| 6. Как часто за последний год Вам необходимо было выпить утром, чтобы прийти в себя после предшествующей тяжелой выпивки (опохмелиться)? | Никогда | Менее, чем 1 раз в месяц | 1 раз в месяц (ежемесячно) | 1 раз в неделю (еженедельно) | Ежедневно или почти ежедневно |
| 7. Как часто за последний год у Вас было чувство вины и(или) раскаяния после выпивки? | Никогда | Менее, чем 1 раз в месяц | 1 раз в месяц (ежемесячно) | 1 раз в неделю (еженедельно) | Ежедневно или почти ежедневно |
| 8. Как часто за последний год Вы были не способны вспомнить, что было накануне, из-за того, что Вы выпивали? | Никогда | Менее, чем 1 раз в месяц | 1 раз в месяц (ежемесячно) | 1 раз в неделю (еженедельно) | Ежедневно или почти ежедневно |
| 9. Являлись ли когда-нибудь Ваши выпивки причиной телесных повреждений у Вас или других людей? | Никогда | Такое было более, чем 1 год назад | Да, такое было в течение этого года | - | - |
| 10. Случалось ли, что Ваш родственник, знакомый, доктор или другой медицинский работник проявлял озабоченность по поводу Вашего употребления алкоголя либо предлагал прекратить выпивать? | Никогда | Такое было более, чем 1 год назад | Да, такое было в течение этого года | - | - |

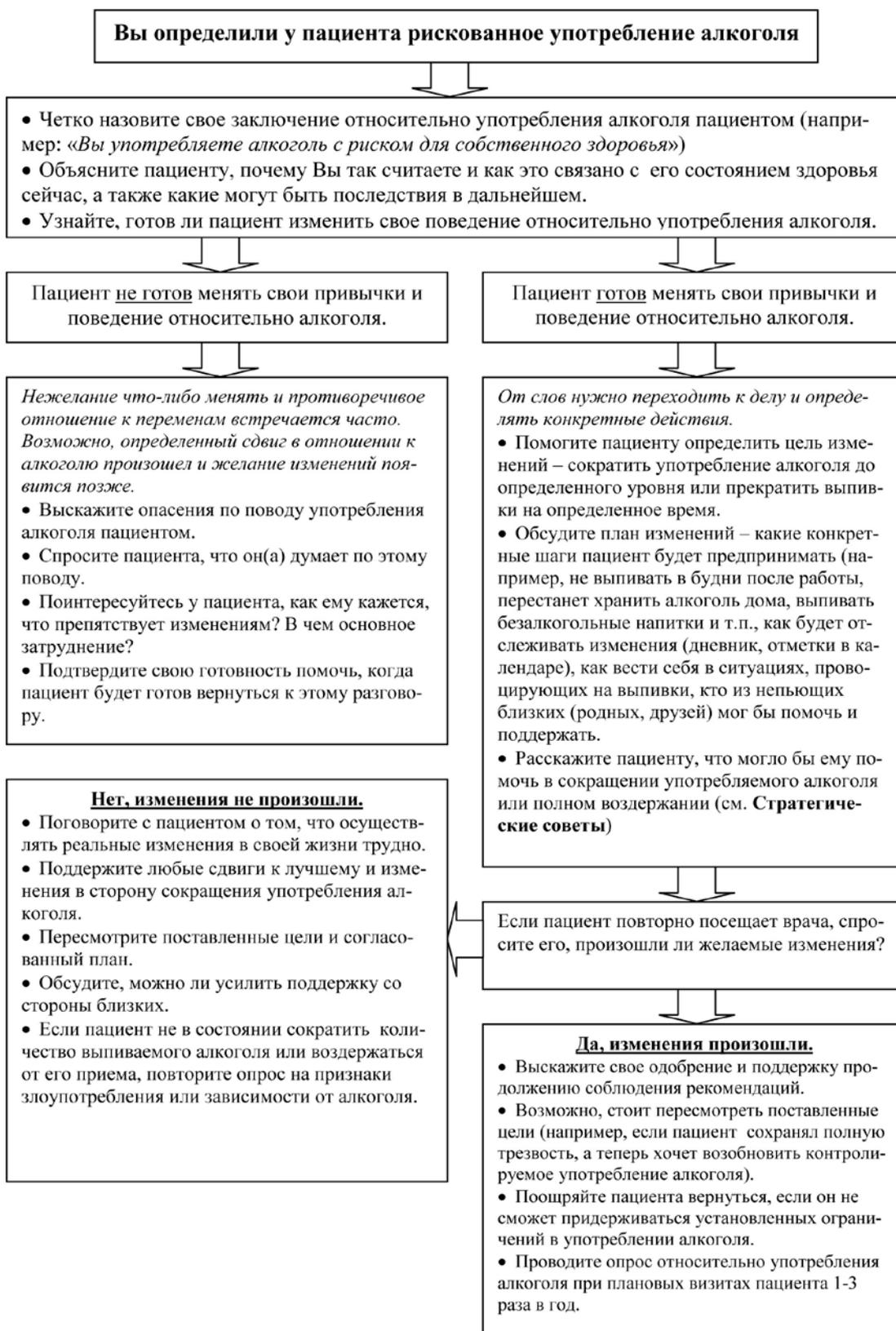
Основные принципы мотивационного интервьюирования

