

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

\_\_\_\_\_ Д.Л.Пиневич

« 4 » \_\_\_\_\_ 2015 г.

Регистрационный номер № 078-0915



МЕТОД ПСИХОТЕРАПИИ ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЬ С  
ВРЕДНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ

ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический  
центр психического здоровья»

АВТОРЫ:

к.м.н. Осипчик С.И., к.м.н., доцент Кралько А.А.

Минск, 2015

В настоящей инструкции по применению (далее – инструкция) изложен метод психотерапии лиц, употребляющих алкоголь с вредными последствиями (далее – метод), использование которого позволяет снизить негативные медицинские и социальные последствия пьянства и алкоголизма и риск развития синдрома зависимости от алкоголя у лиц, употребляющих алкоголь с вредными последствиями.

Инструкция предназначена для врачей-психиатров-наркологов, врачей-психотерапевтов, врачей специалистов первичного звена.

### **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

употребление алкоголя с вредными последствиями (F 10.1);

употребление алкоголя как проблема, связанная с образом жизни (Z72.1).

### **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ**

синдром зависимости от алкоголя (F10.2);

алкогольный психоз (состояние отмены алкоголя с делирием (F10.4) или психотическое расстройство, вызванное употреблением алкоголя (F10.4);

психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других психоактивных веществ, кроме никотина (F11-F16, F18-F19);

психическое расстройство (заболевание), требующее диспансерного наблюдения у врача-психиатра-нарколога в настоящее время (рубрики F0, F2, F3, F7 Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) или в личном анамнезе (Z86.5).

Не являются противопоказаниями:

психическое расстройство (заболевание), не требующее диспансерного наблюдения у врача-психиатра-нарколога в настоящее

время (рубрики F4, F5, F6, F7 МКБ-10) или в личном анамнезе (Z86.5);

самоповреждение (попытка самоубийства) в личном анамнезе (Z91.5);

отдельные признаки алкогольной зависимости без выполнения критериев синдрома зависимости от алкоголя (F10.2).

### **ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ И МАТЕРИАЛОВ**

Бумажные бланки с тестом AUDIT для самостоятельного заполнения, персональный компьютер, мультимедийная установка (проектор и экран), презентации об употреблении алкоголя и его последствиях.

### **СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ МЕТОДА**

Метод включает шесть этапов, которые в совокупности представляют собой технологию психосоциального сопровождения пациента, употребляющих алкоголь с вредными последствиями.

#### **Этап 1. Привлечение и прием пациента в программу**

На первом этапе проводится скрининг для уточнения выраженности проблем, связанных с употреблением алкоголя. Проведение скрининга проводится как в форме личной беседы с пациентом, либо в виде самостоятельного заполнения пациентом бланка тестового опросника. С точки зрения установления доверительного контакта в дальнейшем общении предпочтительнее форма личной беседы. Возможен вариант, при котором для пациента будет более психологически комфортно самостоятельно заполнить опросник, нежели отвечать на вопросы в личной беседе.

Перед началом скрининга следует поинтересоваться у пациента: «Вы не против, если мы немного поговорим о том, как Вы употребляете

алкоголь?» Если пациент не дает согласия, следует поинтересоваться причинами отказа, объяснить, что это важно с медицинской точки зрения. Если пациент все равно не дает согласия на беседу об употреблении алкоголя, не стоит оказывать на него давления, однако нужно вернуться к этому разговору при следующем удобном случае. Если процедуру скрининга проводит средний медицинский персонал или немедицинский персонал (психолог, социальный работник и т. д.), можно использовать авторитет лечащего врача, сославшись на важность для него сведений об употреблении алкоголя пациентом.

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 следующим образом:

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

Если по результатам скрининга пациент набрал более 8 баллов в тесте AUDIT, то ему рекомендуется принять участие в программе психосоциального сопровождения.

При первичном контакте с пациентом перед врачом-специалистом стоят следующие задачи:

- 1) определить, принадлежит ли пациент к целевой группе

программы психосоциального сопровождения;

2) предоставить полную информацию о программе психосоциального сопровождения.

Задача врача-специалиста - проинформировать обратившегося о характере предлагаемых ему профилактических вмешательств, о правилах поведения в программе и соблюдении конфиденциальности.

