



Серия  
«Библиотека ФГБУ «НМИЦ ПМ»  
Минздрава России»

**ПОВЫШЕНИЕ МОТИВАЦИИ К ОТКАЗУ ОТ  
УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ В ХОДЕ  
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ  
ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ  
МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ  
ЖЕНЩИНАМ ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА**

*Методические рекомендации*




МОСКВА  
2019

**Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Национальный медицинский исследовательский центр  
профилактической медицины»**

**«УТВЕРЖДАЮ»**

Главный внештатный специалист по терапии  
и общей врачебной практике Минздрава России,  
директор ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России,  
член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор

 О.М. Драпкина

«22» октября 2019 г.

**ПОВЫШЕНИЕ МОТИВАЦИИ  
К ОТКАЗУ ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ  
В ХОДЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО  
КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ  
ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ  
МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ  
ЖЕНЩИНАМ ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА**

**Методические рекомендации**

Москва  
2019

**Авторы:**

**О.М. Драпкина, Б.Э. Горный, А.М. Калинина, А.С. Бунова, Р.Н. Шепель**

Повышение мотивации к отказу от употребления алкоголя в ходе профилактического консультирования при оказании первичной медико-санитарной помощи женщинам детородного возраста / О.М. Драпкина, Б.Э. Горный, А.М. Калинина, А.С. Бунова, Р.Н. Шепель. – Воронеж: ООО «Канцтовары», 2019 – 28 с.  
ISBN 978-5-6043603-7-8

В данном руководстве обсуждаются основные аспекты риска, связанного с употреблением алкоголя женщинами детородного возраста, приведены важные определения, вводящие читателя в проблему. Кроме того, специалисты могут ознакомиться с информацией о способах выявления риска пагубного потребления алкоголя среди населения, об организации скрининга, а также принципах и алгоритмах профилактического консультирования. Благодаря универсальности изложенных в руководстве методов, доступности изложения, многочисленным примерам, пособие может использоваться не только в работе с женщинами, но и с другими категориями пациентов, а также при консультировании по поводу таких факторов риска, как курение и избыточная масса тела.

Методические рекомендации предназначены для врачей кабинетов (отделений) медицинской профилактики, центров здоровья, центров медицинской профилактики, участковых врачей-терапевтов, врачей общей практики (семейных врачей), акушеров-гинекологов, фельдшеров ФАПов, а также для специалистов центров медицинской профилактики, образовательных учреждений, проводящих подготовку медицинских работников в рамках последипломного тематического усовершенствования по актуальным вопросам профилактики хронических неинфекционных заболеваний и коррекции поведенческих факторов риска.

Методические рекомендации «Повышение мотивации к отказу от употребления алкоголя в ходе профилактического консультирования при оказании первичной медико-санитарной помощи женщинам детородного возраста» утверждены на заседании ученого совета ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России (Протокол № 11 от 22 октября 2019 г.).

**Рецензент:** Куняева Т.А. – доцент кафедры амбулаторно-поликлинической терапии с курсом общественного здоровья и организации здравоохранения ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева», заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ РМ «МРЦКБ».

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение .....	6
Почему женщины более чувствительны к воздействию алкоголя? .....	7
Основные понятия (гlossарий) .....	8
Основные принципы скрининга и профилактического консультирования .....	10
Инструменты универсального и целевого скрининга.....	10
Профилактическое консультирование .....	13
Направление лиц с возможной алкогольной зависимостью .....	19
Приложение 1 .....	21
Приложение 2.....	22
Приложение 3.....	23
Приложение 4.....	24
Приложение 5.....	25
Литература .....	26

## АННОТАЦИЯ

В данном руководстве обсуждаются основные аспекты риска, связанного с употреблением алкоголя женщинами детородного возраста, приведены важные определения, вводящие читателя в проблему. Кроме того, специалисты могут ознакомиться с информацией о способах выявления риска пагубного потребления алкоголя среди населения, об организации скрининга, а также принципах и алгоритмах профилактического консультирования. Благодаря универсальности изложенных в руководстве методов, доступности изложения, многочисленным примерам, пособие может использоваться не только в работе с женщинами, но и с другими категориями пациентов, а также при консультировании по поводу таких факторов риска, как курение и избыточная масса тела.

Методические рекомендации предназначены для врачей кабинетов (отделений) медицинской профилактики, центров здоровья, центров медицинской профилактики, участковых врачей-терапевтов, врачей общей практики (семейных врачей), акушеров-гинекологов, фельдшеров ФАПов, а также для специалистов центров медицинской профилактики, образовательных учреждений, проводящих подготовку медицинских работников в рамках последипломного тематического усовершенствования по актуальным вопросам профилактики хронических неинфекционных заболеваний и коррекции поведенческих факторов риска.

### *Рабочая группа по подготовке текста методических рекомендаций*

**Председатель:** О.М. Драпкина.

**Авторский коллектив:** О.М. Драпкина, Б.Э. Горный, А.М. Калинина, А.С. Бунова, Р.Н. Шепель.

**Рецензент:** Куняева Т.А. – доцент кафедры амбулаторно-поликлинической терапии с курсом общественного здоровья и организации здравоохранения ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева», заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ РМ «МРЦКБ».

**Образец для цитирования:** Повышение мотивации к отказу от употребления алкоголя в ходе профилактического консультирования при оказании первичной медико-санитарной помощи женщинам детородного возраста / О.М. Драпкина, Б.Э. Горный, А.М. Калинина, А.С. Бунова, Р.Н. Шепель. – Воронеж: ООО «Канцтовары», 2019 – 28 с.

## **ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ**

ВОЗ – всемирная организация здравоохранения

МКБ-10 – международная классификация болезней 10-го пересмотра

ПК – профилактическое консультирование

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

СПК – скрининг и профилактическое консультирование

ФАП – фельдшерско-акушерский пункт

ФАС – фетальный алкогольный синдром

ХНИЗ – хронические неинфекционные заболевания

FASD – fetal alcohol spectrum disorder

OARS – open ended questions (affirmations, reflections, summaries)

SBIRT – screening brief intervention and referral treatment

## **ВВЕДЕНИЕ**

Вред, связанный с употреблением алкоголя, относится к числу наиболее важных проблем общества, рассматриваемых в ряду проблем национальной безопасности. Особые задачи в этой связи стоят перед системой здравоохранения России.

Несмотря на то, что по данным Росстата последние 5-8 лет в стране снижается употребление алкогольных напитков и регистрируется снижение уровней заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами, а также смертности от заболеваний, обусловленных алкоголем, чрезмерное употребление спиртных напитков, по-прежнему, относится к числу ведущих факторов риска нарушений здоровья. Одной из важнейших социальных проблем во многих обществах, в том числе и российском, является увеличение потребления алкоголя женщинами, особенно молодыми.

