

**Особенности мотивационного консультирования
граждан по профилактике пагубного потребления
алкоголя в рамках проведения этапов диспансеризации**

Методические рекомендации

Составители:

Епишина М.Р. - врач психиатр нарколог, заведующая отделением профилактики ГБУ РО ОКНД.

Самышина О.В. - медицинский психолог, заведующая отделением медико-психологической помощи ГБУ РО ОКНД.

Свиридов И.Г. - врач психиатр-нарколог отделения медико-психологической помощи ГБУ РО ОКНД, кандидат медицинских наук.

СОДЕРЖАНИЕ

1. ВВЕДЕНИЕ.....	6
2. Роль и место консультирования граждан по профилактике пагубного потребления алкоголя в рамках проведения этапов диспансеризации.....	8
3. Злоупотребление алкоголем и зависимость от алкоголя.....	10
4. Проведение скрининга (диагностики) проблемного потребления алкоголя на втором этапе диспансеризации.....	13
5. Консультирование с основами мотивации.....	16
6. Действия специалиста по проведению консультирования с учетом результатов скрининга и выраженности проблем:.....	21
- Результат тестирования 0-7 баллов.....	21
- Универсальные рекомендации гражданину по контролю за потреблением алкоголя.....	21
- Результат тестирования 8-15 баллов.....	23
- Результат тестирования 16-19, более 20 баллов.....	25
7. Примеры высказываний специалиста во время проведения углубленного мотивационного консультирования.....	26
8. ЛИТЕРАТУРА.....	29

АННОТАЦИЯ

Методические рекомендации разработаны с использованием материалов ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и материалов ФГБУ «Национальный научный центр наркологии» Минздрава России.

В методических рекомендациях описаны особенности применения методов мотивационного консультирования в амбулаторной практике учреждений здравоохранения в рамках комплексной профилактики алкоголизма на этапе первичного выявления.

Методические рекомендации предназначены для специалистов первичного звена здравоохранения – врачей различных специальностей, медицинских психологов, социальных работников, среднего медицинского персонала.

1. ВВЕДЕНИЕ

Профилактика пагубного потребления алкоголя относится к числу приоритетных задач здравоохранения Российской Федерации.

В данных методических рекомендациях представлена методика выявления и мотивационного консультирования групп высокого риска по потреблению алкоголя. Консультирование основано на методе **мотивации**, который может помочь повысить обращаемость населения за наркологической помощью, **мотивировать на** изменение своего проблемного поведения и помочь предотвратить негативные последствия, связанные с потреблением алкоголя.

Специалисты первичного звена здравоохранения (врачи – терапевты, врачи - узкие специалисты, медицинские психологи, фельдшеры, медицинские работники кабинетов (отделений) медицинской профилактики, медицинские работники центров здоровья) являются одной из первых точек контакта пациента с системой здравоохранения с целью выявления лиц входящих в группу риска по потреблению алкоголя.

Данные специалисты консультируют пациентов по сохранению и укреплению здоровья, разрабатывают индивидуальные рекомендации и выставляют для пациентов ориентиры, которые делают потребление алкоголя делом индивидуально нежелательным и социально не престижным.

Значительная часть людей, из групп высокого риска по потреблению алкоголя, слабо осведомлена о его пагубных последствиях и не обращаются за помощью в специализированную наркологическую службу. В первую очередь они обращаются в связи с возникающими проблемами к врачам общего профиля, узким специалистам, в кабинеты или отделения профилактики, в центры здоровья по месту жительства. Это означает, что в данном звене здравоохранения имеется большой потенциал для раннего выявления групп высокого риска по потреблению алкоголя и проведения среди них краткосрочных вмешательств.

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.

Алкогольная зависимость - это хроническое рецидивирующее заболевание. До момента формирования зависимости существует период проблемного употребления алкоголя. Длительность этого периода индивидуальна, но обычно составляет несколько лет. Эффективное вмешательство на стадии проблемного потребления алкоголя позволит замедлить или предотвратить формирование болезни.

Цель методических рекомендаций - создание алгоритма выявления и мотивационного консультирования групп высокого риска по развитию алкогольной зависимости для повышения обращаемости населения за наркологической помощью и предотвращения развития негативных последствий, связанных с потреблением алкоголя.