В случае если пациент не относится к целевой группе или по ряду причин не может участвовать в программе, ему оказывается консультативная помощь и предоставляется информация о других профилактических программах, в которых он может решить свои проблемы. Целесообразно иметь перечень профилактических программ в напечатанном виде (визитки, буклеты и т.п.) с указанием телефонов, а также телефона доверия.

Программа социального сопровождения включает:

1) формирование доверительных отношений. Программа строится на клиент-центрированном подходе, сложившиеся отношения между пациентом и врачом-специалистом, как правило, означают положительные изменения в ситуации пациента. Пациент должен почувствовать безопасность и убедиться в благожелательном отношении со стороны врача-специалиста;

2) мотивирование пациента на участие в программе психосоциального сопровождения. Важным элементом сопровождения является формирование у пациента приверженности к помощи - осознанного и прилежного участия пациента в помощи самому себе.

Первичный контакт может проводить медицинская сестра. Минимальными требованиями здесь являются: навыки консультирования (в том числе телефонного консультирования), знание проблем целевой группы, владение информацией об услугах, доступных в программе

социального сопровождения, и правилах предоставления услуг.

### **Этап 2. Оценка ситуации и потребностей пациента**

В ходе проведения оценки врач-специалист выявляет комплекс проблем, которые необходимо решить в процессе психосоциального сопровождения, и возможности их решения.

Для этого врачу-специалисту необходимо определить:

насколько адекватным является запрос, с которым пациент обратился за помощью;

насколько развиты у пациента навыки решения соответствующих проблем;

какой уровень мотивации пациента на участие в программе психосоциального сопровождения.

Проведение оценки - это структурированная беседа, в результате которой врачу-специалисту становится ясна картина жизни пациента в той ее части, которая связана с решением его проблем (реализацией запроса). Кроме того, задача консультанта - определить существующие риски для жизни и здоровья пациента и обсудить их.

Необходимо оценить ряд факторов, связанных с употреблением алкоголя: личную историю употребления алкоголя, вид употребляемого алкоголя, частоту и длительность употребления алкоголя.

Некоторые социальные факторы также способствуют вредному потреблению алкоголя (например, отсутствие жилья, постоянного заработка, плохое питание). Знание о наличии подобных факторов необходимо для выработки плана по улучшению жизненной ситуации и, как следствие, повышения возможностей для использования защитных факторов. Врач-специалист должен оценить следующие аспекты в жизни пациента: финансовое положение (источники дохода), наличие места для проживания, профессиональная деятельность (наличие работы),

источники эмоциональной поддержки, криминальная история (аресты, тюремное заключение), наличие и поддержание контакта с родственниками, друзьями, духовная поддержка.

Если пациент относится к целевой группе и просит оказать помощь в решении определенной проблемы, но при этом противится сбору данных (например, касающихся наркологического анамнеза), не следует настаивать на последнем. Следует предоставить ему всю необходимую информацию и предложить прийти, когда он почувствует, что готов включиться в программу психосоциального сопровождения.

Все запросы пациентов делятся на три основные группы:

1. Желание получить поддержку. Такие пациенты обращаются к специалисту в критические моменты своей жизни. Они находятся в состоянии эмоционального кризиса: напуганы, подавлены или, наоборот, агрессивны; поэтому они в первую очередь ищут защиту и поддержку.

Первоочередная задача при работе с пациентом, находящимся в кризисном состоянии, - вывести его из этого состояния. К проведению оценки можно приступать только после того, как человек становится доступным для общения, полноценной беседы.

2. Необходимость получения конкретной помощи или решения конкретной ситуации. Подобные запросы пациенты формулируют достаточно четко и не проявляют желания обсуждать что-либо, выходящее за рамки сформулированного. В данном случае провести оценку потребностей может оказаться затруднительным: пациент продолжает настаивать на своем, повторяет, что ему нужна совершенно определенная услуга, и рассуждать на другие темы он не желает (не может, не имеет возможности). Врачу-специалисту необходимо выяснить, соотносимы ли требования пациента с его реальными потребностями и с возможностями организации здравоохранения. Если запрос окажется

обоснованным, стоит начать работу именно с него. Но если удовлетворение запроса не представляется возможным (не рационально, бессмысленно, не своевременно), консультанту предстоит произвести его корректировку. Это можно сделать, предложив пациенту «порассуждать» на тему, что он собирается сделать и как может измениться его жизнь после получения требуемого. В ходе беседы пациент часто либо отказывается, либо меняет запрос.