По данным опроса Росстата о поведенческих факторах риска в 2013 году 40,7% женщин употребляли алкоголь в течение последних 30 дней, а 20,5% указывали на случаи чрезмерного употребления алкоголя (5 и более стандартных порций алкоголя подряд). Такая модель употребления алкоголя приводит к выраженному опьянению и повышению риска отравления, травмы, инфекций, передаваемых половым путем, беременности и т.д.

Особенности женского организма делают его более подверженным неблагоприятному действию алкоголя, приводя к различным заболеваниям, в том числе и к раку, а также к быстрому формированию алкогольной зависимости.

Употребление женщиной алкоголя во время беременности повышает риск развития фетального алкогольного синдрома (ФАС). Многочисленные исследования показывают, что существует связь между количеством алкоголя и его тератогенным воздействием на плод и ребенка. Результаты исследований свидетельствуют о наличии связи между количеством потребляемого женщиной во время беременности алкоголя и ФАС. Частое употребление в больших дозах приводит к тяжелым нарушениям, но и употребление алкоголя в малых дозах ведет к поведенческим и когнитивным проблемам у детей. В мире распространенность ФАС составляет 0,2-2,0 на 1000 живорожденных детей. В странах с низким социально-экономическим уровнем распространенность синдрома составляет 3,0-5,0 на 1000 живорожденных детей.

Поэтому раннее выявление женщин с вредным употреблением алкоголя и мотивирование их на сокращение потребления или отказ от спиртного в ходе профилактического консультирования является наиболее эффективным методом профилактики хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) и ФАС. Сотрудники организаций первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), включая акушеров-гинекологов, являются ключевым звеном для выявления женщин, употребляющих алкоголь с риском вредных последствий или с вредными последствиями, и оказания им соответствующей помощи. Они также могут сыграть важную роль в направлении женщин с алкогольной зависимостью на лечение. Поскольку пациенты доверяют информации, полученной от специалиста, рекомендации относительно употребления алкоголя, которые даются в рамках профилактической консультации или лечения, скорее всего, будут восприняты ими серьезно. К тому же, организации первичного звена здравоохранения идеально подходят для длительного наблюдения за пациентами.

## **ПОЧЕМУ ЖЕНЩИНЫ БОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫ К ВОЗДЕЙСТВИЮ АЛКОГОЛЯ?**

Несколько биологических факторов делают женщин более уязвимыми к воздействию алкоголя, чем мужчин.

**Жировая ткань.** Женщины обычно весят меньше, чем мужчины, и в женском теле содержится меньше воды и больше жировой ткани, чем в мужском. В жировой ткани алкоголь остается в более высоких концентрациях, влияя на мозг и другие органы в течение более длительного периода времени.

**Ферменты.** Женщины имеют более низкие уровни ферментов, отвечающих на метаболизм алкоголя – алкогольдегидрогеназы и альдегиддегидрогеназы. В результате чего содержание алкоголя в крови не уменьшается в течение длительного времени.

**Гормоны.** Изменение уровня гормонов во время менструального цикла могут также влиять на метаболизм алкоголя.

Алкоголь влияет на женщин иначе, чем на мужчин, как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе. Кроме того, существует ряд рисков, с которыми сталкиваются женщины из-за употребления алкоголя:

- женщины, злоупотребляющие алкоголем, чаще становятся жертвами сексуального или физического насилия;
- женщины, употребляющие алкоголь, подвергаются более высокому риску развития рака молочной железы; риск возрастает у тех женщин, у которых есть данное заболевание в семейном анамнезе или тех, которые находятся в постменопаузе;
- злоупотребление алкоголем также может увеличить риск развития рака ротоглотки и органов пищеварения;
- женщины чаще страдают от поражения печени, чем мужчины, включая цирроз; женщины также чаще умирают от цирроза, чем мужчины;
- женщины, злоупотребляющие алкоголем, подвергаются более высокому риску развития сердечных заболеваний, чем мужчины.

### **Факторы, повышающие риск злоупотребления алкоголем у женщин:**

- наличие семейного анамнеза алкогольных проблем;
- физическое или сексуальное насилие в детском возрасте и во взрослой жизни;
- злоупотребление алкоголем в семье;
- наличие партнера, злоупотребляющего алкоголем;
- одиночество;
- психологические трудности в отношениях;
- давление со стороны сверстников, особенно в подростковом возрасте;
- проблемы со здоровьем (тревожность или депрессия).



## ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ (ГЛОССАРИЙ)

При обсуждении проблем, связанных с употреблением алкоголя, следует оперировать следующими терминами:

**Опасное** (также известное как «рискованное» или «увеличивающее риск») употребление алкоголя – это уровень потребления алкоголя или модель употребления алкоголя, которые увеличивают риск причинения вреда.

В некоторых обстоятельствах любое потребление может быть опасным. Появляются все новые доказательства этому, но очевидно, что любое потребление алкоголя увеличивает риск развития рака, и что риски, связанные с употреблением алкоголя, вероятно, перевешивают любые преимущества (если они существуют) при употреблении более одной стандартной порции алкоголя в день.

**Вредное** употребление алкоголя (также известное как употребление алкоголя «с повышенным риском») представляет собой модель употребления алкоголя, которая приводит к причинению вреда здоровью (физического или психического; иногда сюда относят и социальные последствия). В отличие от опасного (или рискованного) употребления алкоголя, смысл вредного употребления алкоголя заключается в том, что пьющему человеку уже причинен какой-либо вред (осознает он его или нет). Нет определенного уровня потребления, при котором здоровью обязательно будет нанесен ущерб.

### Низкий риск:

Здоровые женщины:

- не больше 2 стандартных порций в день И НЕ БОЛЕЕ ЧЕМ
- 10 стандартных порций в неделю

### Опасное употребление:

Увеличивается риск вредных последствий.

### Вредное употребление:

Вредные последствия уже произошли.

**Binge drinking** («биндж дринкинг» в русском языке нет аналогичного термина) может быть определен как эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах, что приводит к алкогольному опьянению или потере контроля. Это употребление женщинами четырех стандартных порций алкоголя в течение 2-3 часов.

**Синдром алкогольной зависимости (F10.2)** включает сочетание поведенческих, когнитивных и физиологических признаков, развивающихся после многократного применения алкоголя. Диагноз зависимости

может быть поставлен при наличии 3-х или более следующих признаков на протяжении 1 месяца в течение последнего года. К ним относится, во-первых, сильная, непреодолимая потребность («тяги») или необходимость принять спиртное. Во-вторых, нарушение способности контролировать прием алкоголя (начало и окончание выпивки или количество) («нет тормозов»). О нарушении контроля также свидетельствуют прием большого количества спиртного в течение длительного времени (запой) и наличие желания или неудачных попыток сокращения или контроля выпивок («пробовал бросить пить и срывался»).