Данные методические рекомендации призваны решить следующие **задачи**:

- дать представление о сути психологической диагностики групп риска, и методах проведения мотивационного консультирования пациентов первичной медицинской сети;

- сформировать общие навыки проведения психологической диагностики пациентов групп риска, и навыки проведения мотивационного консультирования лиц, употребляющих алкоголь на опасном для здоровья уровне.

2. Роль и место консультирования граждан по профилактике пагубного потребления алкоголя в рамках проведения этапов диспансеризации.

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Диспансеризация взрослого населения проводится в два этапа.

Первый этап диспансеризации проводится с целью выявления у граждан признаков хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза заболевания (состояния) на втором этапе диспансеризации **и включает** опрос (анкетирование), направленное на выявление хронических неинфекционных заболеваний, выявление факторов риска развития пагубного потребления алкоголя (анкетирование) и прием (осмотр) врача-терапевта, включающий установление диагноза, определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения, проведение краткого консультирования, включая рекомендации по предупреждению пагубного потребления алкоголя и определение медицинских показаний для обследований и консультаций в рамках второго этапа диспансеризации, в том числе у врача психиатра-нарколога.

Первый этап диспансеризации может проводиться мобильными медицинскими бригадами, осуществляющими свою деятельность в соответствии с правилами организации работы мобильных медицинских бригад, предусмотренными приложением N 8 к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденному

приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. N 543н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 июня 2012 г., регистрационный N 24726).

Граждане, нуждающиеся по результатам первого этапа диспансеризации в дополнительном обследовании, индивидуальном углубленном консультировании или групповом консультировании (школа пациента), направляются врачом-терапевтом на второй этап диспансеризации.

Второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния), проведения углубленного консультирования и включает индивидуальное углубленное консультирование или групповое консультирование (школа пациента) в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья, фельдшерском здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте) и по показаниям консультацию врача психиатра-нарколога для граждан с выявленными факторами риска развития пагубного потребления алкоголя.

В завершении второго этапа диспансеризации проводится прием (осмотр) врача-терапевта, включающий установление (уточнение) диагноза, определение (уточнение) группы состояния здоровья, определение группы диспансерного наблюдения (с учетом заключений врачей-специалистов), а также направление граждан при наличии медицинских показаний на дополнительное обследование, не входящее в объем диспансеризации, для получения специализированной медицинской помощи.

3. Злоупотребление алкоголем и 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.

Алкоголь является универсальным, доступным и легальным психоактивным веществом, который обладает атарактическим действием (снимает напряжение), анксиолитическим действием (снижает уровень тревоги), активирующим и стимулирующим действием (повышает настроение и активность, придает бодрость, раскованность, смелость). 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:

Опьянение легкой степени характеризуется изменениями самочувствия и нарушениями поведения, среди которых могут быть: эйфория, расторможенность, склонность к спору, агрессивность, лабильность настроения, нарушения внимания, нарушения суждений, нарушение личностного функционирования

Опьянение средней степени дополнительно к признакам легкого опьянения характеризуется неврологическими нарушениями, среди которых могут быть: шаткость походки, нарушения статики и координации движений,

смазанность речи, нистагм, гиперемия лица, инъектированность конъюнктив и склер.

Опьянение тяжелой степени выражается угнетением сознания и вегетативных функций, в частности: глубокой оглушенностью, сомноленцией, стопором и комой, бледностью и синюшностью кожи и слизистых, артериальной гипотензией, гипотермией.

К хроническим эффектам алкоголя в первую очередь относится его способность вызывать зависимость, которой 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 потребление алкоголя.

Протекание зависимости от алкоголя имеет три стадии: начальную, среднюю и конечную.

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 алкоголя. Низкая прогредиентность означает медленный темп развития заболевания – нарастание болезненных изменений позже, чем через 10 лет после начала систематического употребления 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 3-ех 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.

Потребление алкоголя изменяет поведение человека, делая его более расторможенным, неосторожным. Во время опьянения снижается волевой контроль, регулирующий нормы поведения в обществе – человек может совершать различные асоциальные действия, начиная от нарушения приличий,

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 алкогольного опьянения одного из участников.

4. Проведение скрининга (диагностики) проблемного потребления алкоголя на втором этапе диспансеризации.