3. Стремление изменить жизненную ситуацию. Такой запрос, как правило, является результатом самостоятельной внутренней работы, которую пациент проделал до обращения к врачу-специалисту по психосоциальному сопровождению. Работа с такими запросами носит долгосрочный характер и представляет собой реализацию долгосрочной стратегии, совместно вырабатываемой пациентом и специалистом. В данном случае проведение оценки служит средством, позволяющим произвести анализ ситуации, определить приоритеты и последовательность действий.

### **Этап 3. Разработка индивидуального плана**

Этот этап процесса психосоциального сопровождения, представляет собой разработку плана действий по предоставлению пациенту услуг, доступа к необходимым ресурсам и определение взаимных обязательств, которые берут на себя пациент и специалисты, предоставляющие ему услуги. План должен отвечать всем выявленным в процессе оценки нуждам пациента и его семьи. Этот этап является своеобразным мостом, соединяющим оценку с непосредственным предоставлением пациенту услуг, в которых он нуждается. Он также включает в себя выработку целей и задач, которые планируется выполнить в установленный промежуток времени, а также шагов, которые для этого необходимо предпринять, и ожидаемых результатов работы. Цель работы с пациентом



- обеспечение его качественно новым уровнем доступа к различным услугам, совершенствование координированной работы по его лечению, гарантии ответственности персонала службы. Средством формализации отношений между пациентом и консультантом является договор об участии пациента в программе.

Реализация основной программы сопровождения осуществляется с момента заключения между пациентом и организацией здравоохранения договора об участии в программе, который обеспечивает построение отношений в процессе сопровождения на основе соблюдения требований обеих сторон. Перед заключением договора важно дать пациенту возможность почувствовать атмосферу и требования, предъявляемые в программе.

Перед заключением договора важно:

разъяснить пациенту суть контракта;

ознакомить с программой помощи, основными методами и направлениями работы;

объяснить, что именно пациенты берут на себя обязательства активно участвовать в программе и выполнять основные требования.

Если пациент высказывает несогласие с правилами сотрудничества или его запрос носит неадекватный характер, врач-специалист вправе отказать ему в сотрудничестве. При этом врач-специалист обязан объяснить причину своего отказа и предоставить пациенту информацию о других возможностях помощи.

В разработке индивидуального сервисного плана врач-специалист и пациент участвуют в равной степени. Это подталкивает пациента к принятию им решений и активному участию в процессе планирования и предоставления услуг. Врач специалист прежде всего отвечает за согласование плана с пациентом и, если необходимо, с членами его семьи.

Служебной обязанностью врача-специалиста является анализ потребностей пациента и поиск возможных вариантов их удовлетворения.

Индивидуальный план должен базироваться на информации, собранной во время оценки, и содержать:

описание потребностей пациента, систематизированных по степени их приоритетности;

определение специфических, фиксированных по времени достижения шагов;

информацию о разделении ответственности между участниками;

описание усилий, направленных на координацию процесса предоставления услуг;

описание ожидаемых результатов;

информацию о мероприятиях по контролю за использованием услуг;

информацию по вновь появившимся потребностям, вносимым изменениям и оценке.

Структура индивидуального плана:

имя пациента и идентификационный номер;

выявленные потребности;

дата, когда была идентифицирована потребность;

план выполнения мероприятия;

ответственный сотрудник;

дата завершения этапа психосоциального сопровождения и его результат.

#### **Этап 4. Процесс сопровождения**

Выполнение плана работы с пациентом и различные координирующие действия являются обязанностью врача-специалиста по психосоциальному сопровождению и начинаются сразу же после того, как был составлен план работы с пациентом. Если план работы недостаточно

соответствует нуждам пациента, членов его семьи, лиц, имеющих к нему непосредственное отношение и т.д., он может быть изменен. Все действия по изменению плана должны быть согласованы с пациентом, одобрены им и зафиксированы в карте.

По мере возможности следует предоставлять пациентам выбор относительно доступных и квалифицированных лиц (организаций), предоставляющих услуги социального сопровождения. Консультанты должны обсуждать с пациентом преимущества и недостатки каждого возможного варианта, а также, при желании пациента помогать ему в выборе конкретного лица (организации), к которому (в которую) он мог бы обратиться за помощью.

