

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра общей врачебной практики с курсом гериатрии

**ВЫЯВЛЕНИЕ ВРАЧАМИ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ПАЦИЕНТОВ С
ПРОБЛЕМНЫМ АЛКОГОЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ И ПРОВЕДЕНИЕ
С НИМИ КРАТКОСРОЧНОГО МОТИВАЦИОННОГО
КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ**

Учебно-методическое пособие

Рекомендовано учебно-методическим объединением
в сфере дополнительного образования взрослых
по профилю образования «Здравоохранение»

Минск БелМАПО
2021

УДК 616.89-008.441.13-07-085.851(075.9)

ББК 56.14+53.57я73

В 95

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС Государственного учреждения образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
от 19.03.2021 (протокол № 3)

Рекомендовано учебно-методическим объединением в сфере дополнительного
образования взрослых по профилю образования «Здравоохранение»
от 22 марта 2021 года (протокол № 1)

Авторы:

Протьюко Н.Н., доцент кафедры общей врачебной практики БелМАПО, к.м.н., доцент;
Патенюк И.В., заведующий кафедрой общей врачебной практики БелМАПО, к.м.н, доцент;
Ситник Г.Д., доцент кафедры общей врачебной практики БелМАПО, к.м.н., доцент;
Милюк Н.С., доцент кафедры общей врачебной практики БелМАПО, к.м.н., доцент;
Котова Г.С., доцент кафедры общей врачебной практики БелМАПО, к.м.н., доцент;
Пересада А.С., врач травматолог-ортопед ГУО «РНПЦ травматологии и ортопедии», к.м.н.

Рецензенты:

Важенин М.М., заведующий отделом психических и поведенческих расстройств ГУ
«Республиканский научно-практический Центр психического здоровья», кандидат
медицинских наук, доцент
Кафедра поликлинической терапии УО «Белорусский государственный медицинский
университет».

В 95

Выявление врачами общей практики пациентов с проблемным алкогольным поведением проведение с ними краткосрочного мотивационного консультирования : учеб.-метод. пособие / Н.Н.Протьюко [и др.]. – Минск : БелМАПО, 2021. – 40 с.
ISBN 978-985-584-619-3

Врачи общей практики часто сталкиваются в своей работе с пациентами, которые имеют проблемы с алкоголем. Это может быть употребление алкоголя с вредными для здоровья последствиями или уже сформировавшаяся зависимость. Для того, чтобы у пациентов появилось желание изменить свое поведение, врач должен уметь правильно общаться с ними. Инструментом такого общения является метод мотивационного консультирования, цель которого – сформировать у пациента мотивацию к изменению своего алкогольного поведения. Представленное учебно-методическое пособие посвящено вопросам выявления пациентов, имеющих проблемы с алкоголем и описанию методики краткосрочного мотивационного консультирования по решению этих проблем.

Учебно-методическое пособие предназначено для слушателей, осваивающих содержание образовательных программ: переподготовки по специальности «Общая врачебная практика»; повышения квалификации врачей общей практики, врачей-терапевтов, врачей-травматологов-ортопедов, врачей-хирургов.

УДК 616.89-008.441.13-07-085.851(075.9)

ББК 56.14+53.57я73

ISBN 978-985-584-619-3

© Протьюко Н.Н.[и др.], 2021

© Оформление БелМАПО, 2021

СОДЕРЖАНИЕ

1. Список условных сокращений.....	4
2. Введение	5
3. Характеристика проблемного алкогольного поведения человека...	7
4. Особенности выявления и лечения проблем с алкоголем в общей врачебной практике.....	9
5. Признаки, которые могут свидетельствовать о наличии проблем с алкоголем у пациентов	11
6. Скрининг употребления алкоголя пациентами в общей врачебной практике.....	14
7. Мотивационное консультирование и стадии изменения поведения человека.....	17
8. ККПА пациентов с проблемным АП в зависимости от стадии осознанности проблемы.....	21
9. Правила проведения ККПА.....	28
10. Методика проведения ККПА.....	32
11. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	34
12. Приложение 1. Тест для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя (тест AUDIT)	38
13. Приложение 2. Интерпретация результатов теста AUDIT	39

1. СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АП	алкогольное поведение
АСТ	аспартатаминотрансфераза
БАСТ	Быстрый Алкогольный Скрининговый Тест
ВОП	врач общей практики
ГГТ	гамма-глутамилтрансфераза
ККПА	краткосрочное консультирование по поводу проблемного употребления алкоголя
МК	мотивационное консультирование
ПАВ	психоактивное вещество
AUDIT	Alcohol Use Disorder Identification Test
AUDIT-C	сокращенный вариант теста AUDIT

2. ВВЕДЕНИЕ

Врачи общей практики (ВОП) в своей деятельности нередко встречаются с пациентами, имеющими различные модели аддиктивного (отклоняющегося) поведения. Такой тип поведения характеризуется стремлением к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксацией внимания на определенных видах деятельности с целью развития и поддержания интенсивных эмоций.

Одной из наиболее часто встречающихся аддикций является склонность к употреблению спиртных напитков или проблемное алкогольное поведение (АП), которое оказывают крайне неблагоприятное влияние на соматическое и психическое здоровье человека, приводя к развитию синдрома зависимости.

Зависимость от психоактивных веществ (ПАВ), в частности, от алкоголя развивается не сразу. Этот путь начинается от социального употребления спиртных напитков, переходя в режим систематического злоупотребления алкоголем с вредными последствиями для здоровья и социальной жизни человека, и заканчивается формированием синдрома зависимости от алкоголя. Люди с синдромом зависимости являются пациентами специалистов психического здоровья (психиатров-наркологов, психотерапевтов).

ВОП сталкиваются с проблемным АП у пациентов на всех его этапах, начиная от начала употребления алкоголя и заканчивая сформированной зависимостью. Эффективное вмешательство на ранних стадиях проблемного АП позволяет замедлить или предотвратить формирование зависимости. Но, несмотря на широкую распространенность аддикций и их несомненный доказанный вред для здоровья, чаще всего они не распознаются на ранних стадиях, когда процесс обратим с минимальными усилиями со стороны пациента.

Пациенты, злоупотребляющие алкоголем, как правило, жалоб на эти проблемы не предъявляют. Более того, чаще всего отрицают наличие проблемы. Доктор должен иметь соответствующую подготовку и обладать настороженностью, чтобы выявить проблемное АП у пациентов.

Поэтому первой задачей представленного учебно-методического пособия является совершенствование знаний ВОП по особенностям употребления алкоголя, вопросам выявления пациентов с проблемным АП,

ознакомление с методиками оценки характера употребления алкоголя и алгоритмами действий врача в зависимости от полученных результатов.

После того, как ВОП установил, что пациент имеет проблемное АП, он должен попытаться мотивировать пациента к изменению его поведения в сторону ограничения или отказа от употребления алкоголя.

Для того чтобы подобное общение с пациентом было эффективным, доктор должен владеть определенными навыками коммуникации. Одним из таких навыков является мотивационное консультирование, о котором сегодня достаточно широко говорят в медицинских кругах.

Мотивационное консультирование (МК) – это стиль беседы с пациентом, направленный на то, чтобы сформировать у пациента мотивацию к изменению своего поведения.

Второй задачей, решаемой данным учебно-методическим пособием, является предоставление ВОП информации по МК пациентов, методике его проведения в зависимости от степени осознанности пациентом проблемы и готовности его меняться, а также с учетом ограниченного времени, которое может быть выделено врачом на приеме для проведения МК.

Следует отметить, что ВОП ежедневно и неоднократно сталкиваются в своей работе с необходимостью предоставления советов по изменению образа жизни пациентов, не только касающегося проблемного АП, но и курения, нерационального питания, недостаточной двигательной активности и т.д. Знание методики проведения МК, изложенной в пособии, доктор сможет применить ее и во всех других необходимых ситуациях.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) признает одной из основных задачу первичной профилактики и обучение медицинских работников первичного звена навыкам МК по изменению образа жизни.

Таким образом, актуальность представленного учебно-методического пособия определяется важностью своевременного выявления проблемного АП у пациентов ВОП и проведения с ними МК для обеспечения эффективной первичной и вторичной профилактики проблем, связанных с алкоголем.

3. ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОБЛЕМНОГО АЛКОГОЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА

Проблемным считается АП, при котором дозы алкоголя и частота его употребления приводят к возникновению соматических, психических, социальных проблем у человека.

Для универсальной количественной оценки употребляемого алкоголя используется понятие стандартной дозы алкоголя (1 дринк (drink) – это количество алкогольного напитка, содержащее 10 г 100% этанола.

Одна стандартная доза алкоголя составляет:

- 1 рюмка (25мл) водки, коньяка, виски (крепость $\approx 40\%$);
- 1 рюмка (70мл) ликера, настойки или наливки (крепость $\approx 25\%$);
- 1 бокал крепленого вина 90мл (крепость $\approx 18\%$);
- 1 бокал (140мл) столового вина (крепость $\approx 12\%$);
- 1 бокал (200-250 мл) пива (крепость $\approx 5\%$).