Третьим признаком является развитие состояния отмены (абстинентный синдром) при прекращении или уменьшении приема алкоголя. При синдроме отмены алкоголя могут наблюдаться желание употребить алкоголь, тремор рук, век или языка, потливость, тошнота или рвота, тахикардия или гипертензия, возбуждение, головная боль, бессонница, недомогание или слабость, галлюцинации, судороги, сниженное настроение и раздражительность. При этом человек осознает, что прием алкоголя («опохмеление»)

облегчает или предотвращает эти нарушения. Именно тяжесть состояний отмены заставляет многих людей обращаться к врачам-интернистам с просьбами «почистить кровь или подлечить сердце, давление, нервы и т.д.».

Толерантность к алкоголю проявляется в постепенном увеличении количества алкоголя, необходимого для опьянения («от бутылки водки уже не пьянею»). Кроме того, человека, зависимого от алкоголя, характеризует нарастающее забвение других интересов, и увеличение времени, связанного с употреблением спиртного. Наконец, еще один признак – это продолжение выпивок, несмотря на их очевидный вред для здоровья. Последнее часто связано с *анозогнозией* – нарушением осознания пьющим человеком последствий употребления алкоголя из-за присутствия у него психологической защиты: «я не алкоголик», «у меня нет проблем с выпивкой», «хочу – пью, хочу – не пью», «люди пьют даже больше меня».

Поскольку употребление алкоголя может наносить вред здоровью, не приводя к зависимости, в номенклатуру МКБ-10 внесено понятие **«употребление с вредными последствиями» (F10.1)**. К данной категории относятся медицинские или связанные с ними типы вредных последствий. Употребление с вредными последствиями определяется как состояние, когда употребление алкоголя уже причиняет вред здоровью. Данный вред может относиться к физическому здоровью (например, заболевания печени, связанные с хроническим потреблением алкоголя) или психическому здоровью (например, эпизоды депрессии, вызванные употреблением алкоголя).

**Стандартная порция алкоголя.** В большинстве стран Европы одна стандартная единица (порция) алкоголя равна 10 г абсолютного этанола. Одна порция алкоголя содержится в 250-330 мл пива 5% крепости; в 100-125 мл сухого вина (11-12,5%); в 70 мл крепленого вина (18%) и в 30 мл крепких напитков (40%). Для расчета количества этанола в граммах в алкогольном напитке необходимо умножить объем напитка на его крепость и на переводной коэффициент 0,79 (в каждом миллилитре содержится 0,79 г чистого этанола). Кроме этого, существуют специальные таблицы (Приложение 1), которые позволяют легко рассчитать количество стандартных порций, содержащихся в том или ином алкогольном напитке.

**Фетальный алкогольный синдром (ФАС)** является крайней степенью проявления фетальных расстройств алкогольного спектра – FASD (fetal alcohol spectrum disorder). FASD – многокомпонентный термин, описывающий диапазон последствий (физические, умственные и поведенческие ограничения), возникающих при употреблении алкоголя в течение беременности. Дети, рожденные от матерей, употребляющих алкоголь, чаще рождаются с признаками задержки внутриутробного развития. В постнатальном периоде определяются отставание в физическом развитии, неврологические расстройства, нарушения когнитивной функции. Широкий спектр лицевых дисморфий при ФАС включает: узкий лоб, короткие глазные щели, эпикант, птоз, гипоплазию средней трети лица, короткий нос, длинный и сглаженный фильтр, тонкую верхнюю губу, гипоплазию верхней челюсти.

Среди врожденных пороков развития, сопровождающих ФАС, наиболее характерными являются поражения центральной нервной системы, сердца, почек. В зависимости от дозы алкоголя, срока беременности, индивидуальной чувствительности эмбриона, возникают различные комбинации перечисленных выше пороков развития. Ежегодно количество детей с ФАС увеличивается, но степень их адаптации остается на низком уровне, что влияет на качество жизни, способствует инвалидизации и смертности.

## ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ СКРИНИНГА И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

### ИНСТРУМЕНТЫ УНИВЕРСАЛЬНОГО И ЦЕЛЕВОГО СКРИНИНГА

Для раннего выявления проблемных потребителей алкоголя и предоставление им помощи, соответствующей уровню потребления, в начале 90-х годов была разработана технология **SBIRT (Screening Brief Intervention and Referral Treatment)** – технология общественного здравоохранения, используемая для идентификации, уменьшения и предотвращения проблемного употребления алкоголя и других психоактивных веществ. В нашей стране эта технология получила название **скрининг и профилактическое консультирование (СПК)**.

Скрининг является первым шагом в процессе СПК. Скрининг обеспечивает простой способ выявления тех пациентов, у которых употребление алкоголя представляет риск для здоровья, а также лиц, уже имеющих проблемы, вызванные употреблением алкоголя, включая зависимость. Скрининг имеет и другие преимущества. При его помощи медицинские работники могут получить информацию для разработки плана консультации, а пациенты получают обратную связь, которая может использоваться для усиления их мотивации по изменению отношения к употреблению алкоголя. Различают универсальный и целевой скрининг.

Универсальный скрининг можно проводить ежегодно при первом посещении медицинской организации с любой целью. Всех женщин, которые пришли на прием к врачу, необходимо спросить об употреблении ими алкоголя. Эти вопросы можно задавать во время посещения женщинами медицинской организации по поводу профилактического осмотра (диспансеризации); острых заболеваний, в том числе инфекций, передающихся половым путем; хронических заболеваний, таких как гипертония, ишемическая болезнь сердца; различных жалоб, таких как головные боли, депрессия, тревога, расстройства сна.

Опрос можно проводить с помощью анкеты, заполняемой самим пациентом, либо с помощью интервью. Если эти вопросы задаются в виде интервью, необходимо использовать прямой, не осуждающий стиль. Большинство пациентов будут отвечать правдиво, если они доверяют своему врачу. Менее вероятно, что правдиво будут отвечать люди, которые активно употребляют большие количества алкоголя и наркотиков, а также зависимые от алкоголя, страдающие психическими заболеваниями и те, кто боится последствий сообщения об употреблении ими алкоголя.

#### Уровни скрининга

##### **Универсальный:**

Предназначен для всех взрослых пациентов. Исключает пациентов с низким риском или отсутствием риска.

Может (должен) быть сделан на первичном лечебном или профилактическом приеме.

За положительным результатом универсального скрининга должен следовать полный скрининг.