| Рекомендуемые действия | Нерекомендуемые действия |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Проявлять эмпатию и психологическую поддержку. Например: <i>Вы кажетесь озабоченным тем, что употребление Вами алкоголя может быть связано с негативным отношением, которое Вы испытываете дома и на работе.</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Осуждать. Например: <i>Складывается впечатление, что Вы недостаточно серьезно относитесь к своим выпивкам.</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Задавать открытые вопросы. Например: <i>Опишите, что хорошего приносит Вам употребление алкоголя и что в нем плохого?</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Задавать закрытые вопросы (предполагающие ответы «да» или «нет»). Например: <i>Есть ли у Вас проблемы с употреблением алкоголя?</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Отражать в диалоге эмоциональное состояние пациента. «Отзеркаливать» его слова. Например: <i>Похоже, что Вы не очень довольны тем, что Вас направили в нашу клинику.</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Применять ярлыки. Например: <i>То, как Вы пьете, показывает, что Вы – алкоголик.</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Развивать проявления сомнения и внутренние противоречия. Например: <i>Если Вы будете продолжать употреблять алкоголь так же, как в этом году, как Вы думаете сложится Ваша жизнь через 2-3 года?</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Проявлять конфронтацию, морализировать или «читать нотации». Например: <i>У Вас есть серьезная проблема с алкоголем, которую Вы отрицаете. Нужно принимать меры.</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Не стремиться сломить сопротивление пациента, а двигаться вместе с ним. Например: <i>Насколько я понимаю, Вы не рассматриваете свое употребление алкоголя как проблему, но готовы подумать о возможности уменьшения употребления алкоголя в случае, если это улучшило бы Ваше здоровье.</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Угрожать: Например: <i>Если Вы не прекратите употребление алкоголя, Вы будете выписаны (я не буду Вас лечить и т.п.).</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Задавать вопросы в неугрожающей манере, чтобы избежать проявления сопротивления и мотивировать пациентов к изменениям. Например: <i>Расскажите мне о Вашем употреблении алкоголя. Как употребление Вами алкоголя изменилось за последний год? Складывается впечатление, что у Вас противоречивое мнение в отношении изменения употребления алкоголя.</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Задавать угрожающие вопросы. Например: <i>Как давно Ваши выпивки стали проблемой? Собираетесь ли Вы предпринять что-либо в отношении Ваших проблем с алкоголем?</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Побуждайте пациента говорить о своей мотивации. Например: <i>Хоть Вы и не воздерживались от выпивки каждый день на прошлой неделе, Вы сумели уменьшить количество употребляемого алкоголя значительно. Как Вам это удалось?</i> | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Вызывайте на разговор об изменениях, позволяя пациентам представить аргументы в пользу этих изменений. Например: <i>Если Вы продолжите выпивать, как сейчас, как Вы думаете, что с Вами будет через 10 лет?</i> | |