Граждане, нуждающиеся по результатам **первого этапа диспансеризации** в дополнительном обследовании, индивидуальном углубленном консультировании или групповом консультировании (школа пациента), **направляются врачом-терапевтом на второй этап диспансеризации с проведением скрининга проблемного потребления алкоголя.**

По результатам скрининга определяется, является ли уровень потребления алкоголя человеком опасным для здоровья. Для универсальной количественной оценки потребляемого алкоголя используется понятие *стандартной дозы алкоголя*.

Вопросы специалиста, проводящего скрининг, и ответы консультируемого относительно количества потребляемого 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%
--------------------------	---	--	--	---	---

Проведение скрининга возможно как в форме личной беседы с человеком, так и самостоятельного заполнения им бланка тестового опросника.

Перед началом скрининга, следует поинтересоваться у консультируемого: «Вы не против, если мы немного поговорим о Вашем употреблении алкоголя?». Если человек не дает согласия, следует поинтересоваться причинами отказа, объяснить, что это важно с медицинской точки зрения. Если он 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.

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.

Бланк теста 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	-	-

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:

- 0-7 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 человек набрал менее 8 баллов в тесте AUDIT, то с ним проводится беседа врачом – терапевтом о поддержании здорового образа жизни и рекомендуется не увеличивать количество употребляемого алкоголя.

Если по результатам скрининга человек набрал более 8 баллов в тесте AUDIT, то с ним проводится мотивационное консультирование специалистом кабинета профилактики.

5. Консультирование с основами мотивации.

Общая цель проведения консультирования – вмешательство в употребление алкоголя на раннем этапе, до формирования зависимости, и прицельно по отношению к людям, у которых количество потребляемого алкоголя или характер его потребления может рассматриваться как опасный или вредный, но синдром зависимости от алкоголя еще не сформирован.

Консультанту необходимо владеть общей информацией о сути алкогольной зависимости и признаках злоупотребления алкоголем, иметь навыки установления доверительного контакта с пациентом.

Консультирование включает выявление проблемного употребления алкоголя и объективное информирование пациента о негативных последствиях злоупотребления.

Если в процессе скрининга консультантом у человека выявлено рискованное для здоровья употребление алкоголя, то в процесс консультирования включается *мотивационный компонент*.

Мотивационное консультирование – это формирование желания у человека в своей жизни изменить что – либо.

Мотивационное консультирование направлено на изменение у человека отношения к алкоголю и формирование желания снизить количество и частоту

потребления алкоголя до безопасного уровня или полностью отказаться от него.

Также консультант может применять мотивационное консультирование на обращение пациента к врачу наркологу.

Мотивационное консультирование помогает человеку разрешить противоречивое, двойственное (позитивное и негативное) отношение к употреблению алкоголя. Используя этот стиль, консультант помогает понять и расширить осознание противоречий между жизненными потребностями и имеющимся в настоящее время проблемным поведением у консультируемого. Усиление противоречий между поведением в настоящее время и более важными целями в жизни в целом, могут побудить к изменению поведения.

Мотивационное консультирование включает в себя достаточно простые, но эффективные приемы проведения беседы, базирующиеся скорее **на партнерских, товарищеских отношениях**, чем отношениях эксперта и обследуемого. При этом *специалист принимает консультируемого таким, какой он есть, не пытается бороться с его сопротивлением, не спорит с ним и не использует прямое убеждение как способ изменения поведения.*

Люди, как правило, сопротивляются принятию негативной информации (признанию того факта, что есть проблемы с алкоголем) и их порой крайне сложно вывести на открытый диалог. Крайне редко встречаются личности, категорически уверенные в правоте своих действий относительно алкоголя, так как наглядные негативные последствия алкоголизации формируют амбивалентное, противоречивое отношение к нему.

В процессе консультирования необходимо:

1. Проявлять эмпатию и психологическую поддержку.

Например: *Вы кажетесь озабоченным тем, что Ваше употребление алкоголя может быть связано с негативным отношением, которое Вы испытываете дома и на работе.*

2. Задавать открытые вопросы:

Например: *Опишите, что хорошего приносит Вам употребление алкоголя и что в нем плохого?*

3. Отражать в диалоге эмоциональное состояние человека. «Отзеркаливать» его слова.

Например: *Похоже, что Вы не очень довольны тем, что Вас направили в наш кабинет.*

4. Развивать проявления сомнения и внутренние противоречия.

Например: *Если Вы будете продолжать употреблять алкоголь так же, как Вы думаете, сложится Ваша жизнь через 2-3 года?*

5. Не стремиться сломить сопротивление человека, а двигаться вместе с ним.