##### **Целевой:**

Предназначен для специфических пациентов (наличие алкоголя в выдыхаемом воздухе, в крови, подозрение на соматические проблемы алкогольного генеза)

Предназначен для пациентов с положительным результатом универсального скрининга.

В качестве инструмента универсального скрининга используется вопросник **AUDIT-C (Alcohol Used Disorders Identification Test – Тест на выявление нарушений, вызванных употреблением алкоголя)** (Приложение 2), который включен в анкету диспансеризации.

**Интерпретация (оценка) теста AUDIT-C:** (возможное количество набранных баллов от 0 до 12).

- количество баллов 0 – отражает отсутствие употребления алкоголя;
- тест у женщины считается положительным, если набрано  $\geq 3$  баллов;
- как правило, чем больше баллов, тем больше вероятность того, что модель потребления алкоголя оказывает негативное влияние;
- если тест выявил положительный результат – необходим целевой скрининг, развернутое тестирование по 10-балльному вопроснику AUDIT (приложение 3), который пациент может заполнить самостоятельно или с помощью медработника.

При положительном результате универсального скрининга, пациентку необходимо направить в кабинет медицинской профилактики (центр здоровья) для проведения профилактической консультации.

#### **Рекомендуемые фразы для направления:**

**Обратитесь к пациентке по имени:** *«В анкете, которую Вы заполняли, были вопросы, касающиеся употребления алкоголя. Вы набрали (указываете конкретное число баллов, если оно  $\geq 3$ ), что, возможно, указывает на наличие риска для Вашего здоровья, так как по результатам научных исследований нижняя граница риска для женщин – 2 балла. Что Вы думаете по этому поводу?»*

Пациентка, скорее всего, выразит удивление (сомнение). При любом ответе вы продолжаете:

*«Я рекомендую Вам обратиться в кабинет медицинской профилактики / центр здоровья, где Вы можете подробно поговорить об этом с нашим специалистом.»*

Или

*«Итак, Вы завершили первый этап диспансеризации. Я бы хотел Вам дать несколько рекомендаций, относительно имеющихся у Вас факторов риска (если у пациентки отмечены другие факторы риска, говорите о них). Кроме того, пару слов об алкоголе. Те ответы, которые Вы дали, свидетельствуют о возможном риске употребления алкогольных напитков для Вашего здоровья, Вы набрали (указываете конкретное число баллов, если оно  $\geq 3$ ). По данным экспертов ВОЗ нижняя граница риска для женщин – 2 балла. Что Вы думаете по этому поводу?»*

Пациентка, скорее всего, выразит удивление (сомнение). При любом ответе вы продолжаете:

*«У нас есть специалист по факторам риска, который может Вас проконсультировать. Я рекомендую обратиться в наш кабинет медицинской профилактики (центр здоровья), где Вы можете получить более подробную информацию».*

#### **Начало разговора**

Независимо от того, как заполняется вопросник – самостоятельно или в ходе интервью, важно предварить процедуру скрининга словами, которые бы позволили получить искренние ответы, стать основой для дальнейшего сотрудничества между специалистом и пациентом. Начало такого разговора может быть таким: **«Я задам Вам несколько вопросов о потреблении Вами алкогольных напитков в течение прошедшего года. Поскольку потребление алкоголя может повлиять на многие аспекты Вашего здоровья (и изменять эффект определенных лекарств), нам необходимо знать, сколько алкоголя Вы обычно употребляете и испытывали ли Вы раньше проблемы, связанные с употреблением алкоголя. Постарайтесь ответить на все вопросы насколько возможно честно и точно».**

## Вопросник AUDIT

В тесте AUDIT 10 вопросов. При помощи первых трех пунктов оценивается количество и частота регулярного или периодического употребления алкоголя. В следующих трех вопросах выявляются возможные симптомы зависимости, а последние четыре вопроса касаются недавних проблем и проблем в прошлом, связанных с употреблением алкоголя.

После проведения скрининга следующим этапом является предоставление соответствующей помощи в зависимости от потребностей каждого пациента (таблица).

Данный подход основан на предположении, что более высокие балльные оценки теста AUDIT показывают большую степень риска. Однако конкретные точки отсчета не основаны на достаточном объеме научных исследований, чтобы по ним можно было определить нормативные показатели для групп или отдельных пациентов. Рекомендуется использовать анализ клинических данных для определения ситуаций, в которых общая балльная оценка теста AUDIT может не отражать полный уровень риска, например, если относительно низкие уровни употребления пациентом алкоголя маскируют признаки значимых вредных последствий или симптомы зависимости. Тем не менее, указанные правила могут послужить отправной точкой при определении соответствующего вида необходимой помощи. Если простые рекомендации оказались неэффективными для пациента, в дальнейшем следует использовать следующий уровень вмешательства для данного пациента.

Таблица

Уровень риска	Вид помощи	Балльная оценка в тесте AUDIT
Низкий риск	Информирование пациента о вредных последствиях употребления алкоголя	0-7
Умеренный риск	Простая рекомендация	8-15
Высокий риск	Простая рекомендация плюс краткая консультация и продолжение наблюдения	16-19
Риск возможной зависимости	Направление к специалисту для постановки диагноза и лечения	20-40

Оценки теста AUDIT менее 8 баллов указывают на употребление алкоголя с низким риском. Хотя в данном случае не требуется проведение консультации, многим необходимо дать разъяснения по поводу употребления алкоголя по нескольким причинам: для повышения уровня общего осознания рисков злоупотребления алкоголем в обществе, в качестве профилактической меры. Данная беседа может оказаться эффективной для тех пациентов, которые минимизировали степень своего употребления алкоголя, отвечая на вопросы теста AUDIT. Также эта мера может напомнить пациентам, имевшим проблемы, вызванные употреблением алкоголя, в прошлом, об опасностях возобновления употребления алкоголя с риском вредных последствий.

Умеренный риск встречается среди значительного процента пациентов во многих странах мира. Принадлежащие к данной группе лица употребляют алкоголь в количествах, превышающих установленные рекомендации. Хотя нормы употребления алкоголя могут отличаться в разных странах, эпидемиологические данные

свидетельствуют о том, что риск возникновения проблем, вызванных употреблением алкоголя, значительно возрастает, если уровень употребления алкоголя превышает 20 г чистого спирта в сутки, что соответствует приблизительно двум стандартным порциям во многих странах. Оценка теста AUDIT в диапазоне от 8 до 15 баллов обычно указывает на употребление алкоголя с риском вредных последствий, но эта зона может также включать пациентов с вредными последствиями и зависимостью.

Высокий риск касается пациентов, употребляющих алкоголь, который уже вызывает вредные последствия для человека, у которого также могут наблюдаться симптомы зависимости. Пациенты, относящиеся к данной зоне риска, могут получить простую рекомендацию в сочетании с краткой консультацией и продолжением наблюдения.