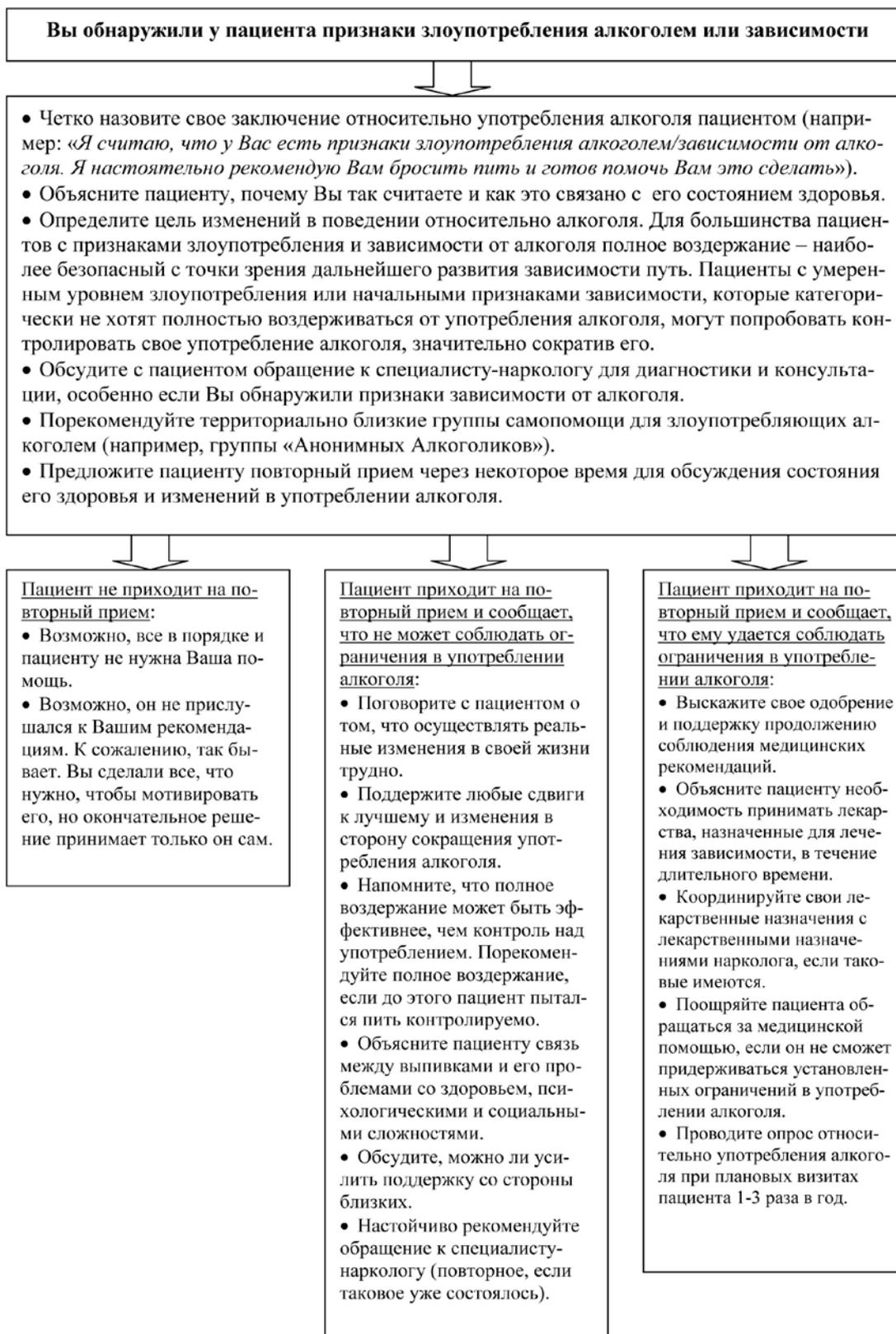
Стратегические советы

| |
|--|
| <p>✓ Следите за частотой употребления алкоголя.</p> <p>Найдите удобный для себя способ – отметки в настенном календаре, в маленьком календаре в кошелке, заметки в мобильном телефоне, компьютере, органайзере. Если сделать отметку об употреблении алкоголя до того, как это реально произошло, то это может помочь немного отсрочить выпивку.</p> |
| <p>✓ Считайте количество употребляемого алкоголя.</p> <p>Выучите или носите с собой табличку с переводом различных напитков в стандартные дозы алкоголя, чтобы иметь возможность точно подсчитать выпитое. Если Вы пьете не дома, может быть трудно определить градус напитка, особенно в смешанных коктейлях, а также его количество. Поинтересуйтесь у бармена или официанта крепостью Вашего напитка и объемом бокала.</p> |
| <p>✓ Ставьте перед собой определенную цель.</p> <p>Определите, сколько дней в неделю Вы хотите выпивать и какое количество алкоголя Вы будете пить в эти дни. Хорошо иметь несколько «безалкогольных» дней. Если удастся соблюдать эти ограничения, можно оставаться в пределах употребления алкоголя с низким риском развития зависимости.</p> |
| <p>✓ Соблюдайте темп и интервалы, когда пьете.</p> <p>Когда употребляете алкоголь, соблюдайте темп и пейте медленно, не более чем 1 стандартная доза в час, в промежутках употребляйте безалкогольные напитки (воду, сок).</p> |
| <p>✓ Полноценно питайтесь.</p> <p>Не пейте на пустой желудок. Закусывайте полноценными продуктами, чтобы алкоголь поступал в организм медленнее.</p> |
| <p>✓ Займитесь делом.</p> <p>Если выпивка отнимала много времени и, сократив ее количество, Вы не знаете, чем заполнить свободное время, ищите новые, более полезные занятия, хобби, устанавливайте новые отношения или возобновляйте старые связи. Если Вы рассчитывали, что алкоголь облегчит Вам общение или поможет справиться с проблемами, ищите другие (здоровые) способы решения этих психологических проблем.</p> |
| <p>✓ Избегайте провоцирующих ситуаций.</p> <p>Что вызывает Ваше желание выпить? Что (кто) может спровоцировать Вас на выпивку, даже если Вы не хотите? Если это отдельные люди или места, постарайтесь избегать их. Если это какие-то праздники, мероприятия или время суток, или Ваши эмоциональные реакции – решите, что Вы будете делать в таких ситуациях вместо выпивки. Если у Вас проблема с пьянством дома, не храните дома алкоголь совсем или храните минимальное количество.</p> |