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

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

У многих пациентов отмечается недостаток уверенности в своей

способности измениться, поэтому важно задавать вопросы таким образом, чтобы предоставить им возможность самим озвучить перемены, которые они когда-либо производили в своей жизни, – это усиливает их ощущение собственной значимости и способности к изменениям.

Ниже приведены примеры отдельных высказываний врача-специалиста во время проведения 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 это не особенно Вас беспокоит... Вы говорите, Вас пугает эта цифра... Как давно Вы столько пьете?*

*Вы говорите, жена собирается бросить Вас, если Вы не прекратите пить. Что вы чувствуете/думаете по этому поводу?*

*Что Вам нравится в выпивке?*

*Вы говорите, Вы не хотите обсуждать это... Я понимаю, как Вам, должно быть, тяжело об этом говорить... Понимаете, для меня важно это знать.*

*Может быть, позже мы вернемся к этому, а пока, позвольте, я спрошу кое-что другое.*

*Таким образом, если бы Вы прекратили пить, то, возможно, проблем стало бы меньше.*

*С одной стороны, есть причины подумать о переменах, однако с другой – Вы сомневаетесь, настолько ли все плохо.*

*Поправьте меня, если я ошибаюсь.*

*Случалось ли Вам когда-либо сократить или полностью прекратить выпивки? Как это происходило? Как долго это продолжалось? Вам это понравилось? Из-за чего Вы снова стали выпивать?*

*На самом деле, Ваш вопрос не может быть адресован мне. Ведь дело в том, чего хотите Вы сами.*

*И что Вы думаете делать дальше? Вы говорите, Вы не уверены.*

*Может быть, Вы не согласны с тем, что я говорю?*

*Нет, в мои намерения совершенно не входит указывать Вам, что делать. Это исключительно Ваш выбор. Я здесь с единственной целью помочь Вам. Решение исключительно за Вами.*

*Для того чтобы принять правильное решение, Вам стоит знать некоторые факты об алкоголе. Вы не против, если я Вам кое-что расскажу?*

*Вы говорите, что хотели бы сократить употребление алкоголя – какое количество было бы правильным для Вас?*

*Что Вам требуется, чтобы сделать это?.. и т. д.*

*Далее пациента необходимо ознакомить с универсальными стратегиями, облегчающими контроль над употреблением алкоголя.*

#### **Этап 5. Координация услуг и контроль качества**

*Одним из ключевых элементов программы психосоциального сопровождения является отлаженная система направления пациента в службы, специализирующиеся на решении индивидуальных проблем и потребностей, что, в конечном счете, приводит к изменению рискованного поведения. Такие службы могут включать медицинскую и психологическую помощь, наркологическое лечение, лечение ИПШП, социальные услуги.*

Для отслеживания прогресса в жизни пациента и внесения поправок в его индивидуальный план в связи с изменяющимися потребностями специалисту следует регулярно проводить с ним встречи. В некоторых ситуациях консультант может посещать место проживания пациента, чтобы получить представление об условиях проживания и той поддержке, которая существует со стороны близких и друзей.

Самая сложная проблема в психосоциальном сопровождении — удержание пациента в программе. По мере решения «мешающих» ему жить проблем потребность в услугах по психосоциальному сопровождению может терять свою остроту. У человека складывается впечатление, что «все разрешилось» и находиться в программе больше незачем.

В этой ситуации в первую очередь необходимо внимательно изучить причины данного решения. Если оно вызвано убеждением, что помощь в решении проблем уже оказана, человек удовлетворен и дальше способен справляться самостоятельно, это следует воспринимать, как нормальный итог психосоциального сопровождения. Но если пациент покидает программу в силу иных обстоятельств, требуется дополнительный анализ ситуации, и в каждом случае необходим индивидуальный подход.

#### **Этап 6. Выход из программы**

При составлении индивидуального плана профилактики врач-специалист и пациент определяют, в течение какого времени план будет выполнен. Этот срок зависит от личностных особенностей пациента, потребностей, поставленных в индивидуальном плане задач и мероприятий, проводимых в рамках психосоциального сопровождения.