По данным ВОЗ, в зависимости от количества употребляемого алкоголя, риск алкогольных проблем следующий:

- **Минимальный:** при употреблении взрослыми людьми, не зависимыми от алкоголя, не более 2 доз в сутки в течение не более 5 дней в неделю с обязательными 2 трезвыми днями.
- **Высокий:** при употреблении мужчинами более 5 доз в день (более 35 единиц – 0,8 л водки в неделю) и женщинами более 3 доз в день (более 21 доз – 0,5л водки в неделю).

Дальнейшее увеличение употребления свидетельствует о злоупотреблении и резко (в 6,5 раз) повышает риск развития зависимости от алкоголя и сопутствующих соматических заболеваний.

Проблемное АП появляется задолго до того, как формируется зависимость от алкоголя, которая представляет собой крайнюю форму аддикции.

Проблемное АП включает в себя следующие модели поведения, которые можно рассматривать также как этапы усиливающейся алкоголизации человека:

- **Привычное употребление алкоголя**, которое характеризуется формированием психологической зависимости от алкоголя, постепенным ростом толерантности к алкоголю, поиском доступного алкоголя и друзей с таким же употреблением. Данная фаза обратима.

• **Неоднократное употребление алкоголя с вредными последствиями. Диагноз F10.1 по МКБ 10.**

Критериями для постановки данного диагноза являются:

- Массивное употребление алкоголя: в неделю более 21 стандартной дозы алкоголя для мужчин, более 14 стандартных доз алкоголя для женщин.
- Наличие соматических осложнений вследствие злоупотребления алкоголем.
- Наличие психических изменений вследствие злоупотребления алкоголем (расстройство сна, колебания настроения, т.д.).
- Наличие неблагоприятных социальных последствий пьянства (потеря работы, проблемы в семье).

• **Синдром зависимости от алкоголя (СЗА) . Диагноз F10.2 по МКБ 10.**

Критерии СЗА – 3 и более симптома в течение года:

- сильное влечение (компульсивное) к алкоголю;
- трудности контроля: ситуационного или количественного;
- синдром отмены (абстинентный синдром);
- использование другого вещества для облегчения или избегания синдрома отмены;
- признаки толерантности: увеличение крепости и дозы
- прогрессирующее пренебрежение не связанными с алкоголем интересами, увеличение времени, затрачиваемого на поиск, приобретение, прием алкоголя или восстановление после него
- употребление алкоголя, не смотря на вредные последствия для физического и психического здоровья.

СЗА имеет 3 стадии течения, которые отличаются по степени алкоголизации человека и, соответственно, по возможности достижения ремиссии.

Таким образом, на протяжении долгого времени, которое длится порой годами, человек может находиться в состоянии постепенно усиливающейся алкогольной проблемы. При этом чаще всего не только отсутствует осознание формирующейся катастрофы, а совсем наоборот, человек попадает или выбирает сам себе среду, в которой он получает поддержку о приемлемости такого поведения. Замечания близких, членов семьи, как правило, не воспринимаются. И чем больше укореняется проблемное АП, тем сильнее формируются защиты в виде отрицания своей проблемы. Для пациентов с алкогольной зависимостью характерна органическая анозогнозия.

4. ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПРОБЛЕМ С АЛКОГОЛЕМ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

По данным разных авторов, среди амбулаторных пациентов ВОП доля злоупотребляющих алкоголем и зависимых составляет 15%, среди пациентов стационара - от 15 до 61%. Тем не менее, проблемы с алкоголем у пациентов долгое время остаются не распознанными.

Можно выделить следующие **барьеры на пути распознавания и лечения проблем с алкоголем в общей врачебной практике:**

- Отказ пациентов от обращения за медицинской помощью. Даже среди лиц, злоупотребляющих и зависимых от алкоголя, 75% не обращаются за помощью, в т.ч. за специализированной.

Нежелание пациентов идти к врачу вызвано, прежде всего, неосознаванием своей проблемы (анозогнозией), а также неверием в возможность с ней справиться. Анозогнозия является характерным симптомом проблемно пьющих людей. Формируется она сначала в виде защитной психологической реакции, а затем как психоорганический симптом синдрома зависимости от алкоголя.

- При обращении к ВОП пациенты с проблемным АП предъявляют соматические жалобы, не увязывая их со злоупотреблением алкоголем. Здесь должна проявиться настороженность ВОП, его профессионализм в том, чтобы заподозрить у пациента проблемное АП, задать ему уточняющие вопросы и оценить характер употребления алкоголя.

- Недостаточная подготовка врачей в плане диагностики и лечения проблем с алкоголем.

- Врачебный нигилизм в отношении излечения проблем с алкоголем.
- Убежденность некоторых ВОП в том, что выявление и помощь пьющим пациентам является задачей исключительно психиатров-наркологов.

- Страх пациента в отношении отсутствия конфиденциальности, соблюдения врачебной тайны.

- Врачебное морализаторство.

- Страх пациентов перед стигматизацией.

Перечисленные причины создают достаточно сильный барьер на пути распознавания алкогольных проблем у пациентов ВОП.

Тем не менее, ВОП имеет целый ряд преимуществ, которые позволяют ему **выявлять и эффективно лечить проблемное АП у пациентов:**

- Пациенты часто испытывают большее доверие к врачу общей практики, чем к психиатру-наркологу. Это позволяет обеспечить комплаентность, повышает восприимчивость пациента к информации, способствует осознанию проблемы, тем самым являясь первым шагом на пути решения алкогольной проблемы.

- ВОП встречает пациентов с алкогольными проблемами на ранних стадиях, когда можно достичь высокую эффективность вмешательства.

- При распознавании алкогольных проблем на ранних этапах даже самые простые действия врача бывают чрезвычайно эффективными и приводят к поразительным изменениям поведения пациента, что на более поздних стадиях уже не происходит.

- ВОП заинтересован в эффективном лечении соматической патологии, с которой к нему обратился пациент. Злоупотребление алкоголем наносит существенный вред соматическому и психическому здоровью. Поэтому своевременное выявление и корректировка алкогольного поведения позволит эффективно лечить те проблемы, с которыми пациент обратился к ВОП.

- ВОП имеет возможность длительно наблюдать за пациентом с целью отслеживания динамики, выбора наилучшего времени и способа вмешательства.

- ВОП имеет возможность лучшего контакта с семьей пациента, чем психиатры-наркологи. Это позволяет привлекать членов семьи для поддержки пациента, что очень важно в решении его алкогольных проблем.

- ВОП не ставит пациента на диспансерный учет по заболеваниям, связанным с алкоголем. Это позволяет избежать стигматизации и социальных проблем.

Доказан факт, что урон общества от проблемного потребления алкоголя превосходит вред от алкогольной зависимости. Для уменьшения социального вреда от потребления алкоголя лучшей стратегией будет организация профилактического вмешательства, направленного на большее число лиц с относительно малыми алкогольными проблемами, чем на меньшее число людей с тяжелыми расстройствами (зависимых).

5. ПРИЗНАКИ, КОТОРЫЕ МОГУТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О НАЛИЧИИ ПРОБЛЕМ С АЛКОГОЛЕМ У ПАЦИЕНТОВ

О наличии проблем с алкоголем у пациента могут свидетельствовать косвенные признаки, на которые должен обратить внимание врач.

В анамнезе у много пьющего человека могут быть: частые ОРВИ, хронические головные боли, расстройства ЖКТ (рецидивирующие гастриты, панкреатиты), ИППП, тревожно-депрессивные расстройства, инсомнии, травмы, частые попытки получить больничный лист.

При опросе взрослого пациента настороженность должно вызвать сообщение о том, что он уже в течение года или более совершенно не пьет.

К признакам расстройств, вызванных употреблением алкоголя, относятся следующие:

- **Жалобы** на снижение аппетита, тремор, неустойчивость при ходьбе, мышечную слабость, повышенную потливость, тахикардию, экстрасистолию, утреннюю рвоту.

- **Физикальные признаки:** запах алкоголя, усиление сосудистого рисунка и отечность кожи лица, инъекция сосудов склер, кровоподтеки, ушибы, увеличение размеров печени, болезненность и напряжение мышц живота при пальпации, гинекомастия у мужчин, парестезии в области подошв и икр, признаки массивного курения.

- **Психологические характеристики:** повышенная раздражительность, тревожность, депрессивность, склонность к агрессии, чувство вины, частные колебания настроения.

- **Социальные проблемы:** проблемы в семье и распад семьи, частая смена работы, прогулы на работе, жалобы на изменение характера отношений с окружающими, травмы на работе и в быту, финансовые проблемы, физическое насилие по отношению к членам семьи, беспорядочные сексуальные связи, изменение окружения, лишение водительских прав.

Объективизировать клинические данные позволяют лабораторные тесты. С помощью данных тестов можно получить дополнительную информацию, необходимую для подтверждения эпизода недавнего употребления алкоголя, хронической алкогольной интоксикации, рецидива алкоголизма.

Лабораторное подтверждение однократного или систематического употребления алкоголя необходимо в следующих ситуациях:

- установление факта проблемного АП;
- проведение судебно-медицинской экспертизы;
- профессиональный отбор;
- диспансеризация лиц “опасных профессий”;
- контроль качества ремиссии больных алкоголизмом.