Оценки теста AUDIT от 16 до 19 баллов часто свидетельствуют об употреблении алкоголя с вредными последствиями или о зависимости, при которой рекомендуется более основательный подход к оказанию помощи.

Четвертый и самый высокий уровень риска, характеризуется оценками теста AUDIT более 20 баллов. Такие пациенты должны быть направлены к специалисту (если имеется) для диагностики и возможного лечения алкогольной зависимости. Однако медицинские работники должны иметь в виду, что зависимость варьируется по степени выраженности и может быть клинически значима даже при более низких балльных оценках теста AUDIT.

### **ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ**

Профилактическое консультирование (ПК) – это сочувственная, правильно построенная беседа с пациентом (разной продолжительности), основанная на фактических данных, цель которой – бесконфликтно мотивировать и побуждать задуматься об изменении поведения и/или планировать его.

Очень важно, чтобы ПК было основано на сочувственных, уважительных, позитивных отношениях с пациентом, и являлось бесконфликтным. Идея заключается в том, чтобы работать с собственными идеями, озабоченностью и мотивацией человека. Медицинские работники должны быть нацелены на разговор, который больше похож «на танец, а не на борьбу». Цель состоит в том, чтобы сотрудничать и работать с человеком, то есть «танцевать» с ним, а не «бороться», пытаясь заставить человека совершить изменения или сделать что-то, чего он не хочет делать.

Центральным аспектом профилактического консультирования является использование ключевых навыков мотивационного консультирования (известных как «OARS»), включающих **открытые вопросы**, требующие развернутого ответа (Open-ended questions), **поддерживающие утверждения** (Affirmations), **рефлексивное слушание** (Reflections) и **обобщения** (Summaries). Эти навыки используются для создания благоприятной и дружественной атмосферы, в которой человек чувствует себя достаточно комфортно, чтобы проанализировать и обсудить свое отношение к употреблению алкоголя.

**Открытые вопросы** – это вопросы, которые побуждают человека подумать перед тем, как ответить, и дать развернутый ответ, а не просто ответить «да» или «нет», и позволяют человеку говорить о проблемах со своей собственной точки зрения.

Примеры открытых вопросов:

*«Почему Вы думаете, что настало время для изменений?», «Что привело Вас сюда сегодня?»*

*«Что происходит, когда Вы употребляете алкоголь?»*

*«Чем это было для Вас?»*

*«Что изменилось, когда Вы отказались выпивать алкогольные напитки?»*

Обоснование: Открытые вопросы позволяют установить контакт, разговаривать пациента, получить максимум информации.

**Поддерживающие утверждения** – это заявления, которые используются для признания сильных сторон людей, успехов и усилий для изменения. Они помогают повысить уверенность людей в их способности к изменениям. Избегайте утверждений, которые звучат слишком заискивающе или неискренне (например, *«Ничего себе, это невероятно»* или *«Это здорово, я знал, что Вы можете это сделать!»*).

Примеры поддерживающих утверждений:

*«Вы продемонстрировали [вставляете необходимую черту пациента, например, силу, решительность, здравый смысл], делая это».*

*«Понятно, что Вы действительно пытаетесь изменить свое поведение».*

*«Несмотря на то, что Вы сорвались, Вы вернулись сегодня, обеспокоенные своим поведением».*

**Рефлексивное слушание** – это высказывания, в которых делается попытка понять смысл того, что было только что сказано пациентом, и в которых специалист должен проверить, так ли он понял пациента, и побудить его развивать свои мысли дальше.

Примеры рефлексивного слушания (перефразирования):

*«Другими словами, Вы считаете что...», «Правильно ли я Вас понял».*

*«Вы сказали, что Вы хотите измениться, и у Вас есть опасения по поводу Вашего поведения».*

*«Так, Вы имеете в виду, что Ваше поведение на самом деле не очень большая проблема сейчас».*

*«Как Вы думаете, что может измениться в будущем?»*

*«У меня такое чувство, что Вы сильно меняетесь, и Вы не уверены, что можете это сделать из-за трудностей, которые Вы испытывали, когда пытались в прошлом».*

Примеры рефлексивного слушания (отражение чувств):

*«Представляю, как Вам тяжело...»*

*«Вы чувствуете себя раздраженным, (обиженным, взволнованным и т.д.)»*

*«Я слышу разочарование в Вашем голосе, когда Вы говорили о прошлой попытке бросить пить»*

**Обобщение** – это подытоживание основных идей, чувств говорящего. Это воспроизведение слов партнера в сокращенном виде, краткое формулирование самого главного, подведение итога. Этот прием уместен при длительных беседах, при завершении разговора, при долгом обсуждении, при расхождении мнений, в случае

претензий, разногласий, когда необходимо решить какие-либо проблемы. *Обобщение – хороший способ закончить консультацию или перевести разговор на другую тему.*

#### Примеры обобщения:

*«Похоже, Вы обеспокоены тем, что продолжаете выпивать, потому что это так негативно отражается на Вас. Куда это может Вас привести?»*

*«С одной стороны, Вы чувствуете, что Вам нужно бросить пить, но, с другой стороны, это, вероятно, означает, что Вы будете меньше общаться с Вашими друзьями. Это не легкий выбор».*

*«Похоже, Вы начали признавать проблемы из-за алкоголя. И Ваши родные обеспокоены. Легко понять, почему Вы теперь готовы работать над этой проблемой».*

Профилактическое консультирование помогает индивидууму взять на себя личную ответственность за свои решения.

Крайне важно, чтобы специалисты не пытались подтолкнуть пациентов в определенном направлении, так как это, скорее всего, встретит сопротивление. Специалист должен занять нейтральную позицию и подчеркивать, что человек волен делать свой собственный выбор, поскольку высказывания, содержащие вызов, подразумевают, что пациент не имеет выбора. Специалистам следует побуждать индивидуума думать о том, чего хочет он сам.

#### Алгоритм профилактического консультирования

##### 1. Установление контакта

Представьтесь, узнайте имя пациента и как он предпочитает, чтобы к нему обращались.

Объясните вашу роль и просите разрешение на разговор по поводу факторов риска. Избегайте осуждения, понимайте позицию пациента и обстоятельства.