Например: *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.*

6. Задавать вопросы в неугрожающей манере, чтобы избежать проявления сопротивления и мотивировать к изменениям:

Например: *Расскажите мне о Вашем употреблении алкоголя.*

Как Ваше употребление алкоголя изменилось за последний год?

Складывается впечатление, что у Вас противоречивое мнение в отношении изменения употребления алкоголя.

7. Побуждать человека говорить о своей мотивации:

Например: *Хоть Вы и не воздерживаетесь от выпивки каждый день, Вы смогли уменьшить количество употребляемого алкоголя когда это было необходимо (например во время болезни). Как Вам это удалось?*

8. Вызывать на разговор об изменениях, позволяя человеку представить аргументы в пользу этих изменений:

Например: *Если Вы продолжите выпивать, как сейчас, как Вы думаете, что с Вами будет через 10 лет?*

В процессе консультирования не рекомендуется:

1. Осуждать:

Например: *Складывается впечатление, что Вы недостаточно серьезно относитесь к своим выпивкам.*

2. Задавать закрытые вопросы (предполагающие ответы «да» или «нет»).

Например: *Есть ли у Вас проблемы с употреблением алкоголя?*

3. Применять ярлыки.

Например: *То, как Вы пьете, показывает, что Вы – алкоголик.*

4. Проявлять конфронтацию, морализировать или «читать нотации».

Например: *У Вас есть серьезная проблема с алкоголем, которую Вы отрицаете. Нужно принимать меры*

5. Угрожать:

Например: *Если Вы не прекратите употребление алкоголя, Вы будете выписаны (я не буду Вас лечить и т.п.).*

6. Задавать угрожающие вопросы:

Например: *Как давно Ваше питье стало проблемой? Собираетесь ли Вы предпринять что-либо в отношении Ваших проблем с алкоголем?*

Принципы невербального общения с консультируемым.

1. Тембр голоса консультанта должен быть спокойный, без резких модуляций, темп речи спокойный (ориентированный на темп речи клиента)

2. Взгляд консультанта в основном фокусируется на лице клиента, периодически – на его глазах.

3. Движения консультанта должны быть спокойные и плавные. Выражение лица внимательное и доброжелательное. Желательно, чтобы кисти рук были видны клиенту и не зажаты в кулаки.

4. Подходящее расстояние, разделяющее клиента и консультанта (в зависимости от ситуации, в среднем – от 0,5 до 1,2 м).

5. Жестикуляция и кивки консультанта - умеренные, подтверждающие внимание к словам клиента.

6. При необходимости консультант может использовать юмор для снятия напряженности.

7. У консультанта не должно быть «скачущего» тембра голоса.

8. Консультант не должен часто смотреть в сторону или, наоборот, пристально вглядываться в глаза клиенту.

9. Консультант не должен хмуриться, зевать или мрачнеть.

10. Между консультантом и клиентом не должно быть неподходящего расстояния (или слишком малая, или слишком большая дистанция).

11. У консультанта не должен быть слишком быстрый или слишком медленный темп речи.

12. У консультанта не должно быть полного отсутствия невербальной реакции на слова клиента.

13. Консультант не должен использовать юмор не к месту или не вовремя.

Требования к невербальному поведению консультанта

1) необходимо проводить консультацию наедине с клиентом, без третьих лиц;

2) в процессе общения консультант должен находиться в «открытой позе» (избегать скрещенных ног, рук);

3) на всем протяжении беседы консультант должен поддерживать визуальный контакт с клиентом;

4) консультант должен быть спокойным.

В зависимости от определяемой по результатам скрининга выраженности у клиента проблем с алкоголем, действия специалиста по проведению мотивационного консультирования различаются.

6. Действия специалиста по проведению консультирования с учетом результатов скрининга и выраженности проблем:

- Результат тестирования от 0-7 баллов:

Если человек набрал **0-7 баллов**, то у него **нет** проблем с потреблением алкоголя. Участковый терапевт знакомит его с универсальными стратегиями поведения которые облегчают контроль над употреблением алкоголя.

Универсальные рекомендации по контролю за потреблением алкоголя:

1. Следите за частотой потребления алкоголя.

Найти удобный для себя способ – отметки в настенном календаре, в маленьком календаре в кошельке, заметки в мобильном телефоне, компьютере, органайзере. Проставление отметки об употреблении алкоголя в этот день прежде, чем выпить, может помочь замедлить или немного отсрочить выпивку.