Для выявления острой алкогольной интоксикации или установления факта употребления алкоголя определяют содержание алкоголя в крови, моче и выдыхаемом воздухе. При отсутствии диагностически значимых концентраций алкоголя в крови, можно считать, что пациент не употреблял алкоголь в течение 6-8 часов.

Для ВОП принципиальным является установление факта систематического употребления относительно небольших количеств алкоголя, что может приводить к поражению органов-мишеней. Спектр соматической патологии при хронической алкогольной интоксикации крайне широк, а пациенты ВОП, не склонны к добровольным признаниям о дозах и режиме приема алкоголя. Поэтому потребность в лабораторной диагностике высока именно в клинике внутренних болезней.

Специфичность и чувствительность тестов по выявлению проблемного АП варьирует в широких пределах в зависимости от пола, возраста и сопутствующей патологии. Тем не менее, **следующие лабораторные тесты могут свидетельствовать об избыточном употреблении алкоголя и его токсическом воздействии на организм:**

- **Уровень гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ).** Определение уровня ГГТ является довольно дешевым и хорошо известным методом, наиболее часто используется в клинической практике. Активность ГГТ не повышается у лиц с эпизодическим употреблением алкоголя (кутежный тип), если оно не сопровождается сопутствующим заболеванием печени. Около 75 % проблемно пьющих людей имеют повышенный уровень ГГТ. Повышенная активность ГГТ в сыворотке может наблюдаться после нескольких недель употребления алкоголя. После сокращения употребления уровень ГГТ в сыворотке возвращается к норме за период 2–4 недели. Уровень ложно позитивных результатов колеблется между 10 % и 20 %. Снижение уровня ГГТ во время пребывания в стационаре (контролируемая абстиненция) является одним из наиболее специфичных маркеров алкогольной этиологии болезни.

В наибольших количествах этот фермент содержится в эпителии желчных канальцев, поэтому повышение уровня ГГТ в крови традиционно связывают с холестатическими заболеваниями печени и билиарной системы. В этих случаях увеличение активности ГГТ, как правило, сопровождается повышением уровня щелочной фосфатазы. ГГТ не является строго специфичным маркером повреждения гепатобилиарной системы. Многие неалкогольные болезни печени, прием лекарственных и токсических веществ также вызывают повышение активности ГГТ. Активность его может незначительно повышаться при сахарном диабете, почечной и сердечной недостаточности.

- **Уровень аспаратаминотрансферазы (АСТ)**, для повышения которого требуется либо длительное (более недели) чрезмерное, либо массивное (в течение нескольких дней) употребление спиртного. Для дифференцированной диагностики алкогольного и неалкогольного генеза заболевания печени хорошо зарекомендовало определение соотношения АСТ/АЛТ - коэффициент ДеРитиса. Если он превышает 1,4, то вероятность алкогольной этиологии заболевания составляет 70-78%.

- **Средний корпускулярный объем эритроцитов (MCV)**, увеличенный вследствие прямого токсического воздействия алкоголя на костный мозг.

- **Повышение уровня мочевой кислоты, триглицеридов** имеют меньшую диагностическую значимость для выявления алкогольных проблем. Тем не менее, в комплексной диагностике их результаты могут быть учтены.

Итак, на современном этапе "идеального" маркера проблемного АП нет. Одних лабораторных исследований недостаточно, чтобы выявить у пациента проблемы с алкоголем. Это означает, что главным направлением остается комплексный подход к диагностике, который учитывает анамнестические данные, результаты клинического и лабораторного исследования, которые с успехом могут быть дополнены тестированием с использованием специальных диагностических опросников и тестов.

6. СКРИНИНГ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ ПАЦИЕНТАМИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Для выявления того, является ли уровень употребления алкоголя опасным для здоровья, необходимо провести скрининг алкогольных проблем у пациентов.

Проведение скрининга возможно в форме личной беседы с пациентом, а также в виде самостоятельного заполнения пациентами бланков тестового опросника. Важно предложить пациенту ту форму скрининга, при которой он будет чувствовать себя комфортно и даст максимально правдивые ответы.

Предпочтительной является личная беседа с пациентом, т.к. после заполнения тестов все равно должно состояться непосредственное общение врача и пациента. Создание доверительного общения на этапе скрининга алкогольных проблем обеспечит комплаенс и на этапе проведения мотивационного консультирования по решению этих проблем.

Перед началом скрининга следует получить согласие пациента. Если пациент не дает согласия, следует поинтересоваться причинами отказа, объяснить, что это важно с медицинской точки зрения. Если пациент все равно не соглашается на беседу об употреблении алкоголя, не стоит оказывать на него давление, однако нужно вернуться к этому разговору при следующем удобном случае.

Если процедуру скрининга проводит средний медицинский работник, можно использовать авторитет лечащего врача, сославшись на важность для него сведений об употреблении алкоголя пациентом.

Инструменты для проведения скрининга.

Для проведения скрининга используются диагностические тесты, задаются специальные вопросы. Среди основных скрининговых тестов используются следующие: AUDIT, AUDIT-C, CAGE. Для данных тестов оценена диагностическая эффективность, чувствительность и специфичность, что позволяет рекомендовать их для использования в медицине, и, в частности, в общей врачебной практике.

Результат тестирования, выраженный в баллах, носит ориентировочный, информационный характер. О наличии алкогольных проблем свидетельствуют максимальные баллы, полученные при тестировании. Однако в некоторых случаях результат, приближающийся к максимальному, должен насторожить и свидетельствовать о необходимости проведения мотивационного консультирования. Это касается женщин, молодежи, пожилых людей и представителей некоторых этнических групп.

В случае употребления различных видов алкогольных напитков нет необходимости заниматься точным подсчетом употребляемых доз по каждому виду напитка. Можно представить себе общую картину алкогольного поведения по 1-2 наиболее часто и много употребляемых видов алкоголя.

Тест по выявлению расстройств, связанных с употреблением алкоголя AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test,) является классикой (Приложение 1). Он был разработан в рамках мультицентрового совместного проекта ВОЗ «Выявление и ведение алкогольных проблем в общей медицинской практике» в 1987 году специально для ВОП и широко применяется по всему миру. Тест включает всего 10 пунктов, на проведение тестирования уходит не более 5 минут. В результате определяются различные уровни употребления алкоголя: опасное, вредное и зависимость.

Интерпретация результатов тестирования по AUDIT и соответствующие рекомендации приведены в приложении 2.

Тест AUDIT-C представляет собой сокращенный вариант теста AUDIT, который состоит из первых трех вопросов опросника (Приложение 1):

1. Как часто Вы употребляете напитки, содержащие алкоголь?
2. Сколько стандартных порций алкоголя Вы обычно выпиваете за раз?
3. Как часто Вы выпиваете 6 и более стандартных порций алкоголя за раз?

Оценка ответов проводится по таблице, приведенной в Приложении 2. При результатах 5 и более баллов для мужчин и 4 и более баллов для женщин необходимо ответить на остальные вопросы теста AUDIT.

Тест CAGE (УРВО/БРВП). Аббревиатура названия теста состоит из заглавных букв ключевых слов вопросов теста.

Тест включает следующие 4 вопроса, которые врач задает пациенту в процессе обычного медицинского опроса:

1. Вам никогда не казалось, что следует уменьшить употребление алкоголя (Бросить пить)?
2. Испытываете ли Вы раздражение из-за вопросов об употреблении алкоголя?
3. Испытываете ли Вы чувство Вины за то, как Вы пьете?
4. (Опохмеляетесь) Похмеляетесь ли Вы по утрам?

При ответе «да» на любой из этих вопросов имеется риск существования алкогольных проблем. Проблема вероятна, если пациент отвечает «да» на 2 или 3 вопроса. Четыре ответа «да» говорят о высокой вероятности наличия у пациента зависимости от алкоголя, что требует дальнейшей диагностики.

Быстрый Алкогольный Скрининговый Тест (БАСТ).

1. Для мужчин: как часто Вы употребляете 8 или более стандартных доз алкогольных напитков в день выпивки? 8 стандартных доз = 240 мл 40 об. % водки = 600 мл 17–20 об. % крепленого вина = 800 мл 11–13 об. % сухого вина = 4 бутылки 5 об. % пива.

Для женщин: как часто Вы употребляете 6 или более стандартных доз алкогольных напитков в день выпивки? 6 стандартных доз = 180 мл 40 об. % водки = 450 мл 17–20 об. % крепленого вина = 600 мл 11–13 об. % сухого вина = 3 бутылки 5 об. % пива.

Обведите номер, наиболее близкий к ответу пациента:

(0) никогда, (1) 1 раз в месяц или реже, (2) 2–4 раза в месяц, (3) 2–3 раза в неделю, (4) 4 и более раза в неделю

2. Как часто за последний год Вы были неспособны вспомнить, что было накануне, из-за того, что Вы выпивали?

(0) никогда, (1) менее чем 1 раз в месяц, (2) 1 раз в месяц (ежемесячно), (3) 1 раз в неделю (еженедельно), (4) ежедневно или почти ежедневно

3. Как часто за последний год Вы из-за выпивки не сделали то, что от Вас обычно ожидают?