*Что привело Вас сегодня сюда?*

*Как эта проблема затронула Вашу повседневную жизнь?*

*Что, как Вам кажется, изменится в Вашей жизни через пять лет, начиная с сегодняшнего дня?*

*Куда, по-вашему, ведет тот путь, по которому Вы идете сегодня?*

*Какие пять вещей Вы цените больше всего в жизни?*

*Чем, как Вам кажется, я смогу Вам помочь?*

##### 2. Доводы «за» и «против»

Предоставление пациентам возможности оценить как положительные, так и отрицательные стороны их поведения, помогает им понять свою двойственность. Сравнивая преимущества («за») своего рискованного/проблемного/нездорового поведения и минусы («против») того, что они решают не менять свое поведение. Такое обсуждение помогает продвинуть пациентов в готовности к изменению их поведения.

*«Что положительного Вы видите в употреблении алкоголя?» [Пациент ответит]*

*«Хорошо, а что отрицательного в употреблении алкоголя?»*



Можно заполнить вместе с пациентом таблицу «Баланс принятия решений», а полученную информацию использовать на следующих этапах консультирования.

Выгоды	Издержки
I стремление к изменению поведения	
Буду лучше контролировать жизнь	Усилится стресс/ тревога
Поддержка семьи и друзей	Ощущение подавленности
Финансовые выгоды (прибыль)	Возрастет скука
Укрепление здоровья	Проблемы со сном
II нежелание изменять поведение	
Возможность расслабиться	Неодобрение семьи и друзей
Веселье на вечеринках	Финансовые проблемы
О моих проблемах не надо думать	Можно потерять работу
	Нарушение отношений с другими
	Здоровье станет хуже

### 3. Информирование и обратная связь. «Выявление – сообщение – выявление»

#### Выявление

Задачи	На практике
Попросить разрешение	<i>«Могу я рассказать Вам о результатах Вашего теста?» или «Хотели бы Вы узнать результаты теста, который вы заполнили?»</i>
Уточнить необходимость информации	<i>«Что Вам известно о влиянии алкоголя на здоровье?»</i>
	<i>«Чтобы Вы хотели знать о влиянии алкоголя на артериальное давление?»</i>

#### Функции выявления:

1. Когда вы спрашиваете разрешение у пациента на сообщение ему информации, это говорит об уважении. Это усиливает его готовность услышать то, что вы ему скажете.

2. Исследование уже имеющихся знаний помогает не повторять то, что человек уже знает и позволяет заполнить пробел в знаниях.

3. Осведомление о заинтересованности позволяет определить, что человек хотел бы узнать больше всего, и может существенно отличаться от того, что вы планировали сказать.

#### Сообщение

Задачи	На практике
Расставить приоритеты	Что человек больше всего хочет/должен узнать?
Говорить понятно	Избегайте профессионального жаргона
Поддерживать автономию	Сообщайте информацию небольшими порциями, давайте время задуматься

Не решать за пациента, как ему реагировать	Признайте свободу пациента не согласиться с вашей информацией или оставить ее без внимания
	Сообщайте информацию беспристрастно, не интерпретируя, какое значения это имеет для пациента

#### Сообщение

Задачи	На практике
Задавать вопросы об интерпретации проблемы пациентом, его понимании и реакции	<p><i>«Тест AUDIT оценивается в баллах от 0 до 40. Вы набрали 12 баллов, что свидетельствует о повышенном риске употребления алкоголя для Вашего здоровья сейчас или в будущем»</i></p> <p><i>«20-30% людей, которые отвечают на вопросы этого теста, набирают от 8 до 19 баллов и относятся к группе риска по уровню употребления алкоголя. И Вы входите в их число».</i></p>

Третий шаг – это перепроверка того, как человек понимает, интерпретирует и реагирует на сказанное вами.

#### Выявление

<p><i>«Можете что-нибудь сказать по этому поводу?»</i></p> <p><i>«Понятно ли я рассказываю?»</i></p> <p><i>«Вы кажетесь озадаченным».</i></p> <p><i>«Понятно ли это Вам?»</i></p> <p><i>«Что Вы еще хотели бы узнать?»</i></p> <p><i>«Что Вы думаете об этом?»</i></p> <p><i>«Это имеет какое-то отношение к Вашей ситуации?»</i></p> <p><i>«Интересно, что все это значит для Вас?»</i></p> <p><i>«Как я могу Вам это объяснить?»</i></p> <p><i>«Перескажите мне своими словами то, что я рассказал».</i></p> <p><i>«Как Вы думаете, что станет Вашим следующим шагом?»</i></p>
--

#### 4. Оценка готовности к изменениям

Оценка готовности к изменениям имеет решающее значение. Готовность не статична, она может меняться в динамике.

Люди находятся на разных уровнях мотивации. Если специалист знает, на какой стадии готовности находится пациент, он будет лучше подготовлен к работе с ним.

В зависимости от того, где человек находится на линейке готовности, разговор может иметь разные направления.



Пример использования линейки готовности:

Специалист: «На шкале от 0 до 10, где 0 – совсем не готов к изменению и 10 – абсолютно готов к изменениям, как бы Вы оценили свою готовность?» Пациент: «на 7».

Специалист: «А какой была Ваша готовность шесть месяцев назад?» Пациент: «2».

Специалист: «Похоже, Вы далеко ушли от неготовности изменить свое поведение и более готовы к изменению».

«Как Вы перешли от «2» 6 месяцев назад к «7»?»

«Как Вы относитесь к своему переходу от «2» к «7» за последние 6 месяцев?»

«Что потребуется, чтобы двигаться немного выше по шкале готовности?»

Пациенты с более низкой готовностью к изменению (например, ответы уменьшились с «5» в прошлом до «2» в настоящее время).

«Таким образом, похоже, что Вы отказались от намерений измениться».

С чем это связано?»

«Как Вы перешли от «5» к «2»?»

«Что, по-вашему, должно произойти, чтобы вернуться туда, где Вы были раньше?»

#### 5. Действия в зависимости от уровня готовности

**Низкая готовность (3 балла по шкале готовности).** Попытки обсудить проблему воспринимаются негативно. Предлагаем информацию и следующую встречу.

**Средний уровень готовности (4-7 баллов по шкале готовности).** Побуждаем пациентку к изменению поведения.

Если она не уверена в необходимости изменений, медицинский работник использует открытые вопросы и рефлексию, чтобы побудить начать «разговор об изменениях» (назвать собственные причины, которые побуждают ее измениться или демонстрируют преимущества таких изменений). Необходимо избегать уговоров, советов без разрешения на это, споров или бесполезных вопросов, которые бы заставляли пациентку приводить доводы, чтобы не меняться или говорить о барьерах, препятствующих изменениям.

**Высокий уровень готовности (8-10 баллов по шкале готовности).** Побуждаем пациентку к планированию изменений поведения.