2. Считайте количество потребляемого алкоголя.

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.

3. Ставьте перед собой определенную цель.

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 потребления алкоголя с низким риском развития зависимости.

4. Соблюдайте темп и интервалы, когда употребляете алкоголь.

Когда потребляете алкоголь, соблюдайте темп и пейте медленно, не более чем 1 стандартная доза в час, в промежутках употребляйте безалкогольные напитки (воду, сок).

5. Полноценно питайтесь.

Не пейте на пустой желудок. Закусывайте полнорационными продуктами, чтобы алкоголь поступал в организм медленнее.

6. Свободное время.

Заполняйте свободное время полезными занятиями, 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.

7. Избегайте провоцирующих ситуаций.

Что вызывает Ваше желание употребить алкоголь? Что (кто) может спровоцировать Вас на употребление, 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 алкоголя. Если Ваши близкие употребляют алкоголь, не храните его дома совсем или храните минимальное количество.

8. Руководствуйтесь своим планом, чтобы противостоять провоцирующим ситуациям.

Интенсивно займитесь какой-либо деятельностью, которая не связана с употреблением алкоголя – 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 набежит на берег, а потом отхлынет.

9. Учитесь говорить «нет».

Вам, вероятно, могут предложить употребить алкоголь 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.

- Результат тестирования от 8 – 15 баллов:

Если человек набрал **8 – 15 баллов**, то у него **выявлено проблемное или рискованное потребление алкоголя.**

Консультирование клиента проводит специалист кабинета профилактики.

Консультант должен:

1. Четко назвать свое заключение относительно потребления алкоголя человеком(например: *«Вы употребляете алкоголь с риском для собственного здоровья»*)

2. Объяснить консультируемому, почему вы так считаете и как это связано с его состоянием здоровья сейчас, а также какие могут быть последствия в дальнейшем.

3. Узнать, готов ли клиент изменить свое поведение относительно употребления алкоголя.

Если человек не готов менять свои привычки и поведение относительно алкоголя, то специалист кабинета профилактики должен знать, что нежелание что-либо менять и противоречивое отношение к переменам встречается часто. Возможно желание изменений появится позже.

Консультанту необходимо:

1. Высказать опасения по поводу употребления алкоголя клиентом.

2. Спросить консультируемого, что он(а) думает по этому поводу.

3. Поинтересоваться у человека, как ему кажется, что препятствует изменениям? В чем основное затруднение?

4. Подтвердить свою готовность помочь, когда клиент будет готов вернуться к этому разговору.

Если он готов менять свои привычки и поведение относительно алкоголя, то специалист кабинета профилактики должен:

1. Помочь человеку определить цель изменений – сократить потребление алкоголя до определенного уровня или прекратить выпивки на определенное время.

2. Обсудить план изменений – какие конкретные шаги человек будет предпринимать (например, не выпивать в будни после работы, перестанет хранить алкоголь дома, выпивать безалкогольные напитки и т.п., как будет отслеживать изменения (дневник, отметки в календаре), как вести себя в ситуациях, провоцирующих на выпивки, кто из непьющих близких (родных, друзей) мог бы помочь и поддержать.

3. Рассказать клиенту, что могло бы ему помочь в сокращении употребляемого алкоголя или полном воздержании (см. **Универсальные рекомендации по контролю за потреблением алкоголя**).

Если человек повторно посещает кабинет профилактики, то необходимо спросить его какие произошли изменения.

Изменения произошли.

1. Высказать свое одобрение и поддержку по продолжению соблюдения рекомендаций.

2. Возможно, стоит пересмотреть поставленные цели (например, если пациент сохранял полную трезвость, а теперь хочет возобновить контролируемое употребление алкоголя).

3. Поощряйте консультируемого вернуться, если он не сможет придерживаться установленных ограничений в употреблении алкоголя.

4. Проводите опрос консультируемого относительно употребления алкоголя при плановых визитах 1-3 раза в год.

Изменения не произошли.

1. Поговорите с клиентом о том, что осуществлять реальные изменения в своей жизни трудно.

2. Поддержите любые сдвиги к лучшему и изменения в сторону сокращения употребления алкоголя.

3. Пересмотрите поставленные цели и согласованный план.

4. Обсудите, можно ли усилить поддержку со стороны близких.