(0) никогда, (1) менее чем 1 раз в месяц, (2) 1 раз в месяц (ежемесячно), (3) 1 раз в неделю (еженедельно), (4) ежедневно или почти ежедневно

4. Случалось ли, что Ваш родственник, знакомый, медицинский работник проявлял озабоченность по поводу Вашего употребления алкоголя либо предлагал прекратить выпивать?

(0) никогда, (2) да, но это было более чем год назад, (4) да, в течение этого года.

Сначала оценивается только 1-й вопрос. Если ответ «никогда», то пациент не злоупотребляет алкоголем. Если ответ «еженедельно» или «почти ежедневно», то пациент употребляет алкоголь с вредными последствиями или зависим. Если ответ «менее чем 1 раз в месяц» или «ежемесячно», то необходимо задавать следующие вопросы. Пациент оценивается как злоупотребляющий алкоголем, если число баллов 3 и более.

7. МОТИВАЦИОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И СТАДИИ ИЗМЕНЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА

Мотивационное консультирование (МК) представляет собой стиль беседы ВОП с пациентом, направленный на то, чтобы сформировать у пациента мотивацию к изменению своего проблемного алкогольного поведения или мотивацию к обращению за специализированной помощью в случаях выявленной зависимости от алкоголя.

Мотивация – это система стимулов, побуждающих человека к действию или бездействию. Отсутствие у людей мотивации к здоровьесберегающему поведению – большая проблема в медицине в целом, но особенно в первичной профилактике заболеваний.

Основными *принципами МК* являются:

- ответственность за свое поведение полностью лежит на пациенте и решение об изменении своего поведения принимает он сам;
- мотивация к изменению поведения должна возникать у самого пациента, с учетом его личных ценностей;
- врач должен способствовать продвижению пациента по стадиям изменения поведения.

Врач, владеющий навыками МК, ведет беседу с пациентом в доброжелательной и спокойной манере, не навязывает своих убеждений, не осуждает и, следовательно, не вызывает сопротивление пациента. Для пациента подобное общение является комфортным, ему не нужно защищаться от психологического давления врача, что позволяет быть открытым для той информации, которую преподносит врач.

Суть МК впервые была описана Вильямом Миллером в журнале «Поведенческая психотерапия» в 1983 году на основании опыта работы с «проблемными пьяницами». Основные положения метода более детально были описаны В. Миллером и С. Роллником в 1991 году.

Эффективность МК. Целым рядом автором на протяжении последних 30 лет в десятках исследований оценивалась эффективность МК (Петрова, Burke, E.A. Rollnick, Stephen, Haddock G., McCambridge J, Budney A.J., William R. Miller [и др.]). В основном МК изучалось для ситуаций, связанных с проблемами зависимостей от ПАВ (курения, употребления алкоголя, наркотиков).

Было подтверждено, что МК применимо для всех видов зависимости от ПАВ: курения, употребления алкоголя, наркотиков, других ПАВ. Обнаружена эффективность МК в решении проблем, связанных с алкоголем в 11 из 12 исследований (Burke [et al.], 2006).

МК настолько же эффективный метод, как и другие признанные подходы к преодолению зависимостей, такие как программа «12 шагов» и рационально-поведенческие методы психотерапии. МК может одинаково успешно применяться и как самостоятельный метод, и как подготовка или дополнение к другим методам терапии.

Эффективность высока при условии, что специалисты занимают верную неосуждающую профессиональную позицию, грамотно применяют навыки и осуществляют вмешательства, которые подготавливают пациента к изменениям.

Одно из важнейших условий проведения эффективной МК, которое не всегда выполняется в условиях работ поликлиник и амбулаторий: консультирование пациента без присутствия медицинской сестры в кабинете для возможностей искреннего и конфиденциального обсуждения деликатных моментов, связанных с поведением пациента.

МК как высоко технологичная интервенция может осуществляться на разных этапах лечения зависимостей и неоднократно. Чем на более ранних сроках зависимости осуществляется вмешательство, тем эффективнее. Пациентов на ранних сроках любых зависимостей видят врачи первичного звена, врачи общей практики.

Поэтому, прежде всего, в руках врачей общей практики МК – наиболее эффективный инструмент.

МК не предполагает обязательно длительных отношений врач-пациент. Даже одной встречи иногда бывает достаточно для запуска процесса изменений. Доказано, что даже 5-минутные консультации, правильно проведенные, имели такую же эффективность, как и 20-минутное общение (WHO, 2005).

Мотивационному консультированию ВОП может уделять ограниченное время на своем приеме, в связи с чем его принято называть **краткосрочным консультированием по поводу проблемного употребления алкоголя (ККПА).**

Целью МК, ККПА является изменение алкогольного поведения. Причем далеко не всегда это полное воздержание от алкоголя. Чаще всего речь идет о сокращении количества и частоты употребления алкоголя до безопасного уровня. Полное воздержание является обязательным требованием для пациентов со сформированной зависимостью от алкоголя.

Для того, чтобы изменить поведение пациента, требуется время и усилия доктора и пациента. Человек не может кардинально изменить свое поведение, особенно если речь идет об устоявшихся привычках, а тем более о сформированной зависимости, которая по сути своей является заболеванием.

Изменение поведения человека – сложный, распределенный во времени процесс, имеющий определенные стадии и закономерности. Впервые стадии изменения поведения людей, употребляющих алкоголь или наркотики, были описаны Дж. Прочаски и К. ДиКлементе в 1986 г. (см. рис 1). Данная модель отображает процесс осознанного изменения поведения, когда человек размышляет по этому поводу и контролирует то, что происходит с его поведением.



Модель изменений в поведении людей, употребляющих алкоголь или наркотики (из работы Дж. Прочаски и К. ДиКлементе, 1986)

Стадии изменения поведения человека (осознанности проблемы):

1. Стадия (неосознанности проблемы/незаинтересованности)
2. Стадия намерения (обдумывания)
3. Подготовка к действиям
4. Действия
5. Сохранение достигнутых изменений
6. Срыв (необязательная стадия).

Процесс изменения поведения человека происходит последовательно по указанным стадиям. Он может различаться по скорости у разных людей. Кто-то проходит эти стадии быстро, а у кого-то этот путь затягивается на годы. Но совершенно невозможно перескочить какую-либо стадию. Порой врачи ожидают от пациентов немедленных изменений, при этом выражая свое недовольство или даже возмущение. Подобное поведение доктора вызывает сопротивление у пациента, что не только препятствует его продвижению по стадиям изменения поведения, но может привести к полному отказу от намерений измениться.

Таким образом, при проведении МК чаще всего врач не должен ставить задачу достижения немедленного результата в виде новой модели поведения пациента. Основная цель врача – продвижение пациента по стадиям изменения поведения.

Готовность человека к изменениям у каждого разная и меняется со временем. Степень готовности меняться определяется силой мотивации, которую врач и пытается сформировать в процессе ККПА.

Одним из важных условий эффективного консультирования является необходимость учитывать, на какой стадии изменения поведения находится пациент и проводить ККПА с учетом этого.

8. ККПА ПАЦИЕНТОВ С ПРОБЛЕМНЫМ АП В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ОСОЗНАННОСТИ ПРОБЛЕМЫ

ККПА проводится в зависимости от того, на какой стадии осознанности проблемы и готовности к действиям находится пациент.

1). Стадия (неосознанности проблемы/незаинтересованности).

Особенности стадии. Человек, находящийся на данной стадии, не осознает наличие у себя проблемы, отрицает ее (анозогнозия) и, соответственно, не имеет намерения меняться. Выгоды от употребления алкоголя значительно перевешивают ущерб (быть «своим» в компании, «снять стресс», др.). Возникает недоверие к заявлениям со стороны других о том, что такое поведение наносит вред или игнорирование таких заявлений.

Пациенты считают, что проблема находится не в них самих, а во вне, т.е. имеют экстернальный локус контроля. Поэтому они склонны винить окружающих, общество, «судьбу», генетику и т.д.

Для этой стадии очень характерно сопротивление пациентов, как психологическая защита от осознания проблемы. Поэтому если они и приходят на лечение, то делают это под давлением окружающих или обстоятельств. И часто целью является не столько изменение себя самого, сколько уменьшение внешнего давления (чтобы окружающие прекратили придирааться к ним). Если это не происходит, они могут измениться внешне (например, согласиться на лечение), но только до тех пор, пока мощное внешнее давление не ослабнет. В этом случае они быстро возвращаются в исходное состояние.

Примеры высказываний пациентов на данной стадии:

- «Лично мне не кажется, что у меня есть какие-то проблемы и что надо вообще что-то менять...».
- «Ничего плохого нет в том, чтобы выпить. Моя мать просто с ума сходит из-за этого...».
- «Я выпиваю, как и все...».
- «Мой сосед пьет в три раза больше и ничего...»

Стратегии, используемые врачом, на данной стадии:

- принять недостаток готовности пациента;
- указать на наличие связи между жалобами и употреблением алкоголя (например, обострение гастритов, повышения АД, частые травмы и

пребывания на больничных листах, тревога, депрессия, бессоница и проблемное употребление алкоголя);

- дать категоричный совет сократить употребление алкоголя, если пациент хочет чувствовать себя лучше;
- делать акцент на том, решения принимает сам пациент;
- важно предложить свою помощь в будущем, если у пациента возникнет желание изменить свое поведение в пользу более здорового.