Психосоциальное сопровождение — профилактическая программа, ограниченная во времени (от двух месяцев до года) и призванная помочь решению определяемых в ходе оценки и планирования реально

достижимых поведенческих задач посредством консультаций, направления в другие службы и мониторинга хода работы с пациентом. Врач-специалист не предназначен быть заменой комплексной социальной или психологической помощи. После того как пациент решит поведенческие задачи, поставленные в индивидуальном плане профилактики, совместно принимается решение о том, готов ли он завершить свое участие в программе. В момент выхода пациента из программы необходимо предусмотреть доступность для него ресурсов и услуг профилактических программ в дальнейшем.

#### **ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ОШИБОК ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МЕТОДА И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ**

При применении метода важно соблюдать принцип добровольного информированного согласия. При принудительном применении метода возможен обратный эффект.

У некоторых пациентов может наблюдаться страх наказания (постановка на учет к врачу-психиатру-наркологу и т.п.), который приводит к неискренности, психологической закрытости пациента, недостоверности анкетирования. Необходимо напоминать о сохранении полной конфиденциальности и неразглашении любой информации. Появление психологической защиты у пациента является знаком для консультанта, что ему нужно изменить стиль ведения разговора, темп влияния на мотивацию к изменению, постараться лучше понять проблемы, повторно оценить стадию изменения поведения, на которой находится пациент.

Следует акцентировать, что в программу принимаются только те, кто не имеет алкогольной зависимости, и что само по себе употребление алкоголя не является социально опасным.

## Тест AUDIT

**Инструкция:** в данном тесте Вам будут заданы вопросы об употреблении алкоголя за последний год. Отметьте крестиком: **x** одну из клеточек, которая лучше всего описывает Ваш ответ на каждый вопрос.

**Запомните, что ОДНА СТАНДАРТНАЯ ДОЗА АЛКОГОЛЯ - это:**  
**30 мл 40% водки (2/3 рюмки) или 50 мл 25% ликера (1 рюмка), или 70 мл 18% крепленого вина (1/2 бокала), или 100 мл 12% сухого вина (2/3 бокала), или 250 мл 5% пива (1/2 бутылки), или 330 мл 3,5% пива (1 жестяная банка 0,33 л).**

Вопросы	0	1	2	3	4
1. Как часто Вы употребляете спиртные напитки?	Никогда	1 раз в месяц или реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 раза в неделю или чаще
2. Сколько стандартных доз алкоголя Вы выпиваете в типичный день выпивки?	0 или 2 дозы	3 или 4 дозы	5 или 6 Доз	7 или 9 доз	10 и более доз
3. Как часто Вы выпиваете 6 или более стандартных доз алкоголя в течение одного дня?	Никогда	Реже, чем раз в месяц	Раз в месяц	Раз в неделю	Ежедневно или почти ежедневно
4. Как часто за последний год Вы находили, что не способны остановиться, начав пить?	Никогда	Реже, чем раз в месяц	Раз в месяц	Раз в неделю	Ежедневно или почти ежедневно
5. Как часто за последний год из-за выпивки Вы не смогли сделать то, что от Вас ожидали (какие-то Ваши обычные дела и обязанности)?	Никогда	Реже, чем раз в месяц	Раз в месяц	Раз в неделю	Ежедневно или почти ежедневно
6. Как часто за последний год Вам необходимо было выпить утром, чтобы	Никогда	Реже, чем раз в	Раз в месяц	Раз в неделю	Ежедневно или почти



прийти в себя после предшествующей тяжелой выпивки (опохмелиться)?		месяц			ежедневн о
7. Как часто за последний год у Вас было чувство вины и (или) раскаяния после выпивки?	Никогд а	Реже, чем раз в месяц	Раз в месяц	Раз в недел ю	Ежедневн о или почти ежедневн о
8. Как часто за последний год Вы были не способны вспомнить то, что было накануне, из-за того, что Вы выпили?	Никогд а	Реже, чем раз в месяц	Раз в месяц	Раз в недел ю	Ежедневн о или почти ежедневн о
9. Были ли у Вас или кого-либо другого телесные повреждения из-за Вашей выпивки?	Нет		Да, но не в течение последне го года		Да, в течение последне го года
10. Был ли Ваш родственник, друг, врач или другой медицинский работник обеспокоен Вашими выпивками или предлагал Вам выпивать меньше?	Нет		Да, но не в течение последне го года		Да, в течение последне го года

**Оценка:** в первой строке таблицы указаны баллы за каждый ответ; начисленные баллы суммируются. Пороговый уровень рискованного употребления алкоголя составляет 8 баллов.