5. Если человек не в состоянии сократить количество выпиваемого алкоголя или воздержаться от его приема, повторите опрос на признаки злоупотребления или зависимости от алкоголя.

- Результат тестирования от 16 – 19 баллов и более 20:

Если человек набрал **16 – 19 баллов и более 20**, то у него выявлено **возможное злоупотребление алкоголем, употребление алкоголя с вредными последствиями или возможное наличие алкогольной зависимости (более 20 баллов).**

Консультирование клиента проводит специалист кабинета профилактики с последующим направлением к врачу психиатру-наркологу.

Специалист кабинета профилактики должен:

1. Высказать свое заключение по поводу потребления алкоголя консультируемым.

Объясните ему, почему вы так считаете и как это связано с состоянием здоровья обратившегося.

2. Спросить клиента, что он (а) думает по этому поводу.

3. Обсудите с человеком обращение к специалисту-наркологу для диагностики и консультации, особенно если Вы обнаружили признаки зависимости от алкоголя.

4. Посоветуйте территориально близкие группы самопомощи для злоупотребляющих алкоголем (например, группы «Анонимных Алкоголиков»).

5. Предложите человеку повторный прием через некоторое время для обсуждения состояния его здоровья и изменений в употреблении алкоголя.

Если у консультируемого выявлено злоупотребление алкоголем и потребление алкоголя с вредными последствиями (16 – 19 баллов) или возможное наличие алкогольной зависимости (более 20 баллов), то проводят *углубленное мотивационное консультирование*.

7. Углубленное мотивационное консультирование. Примеры высказываний специалиста.

Углубленное мотивационное консультирование проводится с применением дополнительных вопросов задаваемых клиенту.

Ниже приведены примеры отдельных высказываний специалиста во время проведения углубленного мотивационного консультирования:

-...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 не особенно Вас беспокоит. ...Вы говорите, Вас она пугает. ... 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 выпивки?

-...Как это происходило? Как долго это продолжалось...Вам это понравилось? Из-за чего Вы снова стали выпивать?

-...На самом деле, это вопрос не ко мне. Ведь вопрос в том, чего хотите Вы сами?

-...Ну 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 следует знать некоторые факты об алкоголе. Вы не будете против, если я Вам кое-что расскажу?

-...Вы говорите, что хотели бы сократить употребление алкоголя – какое количество было бы правильным?

-...Что Вам требуется, чтобы сократить употребление алкоголя? ...и т.д.

Углубленное мотивационное консультирование позволяет более детально разобраться в проблемах клиента и выработать тактику стимулирующую его к обращению за специализированной наркологической помощью.

Стоит отметить, что любое общение с консультируемым должно происходить в соответствии с принципами мотивационного консультирования – психологически поддерживать клиента, не усиливать его сопротивление, положительно влиять на мотивацию к изменению поведения в отношении алкоголя.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя. ВОЗ, 2010-48с.
2. Когнитивно-поведенческие вмешательства в терапии зависимости от психоактивных веществ. Руководство по проведению тренингов //Буизман В., Оттен Э., Ялтонский В., Сирота Н. Москва, Россия, УНП ООН 2007-62с.
3. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2009-2010 годах. Статистический сборник //Материалы подготовлены под руководством Кошкиной Е.А.-М., 2011.-145с.
4. Приказ Минздравсоцразвития России № 597н от 19 августа 2009 г. «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака».
5. Роджерс К.П. Эмпатия //Психология эмоций.Тесты/ Под.ред. В.К.Вилюнаса, Ю.Б.Гиппенрейтер. М.: МГУ,1984.-с.235-237.
6. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Мотивационная работа с лицами, употребляющими наркотики и зависимыми от них //Руководство по наркологии/ Под ред. Н.Н.Иванца. -2-е изд., испр, доп. и расш.- М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008 - с.765-782.
7. Ялтонский В.М., Сирота Н.А. Мотивационное консультирование лиц, употребляющих наркотики. Практическое пособие для медицинских и социальных работников. Челябинск, 2004-64с.
8. Формирование мотивации на изменение поведения, вызванного злоупотреблением алкоголем и другими психоактивными веществами. Методические рекомендации. М. -2013 – 18с.
9. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 декабря 2015 г. 1034н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с

психическими расстройствами и(или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ».

10. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 3 февраля 2015 г. N 36ан "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения".