2). Стадия намерения (обдумывания).

Особенности стадии. Появляются первые мысли о проблемах, связанных с употреблением алкоголя. Человек задумывается о том, что нужно избавиться стремление избавиться от этих проблем, но при этом продолжает употреблять алкоголь на прежнем уровне. Нет конкретных планов начать изменения в течение ближайшего месяца.

На данной стадии находятся большинство людей с поведенческими рисками, когда люди все-таки начинают осознавать наличие проблемы и задумываются о ее решении, но конкретных планов не имеют. Кроме того, по-прежнему остаются положительные моменты связанные с установившимся поведением, хотя пациент начинает осознавать и возникающие проблемы. У пациентов на данном этапе еще много сопротивления, хотя и меньше, чем на предыдущей стадии, немало страхов, неуверенности и т.д. Они имеют много сдерживающих факторов для того, чтобы начать изменения. Поэтому многие остаются на этой стадии долгое время, порой годы, а порой и навсегда.

Врач также может находиться на стадии намерения вместе со своим пациентом длительное время и не знать, как и куда можно двигаться. Кроме того, он может считать, что подобные длительные размышления пациента являются для него полезными и свидетельствуют о настроенности на изменения. Однако длительное застревание на данной стадии указывает лишь на хроническую пассивность пациента.

Примеры высказываний пациентов на данной стадии:

- «Может быть, у меня и есть проблема».
- «Мне так хорошо, когда я выпью, но потом давление поднимается. Это выбивает меня из колеи».
- «Может быть, поговорив с Вами, я смогу лучше разобраться сам в себе».
- «Я тут думал о том, что в моей жизни есть некоторые вещи, которые можно попытаться изменить».

Стратегии, используемые врачом, на данной стадии:

- принять недостаток готовности пациента к изменениям;
- делать акцент на том, что решения принимает сам пациент;
- укреплять самостоятельность и уверенность в собственных силах относительно изменения поведения;
 - выяснить (желательно, чтобы пациент назвал сам) аргументы, которые являются важными причинами, чтобы бросить злоупотребление алкоголем;
 - если пациент не может назвать никакой причины, побуждающей его отказаться от злоупотребления алкоголем (вероятно, находится еще в стадии незаинтересованности), дать ему письменную информацию о вреде алкоголя и предложить свою помощь в будущем.

3). Стадия подготовки к действиям.

Особенности стадии. На данную стадию человек переходит тогда, когда его размышления привели к осознанному решению что-то начать делать в отношении своей зависимости. В отличие от стадии преднамерения, когда человек перекладывает ответственность за свои проблемы на внешние факторы (экстернальный локус контроля), на данном этапе он сосредотачивается на решении проблемы (интернальный локус контроля). Это дает ему возможность начать работать с проблемой. Причем совершенно не обязательно, идет ли речь о полном отказе от зависимости или об уменьшении потребления ПАВ. Важно, что человек решил изменить свое деструктивное поведение хоть в чем-то и планирует совершение конкретных действий в течение ближайшего месяца. Эти первые шаги к изменению могут стать началом пути к выздоровлению. Но на этом этапе у человека еще много внутреннего сопротивления, страха, неуверенности и других индивидуальных эмоциональных проблем, которые могут не позволить ему двигаться дальше.

Примеры высказываний пациентов на данной стадии:

- «Мне действительно нужно это прекратить. Так не может больше продолжаться».
- «Я знаю, что мне нужно остановиться, но не знаю, смогу ли я».

Стратегии, используемые врачом, на данной стадии:

- Выяснить, какие есть препятствия для отказа от употребления алкоголя.
- Дать советы по преодолению тех препятствий для отказа от употребления алкоголя, о которых сказал пациент.

- Установить дату полного или частичного отказа от употребления алкоголя. Сообщить об этом своим родным и друзьям.
- Помочь пациенту определить возможные источники социальной поддержки (члены семьи, друзья, др.).
- Обсудить провоцирующие ситуации для употребления алкоголя.
- Обсудить стратегии отказа в провоцирующих ситуациях.
- Посоветовать обратиться к психологу/психотерапевту за психологической поддержкой. Чем тяжелее и длительнее зависимость у пациента, тем более необходима ему помощь психолога и/или психотерапевта.

Зависимость – это психологическое состояние личности, а не только внешние поведенческие реакции. Для избавления от зависимости надо, прежде всего, выявить те психологические, эмоциональные проблемы, которые способствуют формированию зависимости. Эта психологическая работа должна начаться до стадии активных действий.

4). Стадия действий.

На данной стадии человек пробует вести себя по-новому в течение 3-6 месяцев. Он старается противостоять своим страхам, но по-прежнему полон ими. Эти страхи связаны с тем, что человек пытается отказаться от значимого для него фактора (алкоголя), который занимает немаловажную часть его жизни, с помощью которого, по мнению пациента, решаются определенные психологические проблемы (снижается стресс, заполняется время, повышается уверенность в себе, поднимается настроение, улучшаются коммуникативные способности и т.д.). Чем больше ситуаций связано с алкоголем, тем труднее изъять его из своей жизни. Образующаяся пустота и вызывает совершенно естественное чувство неуверенности и страха.

Понимание врачом природы и силы страхов, которые переполняют пациента, поможет ему обрести эмпатичное отношение к пациенту, быть поддерживающим, избегать осуждения и не ждать быстрых и радикальных перемен. Роль врача на данном этапе заключается в обучении преодолению провоцирующих ситуаций, в назначении, при необходимости медикаментозной терапии, а также проведении психокоррекционной работы.

Помимо того, что человек меняет свое поведение, также необходимо менять свои психологические установки, уметь осознавать и контролировать свои эмоции, представления о себе, о других, о жизни в целом.

Примеры высказываний пациентов на данной стадии:

- «Наконец-то я начал хоть что-то делать, чтобы справиться с этим!».
- «Я стараюсь изо всех сил, пытаюсь изменить себя!».
- «Если меня беспокоят какие-то проблемы, я стараюсь что-то с этим делать».

Стратегии, используемые врачом, на данной стадии:

- Поддержать пациента в его намерении измениться.
- Укреплять его самостоятельность и уверенность в своих силах.
- Помочь в процессе определения целей, в планировании.
- Продолжать анализировать факторы, которые могут вызвать срыв (триггеры) и определить, как можно их ослабить или избежать.

Нередко факторы, которые провоцируют употребление ПАВ, остаются незамеченными и неосознанными. При частом повторении таких ситуаций поведение закрепляется и становится автоматическим. Для изменения такого укоренившегося поведения необходимо научиться распознавать триггеры и корректировать их.

Триггерами употребления алкоголя могут быть: стрессы на работе и дома, уныние/скука, голод, одиночество, усталость, праздники, нахождение в пьющей компании, летний отдых, др.

- Обратит внимание на психическое состояние пациента, на наличие у него признаков тревоги, депрессии.

- При необходимости назначить медикаментозное лечение соответствующего расстройства. Посоветовать обратиться к психологу/психотерапевту для проведения психотерапии. Исследования показали, что когнитивная терапия (работа с негативными мыслями, установками) является наиболее эффективной психологической техникой, позволяющей справиться с различными аффективными расстройствами.

- Обратит внимание на тягу пациента к ПАВ, при необходимости назначить медикаментозное лечение. При выраженных зависимостях необходимо предложить пациенту направление на специализированный этап (в наркологическую службу).

- Тяга порой бывает сильная, длительная, неослабевающая, которая изматывает пациента, и он возвращается к употреблению ПАВ. Подавить тягу на начальном этапе, когда она только начинает появляться, гораздо легче. Для этого используются и медикаменты (анксиолитики, антидепрессанты, антиконвульсанты, седатики, нейролептики), и методы контроля триггеров, и отвлечение, и другие приемы.

- Обратить внимание на наличие социальной поддержки.

Окружающие могут оказывать огромное влияние на способность пациента оставаться верным решению измениться.

- Помогать преодолевать чувство утраты прежнего образа жизни.

Необходимо научиться заполнять пустоту, которая образуется в результате отказа от ПАВ, интересными делами, приносящими удовлетворение.

- Проговаривать и укреплять понимание долговременных преимуществ изменения.

Иногда и сам пациент, и окружающие его люди, и врачи принимают активные действия, которые совершает пациент, за изменения в целом. На данном этапе нельзя Полноценные изменения в зависимом поведении произойдут только в случае длительного периода активных действий, сопровождающихся большой внутренней работой по осознанию проблемы, контролю эмоций, повышению уверенности в себе, отработке навыков реагирования на стрессы и др.

5). Стадия сохранения достигнутых изменений.

Человек не употребляет алкоголь от 6 месяцев до 5 и более лет и считает, что проблемы остались в прошлом.

На этапе сохранения достигнутых изменений необходимо поддерживать и укреплять здоровое поведение, избегать срывов. Иногда даже профессионалы допускают следующую ошибку: они ослабляют поддержку именно тогда, когда пациент в ней особенно нуждается – когда стадия активных действий позади. Зависимость никогда не излечивается на стадии активных действий.

Сохранение изменений – это долгий процесс. Порой требуется контроль за своим состоянием и поведением всю оставшуюся жизнь.