Медицинский работник выясняет у пациентки или с ее разрешения сам предоставляет выбор альтернативных вариантов сокращения потребления алкоголя или отказа от него, а также активно слушает, чтобы выявить предпочтения пациентки относительно целей изменения, совместно с пациенткой формулирует эти цели, согласовывает план действий. Необходимо, чтобы пациентка взяла на себя обязательство измениться. Медицинский работник укрепляет веру пациентки в себя, в то, что она может успешно изменить свое поведение и управлять любой сложной ситуацией.

Возможный вариант – заключение договора с пациенткой (Приложение 5).

Если женщина беременна, планирует беременность или не использует эффективную контрацепцию, необходимо твердо сказать:

«Вам надо совсем прекратить пить, чтобы иметь здорового ребенка».

«Вам надо совсем прекратить пить, чтобы снизить риск врожденных дефектов у ребенка».

*«Вам надо совсем прекратить пить потому, что это будет наилучшим для Вашего собственного здоровья».*

*«Не существует безопасного предела употребления алкоголя во время беременности. Вам надо совсем прекратить пить, потому что, когда Вы пьете, пьет Ваш ребенок».*

## **НАПРАВЛЕНИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ ЛИЦ С ВОЗМОЖНОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

Консультирование не следует использовать в качестве замены помощи пациентам с умеренным и высоким уровнем алкогольной зависимости. Однако оно может применяться для вовлечения в процесс пациентов, нуждающихся в специализированном лечении.

Следует составить список учреждений, предоставляющих услуги лечения алкогольной зависимости для всего региона, и указать в этом списке услуги, предоставляемые каждым из таких учреждений. Необходимо записать фамилии специалистов, телефонные номера и адреса учреждений, а также отметить другую информацию, которая может быть полезна пациентам. Информация может включать учреждения амбулаторной помощи, дневные стационары, центры, предоставляющие помощь по месту жительства, а также программы детоксикации и центры психического здоровья, которые занимаются психиатрическими аспектами проблемы алкогольной зависимости. Кроме того, для пациентов, которым требуется подобрать место жительства, следует включить в этот список реабилитационные центры и социальные дома. Наконец, в список должны быть включены местные группы взаимопомощи, такие как «Анонимные алкоголики», и отдельные специалисты, консультирующие по проблеме употребления алкоголя в данном регионе. Также следует указать другие услуги, такие как реабилитация и услуги в кризисных ситуациях, так как они также могут оказаться полезными для пациентов.

### **Кому необходимо направление на диагностику и лечение?**

Дальнейшая диагностика и специализированное лечение алкогольной зависимости, вероятно, требуются пациентам, показавшим оценки 20 баллов и более в скрининговом тесте AUDIT. Однако необходимо при этом помнить, что AUDIT не является диагностическим инструментом, и поэтому нельзя по результатам данного тестирования сделать заключение о формальном диагнозе алкогольной зависимости (или сообщать об этом пациенту).

Кроме того, некоторые пациенты, получившие оценки меньше 20 баллов по результатам скринингового тестирования AUDIT, которым не подходит программа предоставления простых рекомендаций или краткая консультация, также должны быть направлены на специализированное лечение. В число этих пациентов входят:

- лица, в отношении которых имеется обоснованное подозрение на наличие синдрома алкогольной зависимости;
- лица с алкогольной или наркотической зависимостью в анамнезе (о чем можно судить по предшествующему лечению) или имеющие заболевания печени;
- лица, имеющие в анамнезе или в настоящее время серьезное психическое заболевание;
- лица, которые не смогли достичь поставленных целей, несмотря на проведение расширенных кратких консультаций.

Хотя большинство пациентов знают, какое количество алкоголя они потребляют, многие неохотно идут на активные действия по изменению ситуации. Это может быть связано с несколькими причинами:

- пациент может не знать о том, что употребляет чрезмерное количество алкоголя;
- пациент не осознает наличие связи между употреблением алкоголя и имеющимися у него проблемами;
- пациент не готов отказаться от положительных эффектов употребления алкоголя;
- пациент не готов признаться себе и другим, что проблема существует;
- пациент не хотел бы тратить время и усилия на лечение.

Эффективность процесса направления пациента к специалисту зависит, вероятно, от авторитета работников направляющего лечебного учреждения, а также от того, насколько успешно пациент может преодолеть вышеозначенные причины отсутствия стремления к активным действиям. Перед направлением пациента полезна измененная форма простых рекомендаций, включающая обратную связь, рекомендацию, ответственность, информирование, одобрение и поддержку, и последующее наблюдение.

## Приложение 1

### Определение стандартных порций алкогольных напитков

Крепость алкоголя	50	100	150	200	330	500	750	1000	2000
4%	0	0	0	1	1	2	2	3	6
5%	0	0	1	1	1	2	3	4	<b>8</b>
6%	0	0	1	1	2	2	4	5	<b>9</b>
7%	0	1	1	1	2	3	4	6	<b>11</b>
8%	0	1	1	1	2	3	5	6	<b>13</b>
9%	0	1	1	1	2	4	5	7	<b>14</b>
10%	0	1	1	2	3	4	6	<b>8</b>	<b>16</b>
11%	0	1	1	2	3	4	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>17</b>
12%	0	1	1	2	3	5	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>19</b>
13%	1	1	2	2	3	5	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>21</b>
14%	1	1	2	2	4	6	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>22</b>
15%	1	1	2	2	4	6	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>24</b>
16%	1	1	2	3	4	6	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>25</b>
17%	1	1	2	3	4	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>27</b>
18%	1	1	2	3	5	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>28</b>
19%	1	2	2	3	5	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>15</b>	<b>30</b>
20%	1	2	2	3	5	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>16</b>	<b>32</b>
21%	1	2	2	3	5	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>17</b>	<b>33</b>
22%	1	2	3	3	6	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>17</b>	<b>35</b>
30%	1	2	4	5	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>18</b>	<b>24</b>	<b>47</b>
35%	1	3	4	6	<b>9</b>	<b>14</b>	<b>21</b>	<b>28</b>	<b>55</b>
38%	2	3	5	6	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>30</b>	<b>60</b>
40%	2	3	5	6	<b>10</b>	<b>16</b>	<b>24</b>	<b>32</b>	<b>63</b>
50%	2	4	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>20</b>	<b>30</b>	<b>40</b>	<b>79</b>
80%	3	6	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>21</b>	<b>32</b>	<b>47</b>	<b>63</b>	<b>126</b>