| <p>✓ Руководствуйтесь своим планом, чтобы противостоять срывам.</p> <p>Если вы не можете избежать провоцирующих ситуаций и срываетесь, напомните себе, по каким причинам Вы решили изменить свое употребление алкоголя (перечень причин нужно иметь в письменном виде или в электронном виде, к которому есть легкий доступ – например, запись в мобильном телефоне). Поговорите об этом с человеком, которому Вы доверяете. Интенсивно займитесь какой-либо деятельностью, которая не связана с выпивками – спортом или хобби. Возможно, вместо того, чтобы бороться со своим напряжением, стоит принять его и находиться в нем без сопротивления, зная, что скоро оно будет уменьшаться, как волна, которая сначала набегит на берег, а потом отхлынет.</p> |
| <p>✓ Учитесь говорить «нет».</p> <p>Вам, вероятно, предложат выпить тогда, когда Вы не хотите. Будьте вежливы – ответьте твердо «нет, спасибо». Когда Вы говорите «нет» без раздумий, сразу, меньше шансов, что Вы сдадитесь и согласитесь на предложение. Когда Вы не торопитесь с ответом и сомневаетесь, Вы тянете время, чтобы придумать оправдания для выпивки и шансов, что Вы сдадитесь, больше.</p> |

Блок-схема 2. Рискованное употребление алкоголя



Блок-схема 3. Злоупотребление алкоголем, зависимость от алкоголя



Издательский центр Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева приглашает всех заинтересованных лиц воспользоваться следующими услугами:

- Оперативная печать авторефератов, брошюр, методических пособий, буклетов.
- Копировально-множительные работы
- Издание монографий, сборников научных трудов, тезисов конференций малыми и средними тиражами.

Тел/факс: 365-20-80

Адрес: Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3, корп.6

Издательский центр СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Подписано в печать 10.11.11 Формат 60x84/16.

Отпечатано с готового оригинал-макета
в типографии СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева
методом оперативной полиграфии.

Заказ № Тираж 100 экз.

Типография СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева
192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева д. 3, тел. 365-20-80