Если к сохранению достигнутых результатов относиться несерьезно, считать, что от зависимости не осталось и следа и можно расслабиться, то гарантирован срыв.

Примеры высказываний пациентов на данной стадии:

- «Иногда мне очень нелегко, но я стараюсь...».
- «Я боюсь, что могу снова оказаться там же, откуда выбрался».
- «Мой парень опять стал употреблять каждый день, и мне трудно удержаться».

Стратегии, используемые врачом, на данной стадии – те же, которые используются на стадии активных действий.

б). Срыв (необязательная стадия).

Особенности стадии. Человек возвращается к прежнему или большему употреблению алкоголя.

Срыв не является обязательным этапом в отказе от зависимости. Но чаще всего без срывов не обходится. Большинство пациентов проходит 1-3 циклов, до того, как они устойчиво бросят или снизят потребление алкоголя. Самое главное, сформировать правильное отношение пациентов к срыву. Необходимо проанализировать срыв, сделать выводы, поддержать пациента и настроить его на дальнейшую работу.

Примеры высказываний пациентов на данной стадии:

- «Я все провалил!».
- «Не знаю, как это случилось, но я опять не удержался».
- «Я просто неудачник. Я снова подсел».

Стратегии, используемые врачом, на данной стадии:

- Уменьшить негативные эмоциональные последствия срыва: срыв – это урок, опыт, а не провал;
- Проанализировать случившийся срыв, выявить триггеры и определить, как можно их ослабить или избежать;
- При необходимости (тревожность, депрессивность, сильная тяга) назначить медикаментозную поддержку;
- Обратить внимание пациента на положительные моменты – пациент значительное время находился без алкоголя или с небольшими дозами, есть опыт преодоления абстиненции, т.д.;
- Проанализировать наличие социальной поддержки;
- Помочь пациенту вернуться на стадию размышлений, подготовки к действиям, чтобы он не разочаровался и не застрял на прежних моделях поведения после срыва.

Неверно считать, что человек, решивший изменить свое поведение, проходит последовательно все перечисленные стадии и даже соблюдает указанные сроки длительности этих стадий. В реальности все значительно сложнее. С каждого этапа его может отбросить назад, на предыдущую стадию изменений или даже в самое начало пути. Самое важное, понимать, что каким бы запутанным ни был путь человека к выздоровлению, какие бы срывы ни преследовали его, он должен идти вперед.

9. ПРАВИЛА ПРОВЕДЕНИЯ ККПА

При проведении ККПА врач должен знать основные правила, которые обеспечат успешное и эффективное консультирование. Перечисленные ниже правила не являются специфическими для проведения МК. Это основные этико-деонтологические принципы и подходы, которые составляют основу коммуникации врача и пациента.

Правила проведения ККПА

1. Учитывать, на какой стадии изменения поведения находится пациент

Если доктор не учитывает степень готовности пациента к изменениям, общение не получается. Пациент не слышит того, что говорит врач, потому что он не готов еще это услышать. Такая коммуникация или бесполезна, или конфликтна, что в обоих случаях напряженно для врача и неэффективно для пациента.

Учитывая, что поведение пациента может меняться достаточно быстро, отслеживать стадии изменения поведения и корректировать общение необходимо при каждом визите пациента.

2. Проявлять эмпатию к пациенту

Эмпатия (сопереживание) – это форма человеческого общения, которая подразумевает внимательное выслушивание, выражение сочувствия и понимания проблем пациента. Эмпатия является основой создания терапевтического альянса, комплайенса – залога успешности терапии.

Задача врача – принять пациента таким, каков он есть и понять, что происходит в жизни пациента и почему, а не указывать, что должно происходить с точки зрения доктора. Часто врачи совершают ошибку, полагая, что они знают, как должен жить пациент и какие у него должны быть ценности.

3. Внимательно выслушивать пациента, отражать его мысли, высказывания

Внимательно, активно слушать – это продемонстрировать пациенту заинтересованность в том, что он говорит. Активное слушание является демонстрацией эмпатии.

Отражение мыслей, высказываний – это уточнение тех фраз, которые сказал пациент. Оно необходимо для прояснения позиции пациента. Например: «Правильно ли я поняла, что Вы хотели бы бросить пить, но считаете, что не справитесь?».

4. Выявлять несоответствие между нынешним поведением пациента и его важными жизненными целями

Одной из важных задач ККПА – помочь человеку осознать несоответствие его текущего поведения, связанного со злоупотреблением алкоголем, с одной стороны, и его планами на будущее – с другой.

Люди стремятся изменять свое поведение только тогда, когда они четко осознают, что их нынешнее поведение может помешать реализации или разрушить то, что для них важно.

5. Избегать оценок и суждений по поводу поведения пациента

Одна из распространенных ошибок многих докторов – становиться в позицию судьи, морализатора. Это же одна из основных причин, по которым пациенты избегают говорить доктору о своих проблемах с алкоголем. Задача врача – не воспитывать пациентов, а помогать им.

6. Избегать споров, прямого убеждения и попыток доказать свою точку зрения

Как правило, споры и безуспешные попытки доказать пациенту свою правоту возникают тогда, когда доктор не учитывает стадию изменений, на которой находится пациент. Прямое противостояние и убеждение пациента в чем-либо чаще всего приводят к сопротивлению и защите с его стороны. Не рекомендуется выдвигать доводы, которые противоречат мнению пациента, даже если он вообще отрицает или недооценивает свои проблемы, связанные с употреблением алкоголя.

Часто врач использует прямое убеждение для того, чтобы показать пациенту и доказать самому себе силу своих аргументов, свое превосходство, знание вопроса, либо с какой-то иной целью доказать свою правоту. Задача врача - стимулировать пациента высказывать свои личные опасения и идеи, а не в том, чтобы принять точку зрения доктора.

7. Уменьшать или избегать сопротивления пациента

Необходимо избегать ситуаций, в которых можно спровоцировать или укрепить сопротивление пациента, поскольку, чем сильнее его сопротивление, тем меньше вероятность, что он будет склонен к изменениям.

Сопротивление пациента может проявляться в следующих реакциях:

- спор;
- перебивание и прерывание беседы;
- игнорирование или невнимательность к процессу общения;

- отсутствие ответов на вопросы;
- абсолютный монолог, когда пациент не дает врачу вставить слово;
- злость или раздражение, направленные на врача;
- обвинения и «перекладывание ответственности на других»;
- отрицание фактов или новых возможностей;
- нежелание что-либо делать;
- несерьезное отношение к общению: поверхностная шутливость, переход на другую тему, перескакивание с темы на тему;
- ответы типа «да, но...».

Причины для сопротивления пациента:

- отсутствие убежденности в необходимости изменений;
- недовольство идеями, насаждаемыми извне;
- желание избежать неожиданностей;
- страх перед неизвестностью и возможной неудачей;
- нарушение установленного порядка, привычек, взаимоотношений;
- отсутствие уважения и доверия к врачу.

Врач часто сам провоцирует сопротивление пациента, когда ругает его, приказывает, угрожает, осуждает, критикует, морализаторствует, подшучивает, предлагает решения помимо воли пациента, и т.д. Деловое общение, которое является основой коммуникации «врач-пациент» - это спокойное, безоценочное общение, когда врач информирует пациента о его состоянии здоровья и планах лечения, согласуя их с мнением пациента.

Не следует рассматривать сопротивление пациента, как «плохое поведение», направленное против доктора. Важно понимать, что это сопротивление обусловлено страхом и/или непониманием изменений, которые нужны в жизни пациента. Прекращая сопротивление, человеку приходится признать нелицеприятные вещи или позволить себе переживать те ощущения, которые он всегда старался избегать или вытеснить из своего сознания.

Чтобы преодолеть сопротивление пациента:

- не «взламывать», не «пробивать» сопротивление;
- не противиться сопротивлению пациента, а отступить.

Это очень хорошая стратегия работы с сопротивлением: всяческим образом проявлять понимание пациента и готовность рассматривать проблему с его стороны. Это будет способствовать дальнейшему раскрытию пациента для обсуждения проблем.

8. Поддерживать пациента, повышать его самооценку, развивать самостоятельность в принятии и реализации решений.

Это очень важный принцип, направленный на то, чтобы пациент взял на себя ответственность за свое поведение, что является неотъемлемым условием для успешного лечения любых зависимостей, а также на повышение внутренних ресурсов человека и уверенности в том, что он справится.

Использование приведенных правил поможет эффективно проводить не только МК, но и общение с пациентом в целом.

Признаки того, что у врача получается эффективное ККПА:

- врач говорит медленно и спокойно;
- пациент говорит гораздо больше, чем врач;
- пациент говорит об изменении поведения;
- врач внимательно слушает и направляет интервью;
- заметно, что пациент серьезно работает, может быть, некоторые вещи он начинает осознавать первый раз;
- пациент спрашивает информацию и советуется.

10. МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ККПА

ККПА может проводиться как ВОП, так и средним медперсоналом (помощником врача, медсестрой), занимает не более 5-10 минут.

Этапы ККПА:

1). Выявление проблемы с алкоголем и увязывание ее с проблемой со стороны здоровья, с которой пациент обратился за помощью. Сначала медработник осторожно сообщает о том, что, как ему кажется, пациент имеет проблемы с алкоголем. Далее он отмечает, что алкоголь приводит к обострению его заболевания, снижает эффективность лечения, несовместим с некоторыми препаратами.