**Примечание:** закрашены ячейки с высоким и опасным количеством порций алкоголя.

AUDIT-C

1. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?				
Никогда (0 баллов)	Раз в месяц и реже (1 балл)	2-4 раза в месяц (2 балла)	2-3 раза в неделю (3 балла)	≥ 4 раза в неделю (4 балла)
2. Какое количество алкогольных напитков (сколько порций) Вы выпиваете обычно за один раз? (1 порция равна ИЛИ 30 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 100 мл сухого вина ИЛИ 300 мл пива)				
1-2 порции (0) баллов	3-4 порции (1 балл)	5-6 порций (2 балла)	7-9 порций (3 балла)	≥ 10 порций (4 балла)
3. Как часто Вы употребляете за один раз 6 или более порций? (6 порций равны ИЛИ 180 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 600 мл сухого вина ИЛИ 1,8 пива)				
Никогда (0 баллов)	Раз в месяц и реже (1 балл)	2-4 раза в месяц (3 балла)	2-3 раза в неделю (3 балла)	≥ 4 раза в неделю (4 балла)

\*при ответе «никогда» на первый вопрос опрос прекращается

Положительный результат: ≥ 3 баллов

AUDIT

<p>1. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?          (0) Никогда [перейдите к вопросам 9-10]          (1) Раз в месяц или реже          (2) 2-4 раза в месяц          (3) 2-3 раза в неделю          (4) 4 раза в неделю и чаще</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>6. Как часто в течение последнего года Вам приходилось принять первую порцию алкоголя утром для нормализации самочувствия после употребления большого количества алкогольных напитков накануне?          (0) Никогда          (1) Реже, чем раз в месяц          (2) Раз в месяц          (3) Раз в неделю          (4) Каждый день или почти каждый день</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>2. Какое количество алкогольных напитков (сколько порций) Вы выпиваете обычно за один раз? (1 порция равна ИЛИ 30 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 100 мл сухого вина ИЛИ 300 мл пива)»          (0) 1 или 2          (1) 3 или 4          (2) 5 или 6          (3) 7, 8 или 9          (4) 10 или более</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>7. Как часто в течение прошедшего года Вы испытывали чувство вины или угрызения совести после употребления алкогольных напитков?          (0) Никогда          (1) Реже, чем раз в месяц          (2) Раз в месяц          (3) Раз в неделю          (4) Каждый день или почти каждый день</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>3. Как часто Вы употребляете за один раз 6 или более порций? (6 порций равны ИЛИ 180 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 600 мл сухого вина ИЛИ 1,8 пива)          (0) Никогда          (1) Реже, чем раз в месяц          (2) Раз в месяц          (3) Раз в неделю          (4) Каждый день или почти каждый день</p> <p><i>Перейдите к вопросам 9 и 10, если набрали 0 баллов, отвечая на вопросы 2 и 3.</i></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>8. Как часто за последний год Вы не могли вспомнить события предшествующего вечера, когда Вы употребляли алкогольные напитки?          (0) Никогда          (1) Реже, чем раз в месяц          (2) Раз в месяц          (3) Раз в неделю          (4) Каждый день или почти каждый день</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>4. Как часто в течение прошедшего года Вы чувствовали, что не в состоянии остановиться после того, как начали употреблять алкогольные напитки?          (0) Никогда          (1) Реже, чем раз в месяц          (2) Раз в месяц          (3) Раз в неделю          (4) Каждый день или почти каждый день</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>9. Получали ли Вы или кто-либо другой травмы в результате употребления Вами алкогольных напитков?          (0) Нет          (2) Да, но не в прошедшем году          (4) Да, в прошедшем году</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>5. Как часто в течение прошедшего года Вы не выполнили то, что от вас ожидалось, по причине употребления Вами алкогольных напитков?          (0) Никогда          (1) Реже, чем раз в месяц          (2) Раз в месяц          (3) Раз в неделю          (4) Каждый день или почти каждый день</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>10. Говорил ли Вам родственник, друг, врач или другой медицинский работник о своей обеспокоенности Вашим отношением к алкоголю, и рекомендовалось ли Вам уменьшить количество потребляемого алкоголя?          (0) Нет          (2) Да, но не в прошедшем году          (4) Да, в прошедшем году</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>В данной графе запишите общее количество баллов</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	

Линейка готовности

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	



**Форма договора с пациентом**

Те изменения, которые я хочу [планирую) сделать: 1. 2.
Наиболее важные причины того, почему я хочу сделать эти изменения: 1. 2.
Конкретные шаги, которые я планирую (должен) сделать для изменения 1. 2.

Помощь других людей, которая может мне помочь в изменении моего поведения

Люди	Возможные виды или способы помощи

Я знаю, что мой план сработает, если:

- 1.
- 2.

Те вещи, которые могут помешать моим планам

- 1.
- 2.

Подпись \_\_\_\_\_ Свидетель \_\_\_\_\_

Этот план будет проверен через \_\_\_\_\_ дней с сегодняшнего дня \_\_\_\_\_

Адаптировано по изданию Miller,Zweben. DiClemente & Rychtarik, 1999

## ЛИТЕРАТУРА

1. Fleming M. F. Identification of at-risk drinking and intervention with women of childbearing age: A guide for primary-care providers. – National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism and Office of Research on Minority Health, National Institutes of Health, 1999. – №. 99.
2. Centers for Disease Control and Prevention et al. FASD competency-based curriculum development guide for medical and allied health education and practice. 2015.
3. Babor, T. F., de la Fuente, J. R., Saunders, J., & Grant, M. The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary care. – 2011.
4. Бурина Е. А., Исурина Г. Л. Обучение врачей в рамках программы профилактики фетального алкогольного синдрома //Медицинская психология в России. – 2018. – №. 1.
5. Миллер У., Роллник С. Мотивационное консультирование. Как помочь людям измениться, М.: Литрес, 2017.
6. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации (утв. Минздравом России 27.12.2017).
7. Плавинский С. Л., Кузнецова О. Ю., Барина А. Н., Фролова Е. В., Дегтярева Л. Н. Скрининг и краткосрочное вмешательство, направленное на снижение опасного и вредного употребления алкоголя. – СПб., Санкт-Петербургский институт общественного здоровья, 2011. – 154 с.
8. Скитневская Л. В. Профилактика фетального алкогольного синдрома в России //Вестник Мининского университета. – 2013. – №. 4 (4).





О.М. Драпкина, Б.Э. Горный, А.М. Калинина, А.С. Бунова, Р.Н. Шепель

**Повышение мотивации к отказу от употребления алкоголя  
в ходе профилактического консультирования  
при оказании первичной медико-санитарной помощи  
женщинам детородного возраста**

Методические рекомендации

Подписано в печать 09.12.2019 г. Формат 60х90/16. Бумага офсетная 80 г/м<sup>2</sup>.

Гарнитура Times. Усл. печ. л. 0,875. Тираж 600 экз.

Отпечатано с оригинал-макета в ООО «Канцтовары»,  
г. Воронеж, ул. Краснодонская, 16и, тел.: +7 (473) 200-888-0