2). Скрининг употребления алкоголя. С согласия пациента проводится скрининг употребления алкоголя с использованием теста AUDIT. После скрининга медработник интерпретирует полученные результаты (в частности, в свете той проблемы, которая привела пациента к врачу).

Можно оценить количество употребляемого алкоголя в обычной беседе с пациентом, не используя тесты и опросники.

3). Выявление отношения пациента к проблеме и готовности менять свое алкогольное поведение. Затем медработник побуждает пациента высказать свою точку зрения, свое отношение к выявленному уровню употребления им алкоголя и предоставленной в этой связи информации.

На данном этапе медработник активно и с сопереживанием слушает, не высказывая суждений, и оценивает, на какой стадии осознанности проблемы находится пациент.

4). Проведение ККПА с учетом стадии изменения поведения, на которой находится пациент. Предоставляются пособия, памятки, руководства по самопомощи. Медработник наблюдает и поддерживает изменения пациента.

Проведение ККПА основано на следующих четырех процессах:

- **Вовлечение** пациента в терапевтический процесс с целью создания терапевтического альянса между доктором и пациентом, достижения комплаенса. Комплаенс является основой для формирования отношений доверия, обеспечивающие пациенту безопасность и позволяющие ему приблизиться к проблеме, которая является болезненной и которую он старается не замечать, вытеснить из осознания.

- **Фокусировка** пациента на проблеме злоупотребления алкоголем в связи с соматическими жалобами, которые явились причиной обращения к доктору.

- **Побуждение** пациента к обсуждению проблемы употребления алкоголя.

- **Планирование действий**, которые помогут пациенту ограничить или прекратить употребление алкоголя с учетом стадии осознания проблемы, на которой он находится.

Ожидаемые результаты ККПА:

- Пациент думает о том, чтобы изменить свое употребление алкоголя.
- Пациент планирует изменить свое употребление алкоголя.
- Пациент успешно сокращает или прекращает употребление алкоголя.

В некоторых случаях подвигнуть людей просто думать о том, что они делают, уже может быть успехом, несмотря на то что они пока не могут быть заинтересованы в планировании изменений. Врач не может полностью контролировать то, что делает пациент, но может попробовать сделать так, чтобы после короткого разговора у пациента обязательно осталось что-то, о чем нужно подумать, или что-то, что нужно сделать.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ККПА ограниченная по времени, ориентированная на пациента высокоэффективная стратегия консультирования. По данным экспертов ВОЗ, краткосрочное консультирование при низких затратах сокращает употребление алкоголя в среднем более чем на 20 %. Данная стратегия может быть использована при решении не только алкогольных, но и других проблем (отказ от употребления наркотических средств, психотропных препаратов, прекращение курения, нормализация питания, снижение веса, т.д). Высокая эффективность ККПА и низкий уровень затрат на ее проведение позволяет рекомендовать данный метод к использованию в общей врачебной практике.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александров, А.А. Выявление и консультирование в условиях общемедицинской практики пациентов, употребляющих алкоголь / А.А. Александров // Семейный доктор, 2015. – № 4. – С. 9–13.

2. Александров, А.А. Выявление и лечение расстройств, связанных с употреблением алкоголя в условиях общемедицинской практики : учеб.-метод. пособие / А.А. Александров. – Минск : БелМАПО, 2007. – 29 с.

3. Андреева, Л.А. Медицинская профилактика чрезмерного употребления алкоголя: автореферат ... диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Андреева Людмила Анатольевна ; Белорусская медицинская академия последипломного образования. – Минск, 2015. – 21 с.

4. Байкенов, Е.Б. Мотивационное консультирование на различных этапах наркологической помощи : Методические рекомендации / Е.Б. Байкенов. – Павлодар, 2010. – 49 с.

5. Бойцов, С.А. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения : Методические рекомендации по практической реализации приказа Минздрава России / С.А. Бойцов [и др.], 2015. – С. 36.

6. Быстрый Алкогольный Скрининговый Тест (БАСТ) Паддингтонский Алкогольный Тест (пат) audit тест на выявление нарушений, связанных с употреблением алкоголя. Тест на алкоголизм университета штата Мичиган (mast) [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://refdb.ru/look/1310944.html>. – Дата доступа : 27.12.2020.

7. Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя/ВОЗ [электронный ресурс]. Режим доступа : https://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua/ru. Дата доступа : 11.01.2021.

8. Горный, Б.Э. Выявление лиц с риском пагубного употребления алкоголя в ходе диспансеризации: методологические аспекты / Б.Э. Горный, А.М. Калинина, С.А. Бойцов // Профилактическая медицина, 2015. – № 4. – С. 12–16.

9. Горный, Б.Э. Методологические аспекты выявления лиц с риском пагубного потребления алкоголя в ходе диспансеризации взрослого населения: проблемы и возможные пути их решения / Б.Э. Горный, А.М. Калинина, А.С. Бунова, О.М. Драпкина // Профилактическая медицина, 2018. – № 21 (2). – С. 11–14.

10. Горный, Б.Э. Раннее выявление лиц, употребляющих алкоголь с вредными последствиями, и оказание им первичной медицинской помощи

(обзор) / Б.Э. Горный, А.М. Калинина, С.А. Бойцов // Профилактическая медицина, 2016. – № 19 (3). – С. 51–55.

11. Горшунова, Н.К. Профилактическая работа врачей первичного звена здравоохранения / Н.К. Горшунова, Н.В. Медведев // Земский врач, 2011. – № 4. – С. 9–13.

12. Донской, Д.А. Актуальность краткосрочных стратегий вмешательств при алкогольной зависимости/ Д.А. Донской, А.В. Копытов, В.Н. Сидоренко // Военная медицина, 2016. – № 3. – С. 115–123.

13. Евсегнеев, Р.А. Психиатрия в общемедицинской практике : Руководство для врачей / Р.А. Евсегнеев. – М. :ООО «Медицинское информационное агентство», 2010. – 592 с.

14. Кондрашенко, В.Т. Алкоголизм / В.Т. Кондрашенко, А.Ф. Скугаревский. – Москва : Огни, 2018. – 288 с.

15. Короткевич, Т.В. Краткосрочное консультирование пациентов, обратившихся в организацию здравоохранения, по поводу проблемного употребления алкоголя : учеб.-метод. пособие / Т.В. Короткевич, В.П. Максимчук, Е.В. Воронцова, [и др.]. – Минск : Колорград, 2019. – 62 с.

16. Краткое профилактическое консультирование в отношении употребления алкоголя : учеб. пособие ВОЗ для первичного звена медико-санитарной помощи, 2017. – 134 с.

17. Методологические аспекты выявления лиц с риском пагубного потребления алкоголя в ходе диспансеризации взрослого населения: проблемы и возможные пути их решения / Б.Э. Горный, А.М. Калинина, А.С. Бунова, О.М. Драпкина // Профилактическая медицина, 2018. – № 21 (2). – С. 11–14.

18. Мотивационное интервьюирование лиц, употребляющих инъекционные наркотики (пособие для социальных работников программ профилактики ВИЧ/СПИД) / гл. ред. Андрей Храпаль «СПИД Фонд Восток Запад» / отдел поддержки НПО Международного Альянса по ВИЧ/СПИД совместно со «СПИД Фондом Восток+Запад» и Южноукраинским тренинговым центром при финансовой поддержке USAID. – Киев, 2004. – С. 109.

19. Новикова, Г. Актуальные проблемы пивной алкоголизации подростков / Г. Новикова, Л. Новикова, Н.Ишеков. – М. : LAP Lambert Academic Publishing, 2019. – 790 с.

20. Одинокова, В.А. Теоретическое и эмпирическое определение проблемного потребления алкоголя / В.А. Одинокова // Теория и практика общественного развития. – Издательский дом «ХОРС», 2014. – № 10.

21. Петрова, Е.А. Повышение уровня лечебной мотивации химически зависимых подростков методом мотивационного интервьюирования /

Е.А. Петрова, Е.Ю. Широченков // Инновационная наука, 2015. – № 10. – С. 230–239.

22. Потребление алкоголя в Республике Беларусь: медико-социальные и социально-экономические аспекты : монография / А.А. Кралько [и др.]. – Минск : Колорград, 2018. – 180 с.

23. 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 / А.В. Трусова, Е.М. Крупицкий. – СПб., 2012. – 21 с.

24. Протько, Н.Н. Мотивационное консультирование в деятельности врача общей практики : учеб.-метод. пособие/ Н.Н. Протько, В.З. Русович, Л.С. Богущ. – Минск : БелМАПО, 2017. – 33 с.

25. Прочаска, Д.О. Вариант подробной схемы изменения поведенческой модели (Toward a comprehensive model of change) / Д.О. Прочаска, С.С. ДиКлементе // Лечение алкоголизма и наркомании: процессы изменений (Treating Addictive behaviors: Processes of Change). – Нью-Йорк : Пленум Пресс, 1986. – С. 3–27.

26. Разводовский, Юрий Алкогольные проблемы в России и Беларуси / Юрий Разводовский. – М. : LAP Lambert Academic Publishing, 2019. – 104 с.

27. Русович, В.З. Особенности амбулаторного консультирования врачами общей практики: учеб.-метод. пособие / В.З. Русович. – Минск : БелМАПО, 2007. – 26 с.

28. Сирота, Н.А. Мотивационная работа с лицами, употребляющими наркотики и зависимыми от них / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский // Руководство по наркологии / под ред. Н.Н.Иванца. – 2-е изд. ; испр, доп. и расш. – М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – С. 765–782.

29. Скугаревская, Е.И. Судебно-психиатрическая оценка психических расстройств в уголовном процессе вследствие употребления алкоголя / Е.И. Скугаревская, Ю.И. Остянко, В.В. Дукорский // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология, 2019. – № 1. – Т. 10. – С. 157–164.

30. Смирнова, В.Н. Скрининг алкогольных проблем в общемедицинской практике / В.Н. Смирнова // Наркология, 2010. – Vol. 9. – № 8. – С. 65–71.

31. Тарасова, О.И. Современные лабораторные маркеры употребления алкоголя / О.И. Тарасова, Н.В. Мазурчик, П.П. Огурцов, В.С. Моисеев // Клиническая фармакология и терапия, 2007. – № 1. – С. 25–34.

32. Трусова, А.В. 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 / А.В. Трусова, Е.М. Крупицкий. – СПб., 2012. – 21 с.

33. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению пагубного употребления психоактивных веществ / Сайт Российского Общества Психиатров [Электронный ресурс], 2014. – Режим доступа : <http://psychiatr.ru>. – Дата доступа : 21.12.2020.

34. Цверганишвили, Г. Образ жизни и здоровье человека / Г. Цверганишвили // Научно-культурологический журнал, 2013. – № 1.

35. Эпов, Л.Ю. Применение мотивационной психотерапии при лечении больных алкогольной зависимостью : дис. ... канд. медицинских наук : 14.00.45- Наркология. – Москва, 2004. – 163 с.

36. Ялтонский, В.М. Формирование мотивации на изменение поведения, вызванного злоупотреблением алкоголем и другими психоактивными веществами : методические рекомендации / В.М. Ялтонский, А.В. Ялтонская. – М., 2013 – 18 с.

37. Alcohol and Primary Health Care. Clinical guidelines on identification and brief intervention, 2006 / European Commission Project «PHEPA» [электронный ресурс]. Режим доступа : https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/health/projects/2005309/. Дата доступа : 12.01.2021.

38. Carvalho, A.F. Alcohol use disorders / A.F. Carvalho, M. Heilig, A. Perez [et al.] // *Lancet.*, 2019. – Vol. 394. – P. 781–92.

39. Holloway, A.S. The effect of brief interventions on alcohol consumption among heavy drinkers in a general hospital setting / A.S. Holloway [et al.] // *Addiction.*, 2007. – Vol. 102 (11). – P. 1762–1770.

40. Klimas, J. Psychosocial interventions to reduce alcohol consumption in concurrent problem alcohol and illicit drug users / J. Klimas [et al.] // *Cochrane Database Syst Rev.*, 2012. – Vol. 14 (11).

41. Rehm, J. (accepted). Protocol and results of pilot studies for the validation of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in the Russian Federation for use in primary health care. *Alcohol and Alcoholism* / J. Rehm, M. Neufeld, E. Yurasova, A. Bunova [et al.] // *Alcohol and Alcoholism*, 2020. – P. 1–8.

42. Rollnick, Stephen. *Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior* / Stephen Rollnick, William R. Miller, Christopher C. Butler, 2007. – 210 p.

8. Rosengren, David B. *Building Motivational Interviewing Skills: A Practitioner Workbook* / [Electronic resource], 2009. Режим доступа : http://www.avaxhm.com/ebooks/science_books/psychology_behavior/2014-06-05-20_201409232138.html. Дата доступа : 30.12.2020.

9. William, R. Miller *Motivational Interviewing: Helping People Change* / William R. Miller, Stephen Rollnick, 2012. – 482 p.

Приложение 1. Тест для выявления расстройств, обусловленных

употреблением алкоголя (тест AUDIT)

1. Как часто Вы употребляете напитки, содержащие алкоголь?				
(0) Никогда	(1) 1 раз в месяц или реже	(2) 2-4 раза в месяц	(3) 2-3 раза в неделю	(4) 4 или более раз в неделю
2. Сколько стандартных порций алкоголя Вы выпиваете за один раз?				
(0) 1 или 2	(1) 3 или 4	(2) 5 или 6	(3) От 7 до 9	(4) 10 или более
3. Как часто Вы выпиваете 6 и более стандартных порций алкоголя за один раз?				
(0) Никогда	(1) реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день
4. Как часто за последний год Вы замечали, что, начав пить алкогольные напитки, не можете остановиться?				
(0) Никогда	(1) реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день
5. Как часто за последний год из-за чрезмерного употребления алкоголя Вы не смогли сделать чего-то, что от Вас ожидалось?				
(0) Никогда	(1) реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день
6. Как часто за последний год Вам необходимо было опохмелиться утром, чтобы прийти в себя после того, как Вы много выпили накануне?				
(0) Никогда	(1) реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день
7. Как часто за последний год Вы испытывали чувство вины или угрызения совести после выпивки?				
(0) Никогда	(1) реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день
8. Как часто за последний год наутро после употребления алкоголя Вы не могли вспомнить происходившего накануне?				
(0) Никогда	(1) реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день
9. Получали ли Вы сами или кто-то другой травмы в результате употребления Вами алкоголя?				
(0) Нет	(2) Да, но не в прошлом году		(4) Да, в прошлом году	
10. Не выражал ли кто-нибудь из родственников, друг, врач или другой медицинский работник озабоченность по поводу употребления Вами алкоголя или советовал его сократить?				
(0) Нет	(2) Да, но не в прошлом году		(4) Да, в прошлом году	

Примечания; 1. В скобках указано количество баллов, соответствующее ответу. 2. Все набранные баллы суммируются. 3. При ответе на вопросы оценивается употребление алкоголя в течение последних 12 месяцев.

Интерпретация результатов теста AUDIT

Сумма баллов	Риск для здоровья	Рекомендации
Мужчины: 5 баллов и меньше Женщины: 4 балла и меньше	Риск для здоровья, связанный с употреблением алкоголя, минимальный	Придерживаться сложившихся поведенческих стратегий, направленных на минимальное употребление алкоголя
Мужчины: 7 баллов и меньше Женщины: 6 баллов и меньше	Потенциальный риск для здоровья, связанный с употреблением алкоголя	Не увеличивать количество потребляемого алкоголя. Не употреблять алкоголь при планируемой беременности, управлении транспортными средствами или каким- либо механическим оборудованием, а также при наличии медицинских состояний и приеме лекарственных средств, при которых противопоказано употребление алкоголя
Мужчины: 8 баллов и больше Женщины: 7 баллов и больше	Повышенный риск проблем для здоровья, связанный с употреблением алкоголя, высокая вероятность опасного или вредного употребления алкоголя	Необходимо в доступной для пациента форме сообщить результат оценки, описать связь между употреблением алкоголя и имеющимися проблемами со здоровьем, краткосрочные и долгосрочные риски при сохранении употребления алкоголя на текущем уровне, дать совет по сокращению употребления алкоголя. В случае результата 16-19 баллов, как для мужчин, так и для женщин, - предупредить пациента, что такой способ употребления алкоголя с большой вероятностью ведет к формированию зависимости, а также мотивировать на сокращение употребления алкоголя и обязательное обращение за наркологической помощью
Более 20 баллов, как для мужчин, так и для женщин	Вероятное развитие синдрома зависимости	Необходимо в доступной для пациента форме сообщить результат оценки, описать связь между употреблением алкоголя и имеющимися проблемами со здоровьем, мотивировать на сокращение употребления алкоголя и обязательное обращение за наркологической помощью, предупредить о риске развития состояния отмены алкоголя при резком сокращении или прекращении его употребления.

Учебное издание

Протько Наталья Николаевна
Патеюк Ирина Васильевна
Ситник Геннадий Демьянович
Милюк Наталья Сергеевна
Котова Галина Сергеевна
Пересада Андрей Сергеевич

**ВЫЯВЛЕНИЕ ВРАЧАМИ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ПАЦИЕНТОВ
С ПРОБЛЕМНЫМ АЛКОГОЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ И ПРОВЕДЕНИЕ
С НИМИ КРАТКОСРОЧНОГО МОТИВАЦИОННОГО
КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ**

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Подписано в печать 22.03.2021. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 2,44. Уч.- изд. л. 1,86. Тираж 100 экз. Заказ 135.

Издатель и полиграфическое исполнение –
государственное учреждение образования «Белорусская медицинская
академия последипломного образования».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 3/1275 от 23.05.2016.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, кор.3

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра общей врачебной практики с курсом гериатрии

**ВЫЯВЛЕНИЕ ВРАЧАМИ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ПАЦИЕНТОВ С
ПРОБЛЕМНЫМ АЛКОГОЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ И ПРОВЕДЕНИЕ
С НИМИ КРАТКОСРОЧНОГО МОТИВАЦИОННОГО
КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ**

Минск БелМАПО

2021

